Behovsstyrd vård

Betänkande av Utredningen
Behovsstyrd vård

Stockholm 2026

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2026:38

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Multiply Solutions
Tryck och remisshantering: Multiply Solutions, Stockholm 2026

ISBN 978-91-525-1555-6 (tryck)
ISBN 978-91-525-1556-3 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Elisabet Lann

Regeringen beslutade den 23 maj 2024 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti samt lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården.

Till särskild utredare förordnades läkaren Anna Nergårdh. Utredningen har tagit namnet Behovsstyrd vård (S 2024:05).

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 14 augusti 2024 kanslirådet Anne Wisten. Som sekreterare i utredningen anställdes den 14 augusti 2024 avdelningsjuristen Anton Lesse. Som sekreterare anställdes från och med den 14 augusti till och med den 31 december 2024 utredaren Rebecca Mosson. Som sekreterare anställdes från och med den 1 oktober 2024 kanslirådet Martina Bergström. Som sekreterare anställdes även revisionsdirektören Emma Wallin från och med den 20 januari 2025. Från och med den 19 mars 2025 till och med den 14 november 2025 anställdes avdelningsjuristen Björn Collsiöö. Kanslirådet Louise Andersson anställdes som sekreterare i utredningen på deltid från och med den 1 december 2025 och på heltid från och med den 1 april 2026. Den 5 december 2025 anställdes även professorn Anders Anell som sekreterare på deltid till och med den 31 maj 2026.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 9 oktober 2024 departementssekreteraren David Dager, departementssekreteraren Oskar Johansson, departementssekreteraren Lars Karlander och kanslirådet Andrea Larsson. Som experter till utredningen förordnades den 9 oktober 2024 professorn Anders Anell, direktören Mats Bojestig, samordnaren Annika Brodin Blomberg, ordföranden Niklas Ekerstad, direktören Caroline Hällsjö Sander, enhetschefen Marwaa Ibrahim, sjuksköterskan Elisabeth Liljekvist, analytikern Agnes Lindvall, specialistsjuksköterskan Martina Lundmark, enhetschefen Henrik Lysell, specialistläkaren Rebecca Oscarsson, enhetschefen Lennart

Pettersson, ordföranden Inger Ros, professorn Christian Rück, professorn Lars Sandman, specialistläkaren Thomas Wallén och utvecklingsledaren Johanna Woltjer. Enhetschefen Henrik Lysell entledigades från och med den 29 januari 2025 och ersattes med enhetschefen Lena Hellberg från och med samma datum. Specialistläkaren Thomas Wallén entledigades från och med den 12 augusti 2025. Analytikern Agnes Lindvall entledigades från och med den 23 mars 2026 och ersattes med utredaren Carl Lundgren från och med samma datum. Professorn Anders Anell entledigades som expert i samband med att han blev anställd i utredningen, den 5 december 2025.

Departementssekreteraren David Dager entledigades från och med den 6 maj 2025 och från och med samma dag förordnades departementssekreteraren Sofia Karlsson att vara sakkunnig i utredningen. Kanslirådet Andrea Larsson entledigades från och med den 19 augusti 2025 och från och med samma dag förordnades departementssekreteraren Emilia Segerlind att vara sakkunnig i utredningen.

Den 16 januari 2025 överlämnade utredningen redovisningen Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården, S 2024:05.

Den 23 oktober 2025 fick utredningen tilläggsdirektiv (dir. 2025:94).

Utredningen vill rikta ett varmt tack till alla de som med stort engagemang tagit sig tid att bidra till arbetet.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Behovsstyrd vård* (SOU 2026:38).

Stockholm i juni 2026

Anna Nergårdh

Anne Wisten
Emma Wallin
Martina Bergström
Anton Lesse
Anders Anell
Louise Andersson

Innehåll

Sammanfattning **17**

1 Författningsförslag **25**

1.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 25

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 27

1.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 30

1.4 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 33

2 Utredningens uppdrag och arbetssätt **37**

2.1 Utredningens uppdrag 37
2.1.1 En ny och stärkt vårdgaranti 37
2.1.2 Promemoria med förslag på statliga engångsinsatser 38
2.1.3 Tilläggsdirektiv om nationella principer för ersättningar och avgifter 39

2.2 Metod 39
2.2.1 Möten och dialoger 40
2.2.2 Uppgifter om väntetider och annan statistik 42

2.3 Disposition 43

3 Regler, roller och prioriteringar **45**

3.1 Regleringen av hälso- och sjukvården i Sverige 46

3.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen kom till för att minska detaljreglering ... 46
3.1.2 Utvecklingen av styrningen under 2000-talet ... 46

3.2 Roller och ansvarsfördelning i svensk hälso- och sjukvård ... 50
3.2.1 Statens styrning av hälso- och sjukvården ... 50

3.3 Prioriteringar i vården ... 53
3.3.1 LEON-principen ... 55
3.3.2 Kunskapsstyrning som verktyg för prioriteringar ... 56

4 Väntetider i vården och styrmedel som har införts för att korta dem ... 61

4.1 Stora regionala skillnader i väntan på vård ... 61
4.1.1 Brister i data gör statistiken om väntetider osäker ... 62

4.2 Styrmedel för att korta väntetiderna i vården ... 63
4.2.1 Vårdgarantier har funnits i olika former sedan 1990-talet ... 63
4.2.2 Kömiljarden innebar prestationsbaserade ersättningar till regionerna ... 65
4.2.3 Kömiljarden har följts av andra överenskommelser och extra tillskott av medel ... 67
4.2.4 Standardiserade vårdförlopp för cancer ... 70
4.2.5 Samtliga centrala styrmedel har kritiserats för att inte vara effektiva ... 73

4.3 Mot en ökad statlig styrning av väntetider ... 77
4.3.1 En nationell vårdförmedling inrättas och överenskommelser ersätts av förordningar ... 78
4.3.2 Särskilda satsningar på kortare vårdköer för utvalda diagnosgrupper ... 80
4.3.3 Förändringar i ansvar för mätning av väntetider – numera i statlig regi ... 81

4.4 Tillgänglighet är mer än väntetider ... 82
4.4.1 Produktions- och kapacitetsstyrning är viktiga verktyg för ökad tillgänglighet ... 83

4.4.2 Tillgänglighet hänger nära samman med vårdens kompetensförsörjning 84
4.4.3 En reform för en god, nära och tillgänglig vård..... 85

5 Vårdgarantins konstruktion 91

5.1 Den nationella vårdgarantin anger bortre tidsgränser för väntan på vård..... 91
5.1.1 Vårdgarantin i förhållande till mål och prioriteringar..... 92
5.1.2 Ansvaret att erbjuda en vårdgaranti..... 93
5.1.3 Vårdgarantin gäller inte alltid 94

5.2 Rätten till information är reglerad i lag 95
5.2.1 Rätt till information när vårdgarantin inte uppfylls 95
5.2.2 Information om *när* patienten ska få besked är inte reglerad i Sverige 96

5.3 En utökad vårdgaranti inom den specialiserade vården har föreslagits och utretts men inte blivit av 97
5.3.1 Avsikten var att utöka vårdgarantin från de fyra nedslagen..... 97

5.4 I våra nordiska grannländer är vårdgarantin utformad på andra sätt..... 99
5.4.1 En differentierad vårdgaranti i Norge 99
5.4.2 I Finland täcker vårdgarantin en stor del av vårdkedjan 101

6 Inför konstruktionen av en ny, behovsstyrd vårdgaranti 103

6.1 Tidsgränserna i vårdgarantin är 90 + 90 dagar – men tanken var att de skulle vara kortare..... 103

6.2 Tidsgränserna ses som målsättningar och är i praktiken bara aktuella för vissa patienter..... 104
6.2.1 Resonemang om tidsgränser under utredningens gång 106

6.2.2 Det finns regionala målsättningar som är kortare än 90 dagar och som inkluderar fler steg 107

6.3 Besöksgaranti i den specialiserade vården 109
6.3.1 Patientens första besök är vanligen till en läkare och äger rum på en vårdinrättning..... 109
6.3.2 Många får sitt första besök snabbt, men det finns också patienter som väntar betydligt längre på vård..... 110
6.3.3 Från besök till bedömning i primärvården 111

6.4 Behandlingsgaranti i den specialiserade vården 111
6.4.1 De flesta får sin operation eller behandling i tid, men för en del patienter blir väntan lång 111

6.5 Undersökningar, utredningar och återbesök ingår inte i dagens vårdgaranti 112
6.5.1 Undersökningar faller utanför vårdgarantins fyra nedslag..... 113
6.5.2 Även återbesök ligger utanför vårdgarantin 120

6.6 Differentierad vårdgaranti..... 123
6.6.1 Vad är en differentierad vårdgaranti?..... 123
6.6.2 Synpunkter om differentierad vårdgaranti 125

6.7 Patientens rätt till information och stöd när vårdgarantin inte uppfylls 125
6.7.1 Såväl patient- som professionsföreningar lyfter fram vikten av information och besked till patienten..... 126
6.7.2 Otydlig information om vårdgarantin 126
6.7.3 Ett stort ansvar läggs på patienten 127
6.7.4 Bristande kunskap om patienters rättigheter 127

6.8 Hinder för att få vård i en annan region..... 128
6.8.1 Lagtexten lämnar utrymme för tolkningar..... 128
6.8.2 Det finns många avtal men de används för lite ... 129
6.8.3 En del patienter väljer vård i sin egen region framför kortare väntan..... 130

7 Förslag och bedömningar för en behovsstyrd vårdgaranti 133

7.1 En behovsstyrd vårdgaranti för fler patienter 133
7.1.1 En vårdgaranti med kortare tidsgränser ska också uppfyllas 135

7.2 Utredningens förslag och bedömningar för en ny, behovsstyrd vårdgaranti 137
7.2.1 En garanti om medicinsk bedömning ersätter dagens besöksgaranti 139
7.2.2 Tidsfrist för remisshanteringen och en informationsgaranti för patienten är nya inslag i vårdgarantin 143
7.2.3 Bedömning om förbättrad och mer enhetlig information om vårdgarantin 151
7.2.4 Fler patienter och fler delar av vårdkedjan inkluderas i den nya vårdgarantin 154

7.3 En förtydligad reglering av regionernas ansvar för att se till att patienter får vård i tid 167
7.3.1 Regionerna ska planera och organisera för en god tillgänglighet i vården 169
7.3.2 Det behövs ingen särskild reglering av valet av utförare när regionen inte uppfyller vårdgarantin 170

7.4 Finansieringen av omställning till en ny vårdgaranti 171

8 En lagstadgad vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatrin 173

8.1 Vårdgarantin reglerar inte hur prioriteringar ska göras inom BUP 174

8.2 Allt fler barn och unga söker vård på grund av psykisk ohälsa 174
8.2.1 Fler söker vård inom BUP och många får vänta för länge 175
8.2.2 Stora regionala skillnader när det gäller väntetider till BUP 179

8.2.3 Ökad efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar ... 184

8.3 BUP är i många fall den primära instansen för barn och unga med psykisk ohälsa ... 187
8.3.1 En första linje för barn och unga med psykisk ohälsa ... 187
8.3.2 En väg in – en kontaktväg till primärvården och BUP ... 188

8.4 Skolan har en viktig roll för ungas psykiska hälsa ... 189
8.4.1 Regeringen har tagit emot förslag om en förbättrad elevhälsa ... 190

8.5 Staten genomför flera insatser för att stärka BUP ... 191
8.5.1 Överenskommelse om ökad tillgänglighet till BUP för 2025–2026 ... 192
8.5.2 Nationella utvecklingsteam ska stötta den specialiserade psykiatrin ... 194
8.5.3 Stärkt tillsyn inom området psykisk hälsa och suicidprevention ... 194
8.5.4 Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga ... 195

8.6 Utredningens förslag och bedömning för BUP ... 195
8.6.1 En lagstadgad vårdgaranti med en särskild tidsgräns för planerad vård inom BUP ... 195
8.6.2 Barn och unga bör erbjudas tidiga och stegvisa insatser ... 199

9 Patientens möjligheter att välja utförare inom sluten vård ... 203

9.1 Regionerna ska planera för de patienter som omfattas av regionens ansvar ... 203
9.1.1 Patienten har enligt lag rätt att välja utförare i öppen vård ... 204
9.1.2 Hemregionen bekostar patientens vård även när den sker i en annan region ... 204

9.1.3 Hemregionen står inte för andra kostnader som uppstår när patienten själv väljer vård i en annan region 205
9.1.4 Kunskapen om orsakerna till utomlänsvård är begränsad 206
9.1.5 Patientens möjlighet att välja utförare i ett annat land 206

9.2 När en patient vill välja utförare av sluten vård i en annan region 207
9.2.1 Möjligheten att välja utförare av sluten vård i en annan region finns genom avtal 207

9.3 Tidigare utredningar har bedömt att valfriheten inte bör omfatta sluten vård 208
9.3.1 Förskjutningen från sluten till öppen vård kastar nytt ljus på frågan 209

9.4 Förslag om hur möjligheten att välja utförare kan omfatta sluten vård 209

10 Uppföljning av vårdgarantin 213

10.1 Brister i data om väntetider 213

10.2 Insamling av uppgifter om väntetider 214
10.2.1 Regeringen har flyttat ansvaret från SKR till Socialstyrelsen 215

10.3 Statlig uppföljning av väntetider och vårdgarantin 216
10.3.1 Syftet med att följa upp vårdgarantin 216
10.3.2 Dagens uppföljning av tidsgränserna 217
10.3.3 Väntetider och vårdgarantin har följts upp av olika aktörer 217

10.4 Olika typer av kunskapsunderlag till regeringen 218
10.4.1 Uppföljning av tillgänglighet och kapacitet 218
10.4.2 Patientregistret utvecklas som stöd för nationell uppföljning 219

10.5 Socialstyrelsen bör följa upp den nya vårdgarantin med hjälp av patientregistret 220

10.6 Fortsatt uppföljning och användning av avtal för att använda vårdkapaciteten bättre ... 224
10.6.1 Arbetet med förmedling av vård bör utvecklas ... 224

10.7 Behov av en sammanhållen utvärdering ... 226
10.7.1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör utvärdera konsekvenserna av den nya vårdgarantin ... 226

11 Tillsyn av huvudmännen när vårdgarantin inte följs ... 229

11.1 Tillsyn av hälso- och sjukvården ... 229
11.1.1 Tillsyn av verksamhet och personal i hälso- och sjukvården ... 230
11.1.2 IVO:s möjlighet att besluta om ett föreläggande ... 231
11.1.3 Tillsyn av tillgänglighet, väntetider och vårdgarantin ... 233

11.2 Förstärkt tillsyn av vårdgarantin ... 235
11.2.1 IVO får möjlighet att förelägga vårdgivaren med vite ... 235
11.2.2 Överväganden om tillsyn över vårdgarantins tidsgränser ... 239

11.3 IVO:s tillgång till uppgifter ur patientregistret ... 240

12 Kontinuitet inom specialiserad vård ... 243

12.1 Kontinuitet främjar hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet ... 243
12.1.1 Det finns olika typer av kontinuitet ... 244

12.2 Det finns en bestämmelse om fast läkarkontakt i primärvården ... 246

12.3 Patienter har rätt till en fast vårdkontakt inom all hälso- och sjukvård ... 247
12.3.1 Nya bestämmelser för fast vårdkontakt ... 248
12.3.2 För patienter med livshotande tillstånd behöver den fasta vårdkontakten vara en legitimerad läkare ... 248

12.4 Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt inom specialiserad vård 249
12.4.1 När funktionen fast vårdkontakt infördes ersatte den regleringen om PAL 249
12.4.2 Uppgifter om fast vårdkontakt finns framför allt för primärvården 252

12.5 Utredningens bedömningar och förslag för ökad kontinuitet inom specialiserad vård 255
12.5.1 Patientens behov och önskemål ska beaktas vid valet av fast vårdkontakt 255
12.5.2 Tillgången till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården bör följas upp 257

13 Konsekvenser av förslagen 259

13.1 Konsekvenser för patienter och anhöriga 260
13.1.1 Konsekvenser för barn och unga av en lagstadgad vårdgaranti för BUP 261
13.1.2 En vårdgaranti i enlighet med patientens behov 262
13.1.3 Jämställdhet mellan kvinnor och män 262
13.1.4 Personer med funktionsnedsättningar 263

13.2 Konsekvenser för regionerna 263
13.2.1 Bedömning av reglering enligt finansieringsprincipen 263
13.2.2 Ekonomiska konsekvenser för regionerna 265
13.2.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 268
13.2.4 Övriga konsekvenser för regioner 273

13.3 Konsekvenser för staten 274
13.3.1 Ekonomiska konsekvenser för staten 274
13.3.2 Konsekvenser för myndigheter 276

13.4 Konsekvenser för grupper och aktörer 278
13.4.1 Företag och idéburen verksamhet 278
13.4.2 Kommuner 279

13.5 Samhällsekonomiska konsekvenser 280

13.6 Andra nyttor med förslagen 281
13.6.1 Ökad styrning mot en jämlik vård 281
13.6.2 Positiva men begränsade effekter på folkhälsan 282

13.7 Övriga konsekvenser 282

13.8 Konsekvenser för regionerna av att patienten kan välja utförare inom sluten vård 283

13.9 Konsekvenser av förslagen för ökad kontinuitet inom specialiserad vård 283
13.9.1 Konsekvenser för patienter 283
13.9.2 Konsekvenser för vårdens medarbetare 284
13.9.3 Konsekvenser för regioner och arbetsgivare 284
13.9.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 284
13.9.5 Ekonomiska konsekvenser 285

13.10 Konsekvenser av att inte genomföra förslagen 285

14 Nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården 289

14.1 Utmaningar med nuvarande system för ersättningar och avgifter 289

14.2 Olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården och kunskapsläget om dem 290
14.2.1 Ersättningar – ett bland flera verktyg för styrningen av hälso- och sjukvården 291
14.2.2 Vad vet vi om effekter av olika ersättningsprinciper? 295
14.2.3 Vad styr användningen av olika ersättningssystem? 299

14.3 Olika slags ersättningar i regionerna i dag 302
14.3.1 Ersättningsregler i primärvården uppdateras över tid 302
14.3.2 Andra förutsättningar för ersättningsprinciper inom specialiserad vård 303
14.3.3 Avtal reglerar ersättningar för utomlänsvård 305

14.4 Avgifter i svensk hälso- och sjukvård 307
14.4.1 Avgifternas roll i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet 307
14.4.2 Regleringen av avgifter i hälso- och sjukvården .. 309
14.4.3 Avgifter varierar på flera sätt 309

14.5 Kringkostnader vid nationell vårdförmedling 313

14.6 Digital vård som inte är integrerad i en vårdkedja 314
14.6.1 Framväxten av så kallad ”digital utomlänsvård” 314
14.6.2 Ersättning av digital utomlänsvård 316
14.6.3 Användningen av digitala tjänster som ej är integrerade i en vårdkedja 319
14.6.4 Ett ifrågasatt system 323

14.7 Centrala utgångspunkter och avgränsningar för våra förslag och bedömningar 336
14.7.1 Syfte och avgränsningar 336
14.7.2 Frågorna är en del i en större kontext 337

14.8 Utredningens förslag och bedömningar 338
14.8.1 Ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården 340
14.8.2 Enhetliga avgifter stärker principen om vård på lika villkor 346
14.8.3 Ersättning av kringkostnader vid nationell vårdförmedling 351
14.8.4 Regionerna ska erbjuda möjlighet till distanskontakt 353
14.8.5 Offentligt finansierad digital vård ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvården 361
14.8.6 Bättre förutsättningar för uppföljning av digital vård 375

14.9 Konsekvensanalys för förslagen 378
14.9.1 Konsekvenser för patienter och anhöriga 379
14.9.2 Konsekvenser för vårdens medarbetare och kompetensförsörjningen 382
14.9.3 Konsekvenser för regioner 384

14.9.4 Konsekvenser för staten ... 388
14.9.5 Konsekvenser för företag och idéburen verksamhet som är vårdgivare ... 389
14.9.6 Konsekvenser för kommuner ... 393
14.9.7 Övriga konsekvenser ... 393
14.9.8 Alternativa lösningar som övervägts ... 393

15 Ikraftträdande ... 401

15.1 Utredningens förslag till författningsändringar ... 401
15.1.1 Ikraftträdande ... 401

16 Författningskommentar ... 403

16.1 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) ... 403

16.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821) ... 405

16.3 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ... 409

16.4 Förslaget till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ... 415

Särskilt yttrande ... 421

Referenser ... 425

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2024:50 ... 449

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2025:94 ... 461

Bilaga 3 Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården ... 467

Sammanfattning

Lång väntan på vård får effekter för patienten, för hälso- och sjukvården och för samhället i stort. I dag finns det inte någon region som lever upp till vårdgarantins tidsgränser i den specialiserade vården.

Det finns samtidigt osäkerheter i statistiken för väntetider i vården. Väntetider rapporteras in på olika sätt från olika vårdgivare och regioner. Det är därför svårt att veta exakt hur många patienter som väntar på vård och även var det finns ledig kapacitet. Vi vet dock att patienter med stort behov av vård generellt får vård snabbt. Andra får vänta betydligt längre och många får vänta *för* länge.

Det finns kapacitet i vården som inte utnyttjas och patienter som förblir väntande i stället för att få vård. Kapacitets- och produktionsplaneringen behöver förbättras. Avtal som regionerna har med varandra eller med privata vårdgivare kan användas i större utsträckning än i dag.

Skillnaderna i väntetider till vård mellan regionerna är stora och i flera fall är de även stora inom en och samma region. Regeringen vill öka det nationella ansvaret för vården och ha en starkare statlig styrning. Patientens ställning ska stärkas. Tillgänglighet är ett av de områden som har fått ett tydligare nationellt perspektiv och hit hör vårdköer och patientens väntan på vård. Det är i detta sammanhang som utredningen tillsattes.

Det finns en stor variation i utformningen av regionernas patientavgifter och ersättningsmodeller till utförare. Stora skillnader i avgifter skapar otydlighet och ojämlikhet för patienter. Samtidigt finns utmaningar med ersättningssystemen för digital utomlänsvård. Behovsprincipen sätts åt sidan och regionerna får höga kostnader för vård som de inte själva har beställt. I detta sammanhang beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen.

Uppdraget

Utredningens uppdrag har varit att ta fram en ny och stärkt vårdgaranti för den specialiserade vården med väsentligt kortare tidsgränser än i dag. Den nya vårdgarantin ska utgå från patientens behov. Det framgår särskilt av direktiven att barn och unga inte ska behöva vänta längre än 30 dagar om de behöver specialiserad vård inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). Vi har även haft i uppdrag att lämna förslag som underlättar för rörlighet och valfrihet, som ökar kontinuiteten i den specialiserade vården, samt föreslå uppföljning och tillsyn av den nya vårdgarantin, med fokus på ansvarsutkrävande. Den slutna vården nämns särskilt i direktiven.

En del av vårt uppdrag har varit att lämna förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetiderna i vården. Denna del redovisade vi i en promemoria till regeringen i januari 2025 (se bilaga 3).

I oktober 2025 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv – att föreslå ekonomiska sanktioner eller andra lämpliga åtgärder i de fall då vårdgarantin inte följs. Det ska inte medföra några kostnader för patienten. Utredningen fick även i uppdrag att föreslå ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården, inklusive vid digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja.

Förutsättningar för förslagen

Prioriteringar i vården ska ske enligt behovsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och den etiska plattformen. Den som har störst behov av vård ska få vård först. Vidare gäller LEON-principen, som anger att vård ska ges på den lägsta nivån som är effektiv för patientens behov, inte per automatik i den specialiserade vården. Samtidigt finns systemet för kunskapsstyrning, med dess verktyg som nationella riktlinjer, vårdprogram och standardiserade arbetssätt. Dessa behövs för att verkställa prioriteringarna i beslut och för att rangordna insatser. Den nya vårdgarantin ändrar inget i dessa system. Vi vill tvärtom lyfta fram dem som viktiga förutsättningar för samtliga av våra förslag.

Förslag till ny vårdgaranti i den specialiserade vården

- 3 och 10 arbetsdagar, 30 och 60 kalenderdagar.

– **3 arbetsdagar:** Tidsfristen för remisshantering blir en del av vårdgarantin. Den vårdgivare som tar emot en remiss i den specialiserade vården ska inom tre arbetsdagar prioritera och bedöma patientens behov av vård. I författningstexten uttrycks detta som att vårdgivaren ska granska remissen. Patienten ska inom samma tidsram få besked om att remissen har tagits emot. Det senare är en del av informationsgarantin nedan. Regleringen är ny.

– **10 arbetsdagar:** En informationsgaranti för patienten införs och blir en del av vårdgarantin. Samma vårdgivare som ovan ska inom tio arbetsdagar från det att remissen har tagits emot informera patienten om när den medicinska bedömningen kommer att äga rum. Regleringen är ny.

– **30 dagar**: Patienten ska få en medicinsk bedömning inom 30 dagar, räknat från den dag då remissen har tagits emot i den specialiserade vården. Eventuella utredande åtgärder som behövs för att kunna göra bedömningen ska göras inom tidsramen, exempelvis provtagning. Denna bedömningsgaranti ersätter dagens besöksgaranti (på 90 dagar).

– **60 dagar:** Patienten ska få sin planerade vård inom 60 dagar, räknat från den dag då vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården. Det kan till exempel handla om fysiska besök, utredande åtgärder eller en operation som ska göras inom tidsramen. Denna garanti för planerad vård ersätter dagens behandlingsgaranti (på 90 dagar). För BUP föreslår vi en särskild reglering om 30 dagar till planerad vård. Om ett beslut fattas om ytterligare vård ska den ges inom 60 dagar (respektive 30 för BUP) från beslutet.

Eventuella återbesök ingår i tidsfristerna. Däremot ingår inte planerade uppföljningar.

I vårt förslag till vårdgaranti utgör remissgranskningen, information till patienten och de medicinska bedömningar som görs därefter grunden för en behovsstyrd vårdgaranti. För patienten blir det en extra trygghet att remissgranskningen, som i dag regleras genom regionala avtal och lokala rutiner, i stället blir en del av vårdgarantin. Det ökar förutsättningarna för en jämlik vård i hela landet och även för uppföljning och tillsyn.

En behovsstyrd vård innebär också att patienten möter den hälso- och sjukvårdspersonal som har rätt kompetens för patientens behov i varje enskilt fall. Utredningens förslag innebär att besöksgarantin ändras till en bedömningsgaranti och att större flexibilitet skapas för hur vården förmedlas. Digitala lösningar kan användas när sådana är lämpliga. Den medicinska bedömningen ska utföras av läkare eller av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Vårt förslag till vårdgaranti är konstruerat för att inkludera fler patienter och deras behov. Vi gör det till exempel genom att inkludera undersökningar och återbesök i vårdgarantin. I dag är det i praktiken bara en liten del av patienterna som omfattas av vårdgarantin. Det beror bland annat på att begreppet planerad vård (som det är uttryckt i lagstiftningen) har kommit att tillämpas snävt. En rad vårdåtgärder, som till exempel undersökningar, utredningar och återbesök, har på så vis exkluderats från vårdgarantin.

Regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när regionen bedömer att vårdgarantins tidsgräns för medicinsk bedömning eller planerad vård inte kommer att uppfyllas. Det ska ske inom garantins gränser och utan extra kostnad för patienten. Regionen ska också planera och organisera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet.

Om Inspektionen för vård och omsorg (IVO) finner att informationsgarantin i vårdgarantin eller informationsskyldigheten i patientlagen (2014:821) inte fullgörs får inspektionen förelägga vårdgivaren eller regionen att avhjälpa bristen. Föreläggandet får förenas med vite. En möjlighet att överklaga IVO:s beslut införs.

Övriga förslag som rör huvuddirektiven

Patientens möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad vård i hela landet ska även omfatta sluten vård. Utomlänsvården ska dock godkännas av hemregionen först, innan den svarar för kostnaderna.

För att uppnå ökad kontinuitet inom den specialiserade vården föreslår vi att det förtydligas i patientlagen att hänsyn ska tas till patientens behov samt till patientens önskemål, vid valet av fast vårdkontakt. Utredningen anser inte att det behövs en särskild reglering av tillgången till en fast *läkar*kontakt inom den specialiserade vården. Däremot gäller att de patienter som har behov av en läkare som fast vårdkontakt ska få det. Det ska även beaktas om patienten har en sådan önskan.

Urval av bedömningar som utredningen gör

För vissa områden lämnar vi bedömningar i stället för förslag till ändringar i lagar och förordning. Det gäller till exempel uppföljningen av vårdgarantin, där vi bedömer att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp efterlevnaden av den nya vårdgarantin. Vidare bör E-hälsomyndigheten (EHM) och Socialstyrelsen fortsätta arbetet med att utveckla en nationell vårdförmedling och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys få i uppdrag att utvärdera konsekvenserna av den nya vårdgarantin ur ett patientperspektiv.

Vi bedömer vidare att möjligheten för patienter att fritt välja utförare i de fall som vårdgarantins tidsgränser överskrids, inte bör regleras i särskild ordning.

För området tillsyn lämnar vi bedömningen att det bör införas en ny sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör att IVO får tillgång till vissa individuppgifter ur patientregistret. Med en sådan förändring stärks myndighetens tillsyn av vårdgarantin. Bestämmelsen bör införas när Socialstyrelsen slutfört arbetet med insamlingen av uppgifter om väntetider till patientregistret.

Regeringen bör ge Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och EHM stödja regionernas arbete med att identifiera och minska administrativa hinder som försvårar användningen av upphandlade avtal inom hälso- och sjukvården.

Regionerna bör utforma sina avtal så att de tar hänsyn till behovet av vård både hos de egna regioninvånarna och hos andra regioners

invånare. Det är också viktigt att regionerna på ett enklare sätt än i dag kan använda varandras avtal när det behövs.

Konsekvenser

Förslagen innebär positiva konsekvenser för patienter och bedöms öka tillgängligheten till vården. Fler kommer att omfattas av vårdgarantin som en effekt av våra förslag. Information om patientens väntan på vård stärks. Sammantaget ökar förutsättningarna för att fler får vård i tid. Utredningens förslag får i huvudsak positiva konsekvenser för barn och unga. Barnets rättigheter enligt barnkonventionen stärks.

I några fall bedömer vi att förslagen kan innebära marginella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

Utredningen bedömer att regionernas kostnader för omställningsarbetet är av tillfällig karaktär och att förslagen på sikt kan leda till kostnadseffektiviseringar. Förslagen innebär inte några nya åtaganden för regionerna och inte heller någon ambitionshöjning. Sammantaget bedömer utredningen att det inte finns något skäl att göra någon ekonomisk reglering i enlighet med finansieringsprincipen.

Förslag och bedömningar som rör nationella principer för ersättningar och avgifter – tilläggsdirektiven

Utvecklingen av digital vård och andra distanskontakter behöver fortsätta och ska stödjas på ett ansvarsfullt sätt. Den nuvarande ersättningsmodellen för digital utomlänsvård är problematisk. Denna vård bedrivs i dag på primärvårdsnivå men ersättningarna styrs av ett parallellt system till den övriga primärvården.

Utredningen lämnar flera förslag som syftar till att bättre integrera den digitala vården med övrig offentligt finansierad hälso- och sjukvård. En definition av begreppet distanskontakt ska införas i HSL. Regionen ska erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten får avstå sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.

Patientens val av utförare av offentligt finansierad öppen och sluten vård ska inte omfatta utomlänsvård som endast ges genom distanskontakt. Regioners skyldighet att erbjuda öppen och sluten

vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård ska på motsvarande sätt inte omfatta vård som endast ges genom distanskontakt. Förslagen innebär sammantaget att möjligheten att erbjuda offentligt finansierad digital vård till invånare i hela Sverige baserat på ett avtal i en enskild region försvinner. För att kunna erbjuda vård som enbart ges genom distanskontakt till patienter i en viss region behöver privata aktörer ha ett avtal som leverantör eller underleverantör till just den regionen.

Ett flertal bedömningar om myndighetsuppdrag lämnas också, för att skapa bättre förutsättningar för uppföljning av digital vård.

Utredningen lämnar även flera bedömningar med avsikt att utveckla och samordna dagens system med ersättningar och avgifter i regionerna. Vi bedömer att staten och regionerna bör etablera en gemensam funktion med uppdrag att ta fram nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården. Vidare bör regionerna enas om enhetliga avgifter, med utgångspunkt i målet om vård på lika villkor. Den gemensamma funktionen bör ta fram förslag på storleken av avgifter, till en början för medicinska bedömningar i primärvården. Avgifter för hjälpmedel bör också vara ett prioriterat område. Vi bedömer även att regeringen bör tillsätta en utredning om hur kostnader kopplade till hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning kan ingå i ett högkostnadsskydd.

Konsekvenser av förslagen som rör tilläggsdirektiven om nationella principer

Förslagen innebär bättre förutsättningar för att offentligt finansierad digital vård ges i enlighet med principer om vård efter behov och vård på lika villkor. Genom våra förslag återförs mer rådighet och kostnadskontroll till huvudmännen – regionerna. På så vis kan systemets sammanlagda resurser fördelas utifrån behov och på ett kostnadseffektivt sätt. För patienterna bedöms förslagen öka möjligheterna för en sammanhållen vård, oavsett om den är digital eller fysisk eller både och. Potentiellt kan det även ge bättre tillgång till digitala lösningar i den specialiserade vården, när så är lämpligt.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659)

dels att 7 kap. 25 § och 10 kap. 13 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 7 kap. 23 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	7 kap.
	23 b §
	Om Inspektionen för vård och omsorg finner att den informationsgaranti som följer av 9 kap. 1 § första stycket 4 och 5 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller den informationsskyldighet som följer av 3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen (2014:821) inte fullgörs, får inspektionen förelägga vårdgivaren eller regionen i egenskap av huvudman att avhjälpa bristen.

25 §[1]

Ett föreläggande enligt 24 § ska innehålla uppgifter om	Ett föreläggande enligt *23 b eller* 24 § ska innehålla uppgifter om

1. de åtgärder som Inspektionen för vård och omsorg anser nödvändiga för att missförhållandena eller bristen ska kunna avhjälpas, och

2. är åtgärderna senast ska vara utförda.

Beslutet om föreläggande får förenas med vite.

10 kap.

13 §[2]

Inspektionen för vård och omsorgs beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller

1. tillstånd att bedriva verksamhet enligt 2 kap. 4 § eller avgift för ansökan om sådant tillstånd enligt 2 kap. 9 §,

2. föreläggande enligt 7 kap. 20 § andra stycket att lämna upplysningar, handlingar eller annat material,

3. föreläggande enligt 7 kap. 23 a § att göra anmälan,

	4. *föreläggande enligt 7 kap. 23 b § att avhjälpa brister i informationsgarantin eller informationsskyldigheten,*
4. föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse,	*5.* föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse,
5. förbud enligt 7 kap. 26, 27, 28 eller 28 b § att bedriva verksamhet,	*6*. förbud enligt 7 kap. 26, 27, 28 eller 28 b § att bedriva verksamhet,
6. återkallelse enligt 7 kap. 26 eller 27 § av tillstånd enligt 2 kap. 4 §, eller	*7.* återkallelse enligt 7 kap. 26 eller 27 § av tillstånd enligt 2 kap. 4 §, *eller*
7. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.	*8.* förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.

Andra beslut av Inspektionen för vård och omsorg enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2028.

[1] Senaste lydelse 2025:1302.
[2] Senaste lydelse 2025:1302.

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 2 § och 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
3 §[1]	
Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den *ska innehålla en försäkran om* att den enskilde inom viss tid *får*,	Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den *innebär* att den enskilde inom viss tid *ska få*,
1. kontakt med primärvården,	
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,	
3. *besöka den specialiserade vården, och*	3. *remiss till den specialiserade vården granskad,*
	4. information om att en remiss till den specialiserade vården har mottagits,
	5. information om när en medicinsk bedömning i den specialiserade vården ska ske,
	6. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården, och
4. planerad vård.	*7.* planerad vård.
4 §	
Om vårdgarantin enligt 3 § *3* eller *4* inte *uppfylls,* ska patienten *få* vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.	*När regionen bedömer att garantin* enligt 3 § *6* eller *7* inte *kommer att kunna uppfyllas*, ska *regionen se till att* patienten *får* vård hos en annan vårdgivare*. Det ska*

[1] Senaste lydelse 2018:554.

ske inom garantins gränser och utan extra kostnad för patienten.

6 kap.

2 §[2]

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Vid valet av fast vårdkontakt ska hänsyn tas till patientens behov samt till patientens önskemål om vem som ska utses.

För en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i ett sådant boende eller en sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska kommunen utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövligt.

9 kap.

1 §[3]

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen *eller sluten* vård. *Patienten får dock utom regionen inte välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt.*

Den region som ansvarar för en patients hälso- och sjukvård får ställa krav på att patientens slutna vård i en annan region ska godkännas innan den svarar för kostnaderna.

[2] Senaste lydelse 2026:213.
[3] Senaste lydelse 2022:272.

Bestämmelser om val av utförare inom primärvården genom listning finns i 7 kap. 3 a och 3 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2028 i fråga om 9 kap. 1 § och i övrigt den 1 juli 2028.

1.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 7 kap. 2 §, 8 kap. 3 § och 9 kap. 1 och 2 §§ ska ha följande lydelse.

dels att det ska införas nya paragrafer, 2 kap. 7 a § och 8 kap. 2 b § av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	7 a §
	Med distanskontakt avses i denna lag en patients kontakt med hälso- och sjukvården där hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten är rumsligt åtskilda och de använder informations- och kommunikationsteknologi för att kommunicera med varandra.
	7 kap.
	2 §[1]
Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.	
	Regionen ska planera och organisera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet.
Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.	
	8 kap.
	2 b §
	Regionen ska erbjuda den som omfattas av 1 eller 2 § möjlighet till vård genom distanskontakt när så-

[1] Senaste lydelse 2025:1399.

	dan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten får avstå sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.
3 §[2]	
Regionen ska 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 §. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna.	Regionen ska erbjuda öppen *och sluten* 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 §. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna. *Regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar omfattar inte vård som endast ges genom distanskontakt.*

Om patienten omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård enligt 1 §, svarar den regionen för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket. Detta gäller dock inte om den regionen ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs.

	Den region som ansvarar för en patients hälso- och sjukvård får även ställa krav på att patientens slutna vård i en annan region ska godkännas innan den svarar för kostnaderna.
9 kap.	
1 §[3]	
Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1	Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1

[2] Senaste lydelse 2019:973.
[3] Senaste lydelse 2022:273.

eller 2 §. Vårdgarantin *ska innehålla en försäkran om* att den enskilde inom viss tid *får*	eller 2 §. Vårdgarantin *innebär* att den enskilde inom viss tid *ska få*
1. kontakt med primärvården,	
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,	
3. *besöka* den specialiserade vården, *och*	3. *remiss till* den specialiserade vården *granskad*,
	4. information om att en remiss till den specialiserade vården har mottagits,
	5. information om när en medicinsk bedömning i den specialiserade vården ska ske,
	6. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården, och
4. planerad vård.	*7.* planerad vård.

Hos en sådan utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket gäller vårdgarantin enligt första stycket 1 och 2 endast om den enskilde är listad hos utföraren.

2 §[4]

Om regionen *inte uppfyller* garantin enligt 1 § *3* eller *4*, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.	*När* regionen *bedömer att* garantin enligt 1 § *6* eller *7 inte kommer att uppfyllas*, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare *inom garantins gränser och* utan extra kostnad för patienten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2028 i fråga om 2 kap. 7 a §, 8 kap. 2 b och 3 §§ och i övrigt den 1 juli 2028.

[4] Senaste lydelse 2019:973.

1.4 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

dels att 6 kap. 1 och 2 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 6 kap. 1 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
6 kap.	
1 §[1]	
Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) *ska innehålla en försäkran om* att den enskilde *får*	Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) *innebär, inom verksamhet som utgör primärvård, att den enskilde ska få*
1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),	1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), *och*
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),	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	

[1] Senaste lydelse 2018:1129.

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).

1 a §

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) innebär, inom verksamhet som utgör specialiserad vård, att

1. den vårdgivare som mottar en remiss inom tre arbetsdagar granskar remissen,

2. den vårdgivare som mottar en remiss informerar patienten, inom tre arbetsdagar, om att remissen har mottagits (informationsgaranti),

3. patienten får information om när han eller hon ska få en medicinsk bedömning inom tio arbetsdagar från det att remissen har mottagits (informationsgaranti),

4. patienten får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom 30 dagar från det att remissen har mottagits i den specialiserade vården (bedömningsgaranti inom den specialiserade vården), och

5. patienten får planerad vård inom 60 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården (garanti för planerad vård). Vad gäller verk-

	samhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri ska planerad vård ges inom 30 dagar.
	Om någon remiss inte är nödvändig räknas tiden enligt första stycket 1, 2, 3 och 4 från det att den enskilde har sökt kontakt med vårdgivaren.
	Inom den tid som framgår av första stycket 4 ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer behövs för att kunna göra en medicinsk bedömning. Inom den tid som framgår av första stycket 5 ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har beslutat om.
	Om vårdgivaren, efter att patienten fått den planerade vården enligt första stycket 5, beslutar om att patienten ska få ytterligare vård ska den ges inom 60 dagar från beslutet. Vad gäller verksamhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri ska sådan vård ges inom 30 dagar.
	Planerad uppföljning omfattas inte av vårdgarantin.
	2 §[2]
Vid bedömningen av om vårdgarantin enligt *1* § *3* eller 4 är uppfylld ska inte räknas tid då den enskilde	Vid bedömningen av om vårdgarantin enligt *1 a* § *4* eller *5* är uppfylld ska inte räknas tid då den enskilde

[2] Senaste lydelse (2019:1118).

1. av medicinska skäl inte kan ges vård,

2. utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), eller

3. frivilligt avstår från vård.

Den enskilde ska anses frivilligt avstå från vård om han eller hon har

1. informerats om vårdgarantin,

2. erbjudits vård i enlighet med vårdgarantin, och

3. meddelat vårdgivaren att han eller hon avstår från erbjudandet om vård.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2028.

2 Utredningens uppdrag och arbetssätt

Många patienter väntar för länge på vård. Lång väntan på vård får negativa effekter för patienter, för hälso- och sjukvården och för samhället i stort. Genom åren har olika insatser gjorts för att påverka väntetider och tillgänglighet i vården, och som ett led i det tillsatte regeringen i maj 2024 vår utredning.

Vår utgångpunkt har varit att långa väntetider dels är problematiskt i sig, dels att det är en förtroendefråga för vårt offentligt finansierade sjukvårdssystem att vård kan ges i rimlig tid. För att uppnå det pekar många i dag på behovet av en ökad samordning över landet, och därmed på behovet av ökad statlig styrning.

Frågan om god tillgänglighet hänger nära ihop med hur vi använder de resurser som står till buds för hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt och därmed vilka arbetssätt och metoder vi tillämpar i vården. Vi har därför kunnat ha samma utgångpunkt, ett väl samordnat system med högt förtroende från patienter och invånare, när vi behandlat de övriga frågorna i våra direktiv – kontinuitet i den specialiserade vården, rörlighet inom specialiserad sluten vård och digital vård som inte är en integrerad del i vårdkedjan. I det här kapitlet beskriver vi utredningens uppdrag närmare och på vilket sätt som vi har tagit oss an uppgiften.

2.1 Utredningens uppdrag

2.1.1 En ny och stärkt vårdgaranti

Utredningens huvudsakliga uppdrag har varit att analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti, samt lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården. Det framgår av direktiven

att den nya vårdgarantin bör tydliggöra patientens möjligheter att få vård hos en annan vårdgivare, i de fall vårdgarantins tidsgränser inte kommer kunna nås. Syftet är att hälso- och sjukvården på ett bättre sätt ska leva upp till lagens krav på en tillgänglig vård som tillgodoser patientens behov av rätt vård i rätt tid, trygghet, kontinuitet och säkerhet, samtidigt som behovsprincipen respekteras.

Regeringen lyfter fram att det är särskilt relevant att se över väntetiderna för barn och unga med psykisk ohälsa. Vi ska därför föreslå en lagstadgad vårdgaranti som innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på vård.

Vi har även haft i uppdrag att analysera och föreslå hur en förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin och patientlagen ska utformas. I det har ingått att lämna förslag på lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen, i de fall när vårdgarantin och patientlagen inte följs.

Utredningen har lämnat förslag på statliga engångsinsatser som syftar till att korta väntetiderna i vården. Det uppdraget redovisades i form av en promemoria i januari 2025.

Sedan regeringens beslut om tilläggsdirektiv i oktober 2025 har vi även haft i uppdrag att lämna förslag på nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården, inklusive vid digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja. Genom tilläggsdirektiven ändrades också det befintliga uppdraget om tillsyn av vårdgarantin så att även ekonomiska sanktioner omfattas. I samband med tilläggsdirektiven förlängdes uppdraget till 18 juni 2026.

2.1.2 Promemoria med förslag på statliga engångsinsatser

Hösten 2024 arbetade vi med att ta fram förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetiderna i vården.[1] Vi gjorde en kartläggning av om det finns upphandlade vårdavtal för att ge patienter vård inom vårdgarantin och i vilken utsträckning de används. Under arbetet förde vi bland annat dialog med Sveriges kommuner och regioner (SKR), samt med SKR:s hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverk (en av våra referensgrupper) och Vårdföretagarna. Vi följde även regeringens och de statliga myndigheternas insatser på området, såsom

[1] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården*, 2025 (se bilaga 3).

E-hälsomyndighetens (EHM) och Socialstyrelsens arbete med nationell vårdförmedling. Vi hade möten med Region Skåne för att få kunskap om deras arbete med vårdgarantiavtal. Samtalen handlade om hur regionen tillämpar avtalen, men framför allt om hur andra regioner kan nyttja dessa avtal och vilka svårigheter som finns kring det.

De möten som ägde rum under hösten och det material som utredningen fick ta del av var värdefulla även i arbetet med betänkandet. Här kan till exempel nämnas insikten om att avtalen mellan regionerna kan användas i betydligt högre utsträckning än i dag. En annan central insikt var att bristen på information om vårdgarantin till patienterna är stor och behöver förbättras.

2.1.3 Tilläggsdirektiv om nationella principer för ersättningar och avgifter

Den 23 oktober 2025 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen.[2] Enligt tilläggsdirektiven ska utredningen analysera och lämna förslag på hur statens styrning kan stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården. Vi har även haft i uppdrag att vid behov ta fram principer för ersättningar och avgifter för digital vård som inte är en integrerad del i en vårdkedja. Syftet är att patienter ska få vård i rätt tid utifrån behov, att vården ska ges på rätt vårdnivå och det ska säkerställas att vårdens resurser används så effektivt som möjligt.

Genom tilläggsdirektiven ändrades också utredningens befintliga uppdrag om tillsynen av vårdgarantin. Enligt tilläggsdirektiven ska utredningen analysera och lämna förslag på ekonomiska sanktioner och andra lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten stegvis ska vidta mot huvudmännen i de fall när den lagstadgade vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför kostnader för patienten.

2.2 Metod

En viktig del i utredningens arbete har varit att analysera relevanta regelverk och identifiera brister i dagens vårdgaranti. Dokumentstudier och samtal med experter, företrädare för olika myndigheter

[2] Regeringsbeslut S2025/01793.

och andra aktörer har också utgjort centrala delar i arbetet. Vi har exempelvis undersökt väntetider till olika delar av patientens vårdprocess och regionernas rutiner för remisshantering.

Vi har strävat efter att bygga vidare på befintlig kunskap. Därför har vi fördjupat oss i olika uppföljningar, utredningar och granskningar av vårdgarantin. Vi har också studerat hur vårdgarantin är utformad i Norge, Danmark och Finland.

Vi har haft en öppen dialog om vårt arbete med aktörer som har olika perspektiv och olika åsikter om vårdgarantin och om hur väntetider i vården kan kortas. Vi har träffat representanter för olika patientgrupper, vårdprofessioner och vårdgivare och fört samtal utifrån vårt uppdrag.

2.2.1 Möten och dialoger

Utredningens expertgrupp

Utredningen har kallat expertgruppen till fysiska möten fem gånger under utredningstiden. Utöver dessa möten har vi haft avstämningar via e-post samt digitala möten.

Referensgrupper

Utredningen har valt att knyta fem referensgrupper till sig. Vi har träffat dessa 1–3 gånger per halvår. Det har varit viktigt för oss att ta del av olika perspektiv på tillgängligheten i hälso- och sjukvården och olika erfarenheter av hur vårdgarantin fungerar i dag. Referensgrupperna har också bidragit med inspel på utredningens förslag.

Referensgrupperna har bestått av:

- patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- representanter för professionsorganisationer
- representanter för privata och idéburna vårdgivare
- SKR:s nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörer (HSD)
- experter och patientföreträdare inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP).

Patient- och brukarperspektivet

En viktig utgångspunkt för utredningen har varit att de förslag som vi lämnar ska leda till en mer personcentrerad vård. För att åstadkomma det har vi haft stor hjälp av patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rådet består av representanter för olika patient- och brukarorganisationer, pensionärsorganisationer samt patientnämnder.

Medarbetarperspektivet

För att få synpunkter från olika vårdprofessioner har vi haft en referensgrupp med representation från fackliga organisationer. Gruppen har bestått av representanter för Sveriges arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Vårdförbundet, Sveriges läkarförbund, Psykologförbundet och Sveriges akademikers centralorganisation (SRAT)[3]. Medlemmarna i gruppen har utsetts genom att varje organisation fått möjlighet att nominera två deltagare var.

Vårdgivarperspektivet

För att få olika vårdgivares perspektiv har vi haft en referensgrupp med representanter för privata och idéburna vårdgivare. Deltagarna utsågs genom nomineringar från Vårdföretagarna respektive Famna.

Huvudmannaperspektivet

SKR:s nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörer är ett forum där samtliga hälso- och sjukvårdsdirektörer från regionerna regelbundet träffas. Genom att nätverket fungerat som referensgrupp till utredningen har vi fått synpunkter på utredningens förslag utifrån olika regionala perspektiv.

[3] SRAT organiserar bland annat logopeder och audionomer och har deltagit i referensgruppen sedan hösten 2025.

Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)

Gruppen sammankallades första gången under hösten 2025 och har bestått av utredningens förordnade experter på området, samt en representant från Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Syftet har varit att fördjupa expertgruppens diskussioner specifikt för BUP.

Kontakter med andra utredningar och aktörer

Under utredningens arbete har vi fört dialog med andra pågående eller avslutade utredningar, som Vårdansvarskommittén (S 2023:04), Utredningen om en förbättrad elevhälsa (U 2024:01), Utredningen om patientens rätt (S 2007:07), Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12), Uppdrag att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A) samt Utredningen Samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården (S 2026:01).

Vi har även träffat andra aktörer för att diskutera utredningens frågeställningar, som exempelvis samtliga sjukvårdsregioner, SKR:s vårdlotsnätverk, Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, Inera, Patientnämndernas nationella chefsnätverk, Regionalt cancercentrum norr och Branschrådet i Region Stockholm. I mars 2026 ordnade utredningen ett dialogmöte med privata vårdgivare som i huvudsak eller delvis bedriver digital vård.

2.2.2 Uppgifter om väntetider och annan statistik

Väntetidsdata

För uppgifter om väntetider till olika delar av patientens vårdprocess har vi använt oss av data från väntetidsdatabasen. Väntetidsdatabasen är den författningsreglerade databasen över väntetider i vården och regionerna har rapporteringsskyldighet till den. Samtidigt finns det skäl att ifrågasätta om uppgifterna i databasen ger en rättvisande bild av väntetiderna till vården. Bristerna i väntetidsdatabasen behandlas särskilt i kapitel 4 och 10.

Det är svårt att få en fullständig bild av hur långa väntetiderna är och hur de har utvecklats över tid. Utöver de problem som handlar

om variationer i inrapportering så förändrades uppföljningen av vårdgarantin under 2021, vilket gör det svårt att få en bild av hur väntetiderna har utvecklats över längre tid. Från 2025 påverkas uppgifterna dessutom av att nio regioner byter journalsystem. Det gör att den historiska utveckling som är mest relevant att titta på omfattar åren 2021 till 2024. Det innebär att det endast handlar om ett fåtal år, som dessutom delvis sammanfaller med pandemin.

Under utredningens gång har vissa uppgifter i väntetidsdatabasen ändrats i takt med att regioner levererat in nya data. Tidpunkterna för vår inhämtning påverkar därför de siffror som redovisas.

Uppgifter om BUP

När det gäller statistik om den öppna BUP har vi använt uppgifter från patientregistret hos Socialstyrelsen.[4] Från och med januari 2024 omfattar patientregistret även patienter som har behandlats i den psykiatriska öppenvården av andra yrkesgrupper än läkare. I kapitel 8 redovisar vi bland annat hur många barn och unga som hade minst ett läkarbesök i den specialiserade öppna BUP under de senaste tio åren, samt hur diagnosfördelningen såg ut under 2025.

2.3 Disposition

- Kapitel 3 till 13 behandlar huvuddirektiven – bakgrund och analys av väntetider, vårdgaranti, valfrihet, uppföljning, tillsyn och kontinuitet i den specialiserade vården. Här lämnas även förslag och bedömningar. Konsekvensanalysen finns i kapitel 13.
- Kapitel 14 behandlar tilläggsdirektiven. Kapitlet innehåller bakgrundsbeskrivning och analys av nationella principer för ersättningar och avgifter samt av digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja. Förslag och bedömningar samt konsekvensanalys ingår i kapitlet.

[4] Patientregistret är ett nationellt register som innehåller uppgifter om patienter som har vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården samt de som har behandlats av läkare inom den specialiserade öppenvården.

3 Regler, roller och prioriteringar

Hälso- och sjukvården i Sverige styrs av flera lagar och förordningar, som tillsammans reglerar ansvar, organisation och patienträttigheter. Det här kapitlet syftar till att ge en tillräcklig bakgrund av viktiga bestämmelser, ansvar och roller inom svensk hälso- och sjukvård för att underlätta läsningen av kommande kapitel. Grundläggande för förståelsen är också att beskriva hur prioriteringar görs och hur kunskapsstyrning bedrivs inom hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är ramlagen som anger övergripande mål, ansvar och skyldigheter för hur vården ska organiseras och bedrivas. Av HSL framgår att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och 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 sjukvården ska ges företräde till vården.[1]

HSL reglerar även regioners och kommuners ansvar som huvudmän och vårdgivares skyldigheter. Lagen kompletteras av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), förkortad HSF, som ger mer detaljerade bestämmelser som behövs för att verkställa lagen i praktiken. Förordningen ger också regeringen och myndigheter möjlighet att utfärda föreskrifter och beslut som styr vården mer konkret.

Sedan 2015 kompletteras HSL av patientlagen (2014:821), som syftar till att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Dessutom finns exempelvis patientsäkerhetslagen (2010:659), patientdatalagen (2008:355) och flera andra speciallagar, som reglerar olika delar av hälso- och sjukvården.

Regeringen utfärdar förordningar, medan myndigheter som Socialstyrelsen ger föreskrifter och allmänna råd som är bindande eller vägledande.

[1] 3 kap. 1 § HSL (2017:30).

3.1 Regleringen av hälso- och sjukvården i Sverige

3.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen kom till för att minska detaljreglering

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har under lång tid präglats av gemensamt ansvarstagande och av kommunal självstyrelse. Det innebär att kommuner och regioner har stor frihet att bestämma hur de använder sina resurser.[2]

I januari 1983 trädde hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i kraft.[3] Lagen hade sin grund i viljan att minska statlig nationell detaljreglering. Det bedömdes att landstingen hade de bästa förutsättningarna att utforma vården efter de lokala behoven. Den statliga tillsynen skulle främst handla om allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning till huvudmannen. Under 1990-talet genomfördes nationella reformer i syfte att förtydliga och utveckla kommuners och landstings ansvar samt överföra vissa åtaganden från landstingen till kommunerna. Kommunerna fick bland annat ett ökat och förtydligat ansvar för personer med psykisk störning som inte är i behov av sluten aktiv psykiatrisk vård (Psykiatrireformen 1995)[4] och ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade (Ädelreformen 1992).[5]

3.1.2 Utvecklingen av styrningen under 2000-talet

Utvecklingen av styrningen inom hälso- och sjukvården har under 2000-talet inriktats mot att stärka patientens ställning, till exempel genom att införa patientlagen. Tillsammans med hälso- och sjukvårdslagen och annan lagstiftning utgör patientlagen en grundläggande del av regelverket för hälso- och sjukvården.

Förändringar i styrningen har under de senaste åren delvis fokuserat på att stärka patienters valmöjligheter i hälso- och sjukvården och på så vis även förutsättningarna för nya aktörer, som företag

[2] Av 14 kap. 3 § regeringsformen framgår att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter på det kommunala självstyrets grund.
[3] Prop. 1981/82:97, bet. 1981/82:SoU51, rskr. 1981/82:381.
[4] Prop. 1993/94:218, bet. 1993/94:SoU28, rskr. 1993/94:396.
[5] Prop. 1990/91:14, bet. 1990/91:SoU9, rskr. 1990/91:97.

och idéburna organisationer, att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster med offentlig finansiering.[6]

På nationell nivå har regeringen tagit initiativ för att göra hälso- och sjukvården mer jämlik samt för att främja kvalitet, tillgänglighet och ett effektivt resursutnyttjande. De nationella reformerna har bland annat omfattat samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS, samt en mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet.[7] Andra exempel är lagbestämmelser om vårdgaranti och att en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården införts.[8] Samtidigt som vårdgarantin författningsreglerades infördes även bestämmelser om fast vårdkontakt, förnyad medicinsk bedömning och utökade informationskrav. Det samlade syftet med förändringarna var att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.[9]

Utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet i stort motiverade även en översyn av dåvarande hälso- och sjukvårdslagen, (1982:763).[10] Vad gäller styrningen av tillgänglighet och vårdköer, samt omställningen till en god och nära vård, så är detta områden som vi återkommer till i kapitel 4.

Hälso- och sjukvårdslagen uppdaterades för att skapa en modern och tydlig ramlag

Den uppdaterade hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) skulle liksom den tidigare vara en samlad ramlag för att reglera den svenska hälso- och sjukvården. Lagen ersatte den tidigare lagstiftningen från 1982, som upplevdes som svåröverskådlig och delvis föråldrad. Syftet med den nya lagen var att göra regelverket mer lättillgängligt, tydligt och strukturerat, samtidigt som den skulle ge regioner och kommuner frihet att anpassa vården efter lokala behov.[11]

Vid införandet av den nuvarande lagen (2017:30) fördes nästan alla bestämmelser från den gamla lagen över, men med språkliga och

[6] Prop. 2016/17:43 s. 77.
[7] Se bl.a. förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst samt prop. 2012/13:116. Sedan 1 juli 2025 inkluderar förordningen även LSS-verksamhet: Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet.
[8] Prop. 2017/18:40, bet. 2017/18:SoU18, rskr. 2017/18:176.
[9] Prop. 2009/10:67.
[10] Prop. 2016/17:43.
[11] Se prop. 2016/17:43 s. 78 f.

vissa sakliga förändringar. Med den uppdaterade lagen fördes begreppet huvudman in i lagstiftningen – med huvudman avses den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.[12]

Historisk tidslinje över lagstiftningen i nutid:

- 1982 – Den första hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) införs som en ramlag för vården.
- 1990-talet – Successiva ändringar, bland annat om vårdgaranti och patienträttigheter.
- 2010 – Patientsäkerhetslagen införs som komplement.
- 2014 – Patientlagen införs för att stärka patientens ställning.
- 2017 – Nuvarande Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) träder i kraft med modern struktur och språkliga förändringar.

Viktiga principer i HSL:

- God hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.
- Respekt för alla människors lika värde och värdighet.
- Behovsprincipen – den med störst behov ska ges företräde.
- Huvudmännens ansvar – regioner och kommuner ansvarar för vården.
- Krav på kvalitet och patientsäkerhet i all vård.
- Samverkan mellan olika aktörer för en sammanhållen vård.
- Primärvårdens grunduppdrag som första instans i vården.

[12] 2 kap. 2 § HSL.

Hälso- och sjukvården bygger på skyldighetslagstiftning

Svensk hälso- och sjukvård bygger i stor utsträckning på skyldighetslagstiftning. Av HSL och patientlagen följer till exempel att regionerna är skyldiga att ge patienterna rätt vård i tid, genom vårdgarantin. Detta återkommer vi till i kommande kapitel. Trots att det finns en skyldighet för regionerna att erbjuda patienter vård i utsatt tid, är hälso- och sjukvård inte en rättighet som patienten kan utkräva på juridisk väg. Patientens rättsliga ställning är på så vis svagare i Sverige än i Norge, Finland och Danmark.[13]

Patientlagen är delvis överlappande med HSL

Patientlagen kompletterar HSL genom att fokusera på patientens perspektiv och rättigheter. Till skillnad från HSL, som främst riktar sig till vårdgivare och huvudmän, är patientlagen skriven ur patientens synvinkel. Den beskriver vad patienten har rätt att förvänta sig, exempelvis när det gäller information, delaktighet och valmöjligheter.

Patientlagen betonar att patienten ska ha möjlighet att delta i beslut om sin vård och kunna ge samtycke innan vård ges.[14] Bestämmelserna är delvis överlappande med dem i HSL. Medan HSL tar upp information exempelvis, som en del av vårdgivares skyldigheter för att tillhandahålla en god vård, så handlar det i patientlagen inte bara om att information ska ges, utan att den ska vara individanpassad, begriplig och ge patienten möjlighet att fatta informerade beslut.

Patientlagen ger också patienten rätt att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet, liksom att begära en ny medicinsk bedömning (second opinion).[15]

Lagen stärker patientens ställning men ger inte möjlighet att överklaga i domstol om rättigheterna inte uppfylls. Den är därför inte en rättighetslag i juridisk mening. Tillsyn sker via Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

[13] Se till exempel Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, 2017.
[14] 4 kap. patientlagen (2014:821), PL.
[15] 9 kap. PL.

3.2 Roller och ansvarsfördelning i svensk hälso- och sjukvård

HSL slår fast att det är kommuner och regioner som är huvudmän för hälso- och sjukvården.[16] Det innebär att det är regionen eller kommunen som ytterst har ett ansvar för att se till att invånarna får en god vård.[17] Även om regionen eller kommunen har avtalat med någon annan om att utföra vården, så har regionen eller kommunen kvar detta ansvar.[18]

Regioner, och i viss utsträckning kommuner, har även ansvar för hälso- och sjukvårdens planering, finansiering och drift. Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.[19]

Regeringen har i förordning beslutat om att dela in landet i sex samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Regionerna ska samverka i den typen av frågor.[20] Bestämmelsen har i första hand tillkommit för att säkerställa att planeringen av hälso- och sjukvården i samverkansregionen sker i samverkan mellan de berörda huvudmännen.

Kommunerna ansvarar för att erbjuda vissa hälso- och sjukvårdsinsatser åt personer i vissa boendeformer och i viss dagverksamhet och elevhälsa vid skolor där kommunen är huvudman. I samtliga län utom Stockholms län har kommunerna också tagit över ansvaret för basal hälso- och sjukvård i hemmet.

3.2.1 Statens styrning av hälso- och sjukvården

Riksdag och regering har ett övergripande nationellt ansvar för resultat och utveckling i vården. Nationella mål och riktlinjer ska garantera att hälso- och sjukvården blir likvärdig och håller en hög

[16] 2 kap. 2 § HSL.
[17] Se bl.a. 8 kap. 1 § HSL.
[18] Enligt 15 kap. 1 § HSL får regioner och kommuner, med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt samma lag.
[19] 7 kap. 2 § HSL.
[20] 6 kap. 1 § 1 p. HSL, 3 kap. 1 § HSF (2017:80) och 7 kap. 8 § HSL.

kvalitet. Staten ansvarar även för övergripande insatser riktade till hälso- och sjukvården.

Det finns flera statliga styrmedel som kan påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning. Det handlar bland annat om lagstiftning, statsbidrag och statliga myndigheters verksamheter, som till exempel utbildning, forskning, kunskapsstyrning, analys, uppföljning och tillsyn. I omställningen till en god och nära vård exempelvis, har staten tagit flera initiativ för att genomföra omställningen och nå målet om att primärvården ska utgöra navet i hälso- och sjukvården – flera lagändringar har genomförts, omfattande riktade statsbidrag har betalats ut och uppdrag till flera myndigheter har beslutats om.

Förutom de traditionella styrmedlen har regeringen i större utsträckning kommit att använda andra mjukare styrmedel. Till exempel har det blivit vanligare med nationella samordnare, nationella handlingsplaner och nationella strategier, som tydliggör regeringens inriktning inom ett område.

Nuvarande ansvarsfördelning är resultatet av flera reformer

Nuvarande ansvarsfördelning är resultatet av flera reformer där bland annat principen om kommunal självstyrelse vägts mot behov av samordning, styrning och stöd från nationell nivå. Den kommunala självstyrelsen ger regioner stor frihet att själva utforma och ansvara för sin verksamhet inom ramen för befintlig lagstiftning.[21] Hälso- och sjukvårdslagens utformning ger dessutom ett stort utrymme för regionerna och kommunerna att utforma vården efter lokala behov och förutsättningar.

I jämförelse med många andra länders hälso- och sjukvårdssystem har Sverige en decentraliserad struktur vad gäller huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården. Liknande hälso- och sjukvårdssystem har tidigare funnits i till exempel Norge och Danmark. Under senare årtionden har dock tydliga steg tagits mot mer centraliserade hälso- och sjukvårdssystem i de båda länderna. Även i Sverige har flera beslut om ökat statligt ansvar och styrning inom hälso- och sjukvården fattats av riksdag och av regering, något som vi återkommer särskilt till i kapitel 4.

[21] Prop. 2016/17:43 s. 74 f.

Generella och riktade statsbidrag för att finansiera hälso- och sjukvården

Riksdag och regering har uttalat att generella statsbidrag ska vara utgångspunkten i den ekonomiska styrningen av kommunsektorn.[22] Detta för att kommuner och regioner ska få stabila förutsättningar, rimliga möjligheter att planera och på så vis kunna bedriva sin verksamhet på ett effektivt sätt.

Staten överför ett generellt statsbidrag till kommuner och regioner varje år genom det kommunala utjämningssystemet. Syftet med utjämningssystemet är att skapa ekonomiska förutsättningar för att kunna upprätthålla en likvärdig servicenivå i alla regioner och kommuner. Tanken är att utjämna för det som inte är påverkbart, som skillnader i skattekraft, antal barn, äldre etcetera.[23]

Den statliga finansieringen av hälso- och sjukvården har ökat något över tid, både i belopp och räknat som andel av statens utgifter. År 2024 fördelade staten 58 miljarder kronor i generella statsbidrag och 44 miljarder kronor i kostnadsersättningar[24] till regionerna.[25]

Vid sidan av de generella statsbidragen förekommer även riktade statsbidrag. Dessa syftar till att stödja utpekade verksamheter i kommuner och regioner. De fungerar på så vis som verktyg för staten för att påverka utvecklingen i kommuner och regioner i en viss riktning. De riktade statsbidragen till regioner uppgick 2024 till 17 miljarder kronor. Den största delen av bidragen var riktade till hälso- och sjukvård och social omsorg.[26]

Socialstyrelsen beslutar om föreskrifter som är bindande

Socialstyrelsen ansvarar för föreskrifter och allmänna råd inom sitt verksamhetsområde.[27] Bemyndigandet av att ta fram föreskrifter framgår av en rad olika författningar, som patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

[22] Prop. 2003/04:105, bet. 2004/05:FiU8, rskr. 2004/05:14.
[23] SOU 2024:50.
[24] Kostnadsersättningar är ersättningar för specifika kostnader som kommuner eller regioner har på grund av att staten har beslutat att kommunerna eller regionerna är skyldiga att utföra eller tillhandahålla något.
[25] Statskontoret, *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2024*, 2025.
[26] Ibid.
[27] 7 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Några föreskrifter som är centrala för vår utredning är de som Socialstyrelsen har beslutat om för hanteringen av remisser inom hälso- och sjukvården.[28] Föreskrifterna anger att det är vårdgivaren som ansvarar för att det finns skriftliga rutiner för hanteringen och utformningen av remisser, både för den enhet som skickar och för den enhet som tar emot remissen. Det är sedan verksamhetschefen vid varje enhet som ansvarar för att fastställa rutinerna. Det är i dessa rutiner som den närmare regleringen av hur och när remisser ska skickas, tas emot och bedömas ska finnas. Några krav på hur snabbt en remiss ska skickas och bedömas finns inte i föreskrifterna, detta regleras i stället i vårdgivarnas egna regler.

Föreskrifternas krav gäller för alla vårdgivare, både offentliga och privata. I flera regioner finns dessutom beslut om övergripande regler för remisshantering i hela regionen. Sådana övergripande regelverk innehåller ofta mer detaljerade regler om tidsgränser för remisshanteringen, som kompletteras av ytterligare regler och avtal för särskilda verksamhetsgrenar och vårdförlopp. Exempelvis har Region Stockholm ett regelverk som innebär att en remiss ska skickas senast tre arbetsdagar efter remissbeslut och att en mottagen remiss ska bedömas och prioriteras senast tre arbetsdagar efter mottagandet.[29] Samma tidsgränser finns i övergripande regelverk i flera andra regioner.[30]

Vi återkommer till regler och rutiner för remisshanteringen i kapitel 7.

3.3 Prioriteringar i vården

Prioriteringar i hälso- och sjukvården sker utifrån en etisk plattform. Plattformen beslutades av riksdagen 1997 och ska tillämpas både vid politiska beslut om resursfördelning och i den kliniska vardagen.[31]

[28] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården, m.m, SOSFS 2004:11.
[29] Region Stockholm, *Regelverket för remisshantering inom Region Stockholms hälso- och sjukvård*, hämtad 2025-04-22.
[30] Se t.ex. Region Skåne, *Remisshantering i Region Skåne*, hämtad 2025-04-22 och Västra Götalandsregionen, *Regional medicinsk riktlinje, RMR, Remiss inom hälso- och sjukvård*, Version 3.0.
[31] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

Bakgrunden är att vårdens behov alltid är större än de resurser som finns tillgängliga, vilket gör att prioriteringar är nödvändiga.[32]

Den etiska plattformen utgörs av tre principer:

1. Människovärdesprincipen
2. Behovs- och solidaritetsprincipen
3. Kostnadseffektivitetsprincipen.

Principerna är rangordnade: människovärdesprincipen gäller i första hand, behovs- och solidaritetsprincipen i andra hand och kostnadseffektivitetsprincipen i sista hand.

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har samma rätt till vård oavsett begåvning, social ställning, inkomst, ålder, etnicitet eller någon annan faktor. Principen anger framför allt vad sjukvårdsansvariga *inte* bör ta hänsyn till vid beslut om resursfördelning eller vid vård och behandling. Människovärdesprincipen räcker inte som grund för prioriteringar i vården, utan behöver kompletteras med de två följande.[33] I HSL uttrycks människovärdesprincipen i 3 kap. 1 § genom att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.[34]

Behovs- och solidaritetsprincipen handlar om att vårdens resurser ska satsas på de patienter som har störst behov. Hur stort behovet är bedöms utifrån hälsoproblemets svårighetsgrad och varaktighet, samt vilken potentiell hälsoförbättring en vårdinsats kan medföra. Enligt principen ska behoven hos svaga grupper och grupper som har svårt att göra sina röster hörda särskilt beaktas. Till dessa grupper hör till exempel barn, åldersdementa, medvetslösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera med sin omgivning. Att uppmärksamma dessa gruppers behov innebär också ett ansvar för att utreda var de otillfredsställda behoven finns. Ju mer begränsad en människas autonomi och ju större hennes beroende av omgivningen är, desto mer bör hälso- och sjukvården slå vakt om hennes människovärde och säkra hennes rättigheter.[35] I HSL uttrycks behovs-

[32] Prioriteringscentrum, ”Grundläggande om prioriteringar inom vård och omsorg”, hämtad 2025-11-13.
[33] Ibid.
[34] 3 kap. 1 § HSL.
[35] Prioriteringscentrum, ”Grundläggande om prioriteringar inom vård och omsorg”, hämtad 2025-11-13.

och solidaritetsprincipen i 3 kap. 1 § genom att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.[36]

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att hälso- och sjukvården har en skyldighet att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt. Denna princip är underordnad de två andra principerna. Det betyder att svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar ska prioriteras framför lindrigare åkommor även om vården av de svåra tillstånden är dyrare. Det är de samlade och långsiktiga effekterna och kostnaderna som måste vägas in.[37] Kostnadseffektivitetsprincipen står inte i HSL, men gäller enligt riksdagens beslut som kompletterande princip.[38]

3.3.1 LEON-principen

LEON står för Lägsta effektiva omhändertagandenivå och innebär att vård ska ges på den lägsta nivå som är effektiv för patientens behov. Principen är nära kopplad till den etiska plattformen:

Behovssolidaritetsprincipen styr att patienter med störst behov prioriteras, medan LEON-principen säkerställer att dessa behov möts på rätt nivå – exempelvis i primärvården om det är tillräckligt.

Kostnadseffektivitetsprincipen förstärks av LEON-principen, eftersom vård på lägre nivå ofta är mindre resurskrävande men lika effektiv, vilket frigör resurser för andra patienter.

LEON-principen utgör tillsammans med de etiska principerna en grund för hur nationella riktlinjer, nationella vårdområden och standardiserade vårdförlopp utformas – områden som vi kommer in på nedan. Vid psykisk ohälsa rekommenderar riktlinjerna exempelvis ofta stegvis vård – först insatser i primärvården och sedan specialistvård om behovet kvarstår. Detta är ett praktiskt uttryck för LEON-principen.[39]

[36] 3 kap. 1 § HSL.
[37] Prioriteringscentrum, ”Grundläggande om prioriteringar inom vård och omsorg”, hämtad 2025-11-13. Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.
[38] Bet. 1996/97:SoU14.
[39] Se exempelvis Socialstyrelsen ”Psykisk ohälsa – målbild för vårdcentraler”, hämtad 2026-04-10.

3.3.2 Kunskapsstyrning som verktyg för prioriteringar

En av de nationella reformer som genomförts de senaste åren är den om samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet, den så kallade kunskapsstyrningen.[40] Kunskapsstyrning görs genom ett samarbete mellan regioner och myndigheter för att säkerställa att bästa tillgängliga kunskap används i vården. Det innebär att riktlinjer, vårdprogram och standardiserade arbetssätt sprids och implementeras på ett strukturerat sätt. Detta har i sin tur stor betydelse för hur prioriteringar görs.

Nationella riktlinjer utgör en grund för kunskapsstyrningen

Socialstyrelsens nationella riktlinjer har funnits sedan 1990-talet och fungerar som ett stöd för beslutsfattare och vårdpersonal, så att prioriteringar i vården blir mer enhetliga och transparenta.

Socialstyrelsen ger nationella riktlinjer till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om vilka behandlingar, metoder och insatser som bör prioriteras, vilka som kan avvecklas och hur resurser bör fördelas. Syftet är att skapa en jämlik och kunskapsbaserad vård i hela landet, så att resurser används där de gör störst nytta. Riktlinjerna sammanfattas även i en version för patienterna, för att de ska få inblick i innehållet.[41]

Riktlinjerna har inte alltid fått genomslag i praktiken och implementeringen har varierat mellan regionerna, vilket har lett till att vården har blivit ojämlik. Det var bland annat med denna bakgrund som den nationella reformen om samlad styrning med kunskap genomfördes. I den strukturen utgör de nationella riktlinjerna ett av de viktigaste kunskapsstöden.

De nationella riktlinjerna bygger på den etiska plattformen för prioriteringar och på vetenskapliga underlag, ofta kompletterade med hälsoekonomiska analyser. De innehåller rekommendationer, rangordningslistor, indikatorer och målnivåer som gör det möjligt för beslutsfattare att se vilka insatser som bör ges högst prioritet.

[40] I mars 2015 beslutade regeringen om förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Sedan 1 juli 2025 inkluderar förordningen även LSS-verksamhet: Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet.
[41] Socialstyrelsen, ”Information till patienter om publicerade riktlinjer”, hämtad 2025-11-14.

I ett så kallat riktlinjepaket ingår även utvärderingar. Riktlinjerna operationaliserar den etiska plattformen för prioriteringar genom att rangordna insatser:

- Hög prioritet: åtgärder med stor nytta för svåra tillstånd.
- Låg prioritet: åtgärder med begränsad nytta.
- Ej rekommenderade: insatser som saknar evidens eller är ineffektiva.

Nationella riktlinjer kan exempelvis användas på följande sätt:

- inom hjärtsjukvård anger riktlinjerna att behandlingar med stor effekt på överlevnad och livskvalitet, som PCI vid hjärtinfarkt, ska prioriteras högt, medan åtgärder med liten nytta bör ges lägre prioritet.
- inom diabetesvård rekommenderas att resurser satsas på strukturerad patientutbildning och förebyggande insatser, eftersom dessa har stor effekt på långsiktig hälsa.
- vid demenssjukdom har riktlinjerna lett till att kommuner och regioner prioriterar tidig utredning och personcentrerad vård, medan mindre effektiva insatser får lägre prioritet.

Riktlinjerna används av politiker, tjänstemän och vårdchefer som underlag för resursfördelning, men också som stöd för lokala vårdprogram. De är rådgivande, inte juridiskt bindande, men har stor praktisk betydelse eftersom de ger en gemensam grund för prioriteringar.

Ett samlat system för kunskapsstyrning sedan 2018

Sedan 2015 finns en förordning om statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst (2015:155). Enligt denna ska styrningen med kunskap vara samordnad, effektiv och bidra till att vården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

År 2018 etablerades ett nationellt system för kunskapsstyrning, som ett gemensamt initiativ av regionerna, samordnat av SKR, för att skapa en strukturerad modell för implementering av kunskapsstöd i vården. Syftet är att säkerställa att bästa tillgängliga kunskap

används i varje patientmöte. Systemet drivs i samverkan mellan staten och regionerna och bygger på hälso- och sjukvårdslagens krav om god vård och att vården ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Kunskapsstyrningen omfattar tre huvuddelar:

- Kunskapsstöd (nationella riktlinjer, vårdprogram, standardiserade vårdförlopp)
- Uppföljning och analys (kvalitetsregister och indikatorer)
- Stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap.

Syftet är att skapa en sammanhållen kedja från kunskapsproduktion till praktisk tillämpning för att främja en jämlik och effektiv vård.[42]

Nationella programområden (NPO)

Nationella programområden är expertgrupper som leder kunskapsstyrningen inom specifika medicinska områden. Det finns 26 NPO, och varje område har representanter från de sex sjukvårdsregionerna. Uppdraget är att:

- samordna kunskapsstyrningen inom sitt område
- utveckla och förvalta kunskapsstöd, inklusive nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp
- identifiera kunskapsluckor och behov av nya insatser
- bidra till utvecklingen av kvalitetsregister och ordnat införande av nya metoder.

NPO fungerar som en brygga mellan nationella riktlinjer och den kliniska vardagen och säkerställer att rekommendationer omsätts i praktiska vårdprocesser. När Socialstyrelsen publicerar nya riktlinjer analyserar de nationella programområdena hur dessa ska implementeras i praktiken.

NPO utvecklar personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, till exempel för standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården.

[42] Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *En gemensam och sammanhållen kedja för kunskapsstyrning*, 2024.

Nationella riktlinjer omsätts bland annat till SVF

Standardiserade vårdförlopp för cancer, SVF,[43] bygger på de nationella vårdprogrammen och de nationella riktlinjerna. Det innebär att de medicinska rekommendationerna i riktlinjerna omsätts i praktiska flöden med tydliga ledtider och ansvarsfördelning. Om exempelvis riktlinjerna anger att tidig diagnostik är avgörande för prognosen vid lungcancer, så innehåller SVF för lungcancer detaljerade steg för snabb remittering, utredning och behandling inom en viss tidsram.

Nationella riktlinjer kan prioritera vissa behandlingar (till exempel kirurgi eller strålbehandling vid bröstcancer) och SVF säkerställer att dessa behandlingar planeras och startas inom fastställda tidsgränser.

Nationella kvalitetsregister

Kvalitetsregistren är databaser som samlar in och följer upp information om vård och behandlingar för olika diagnoser och patientgrupper. Syftet är att förbättra kvaliteten i vården genom att ge underlag för uppföljning och jämförelser, forskning och utveckling, samt för kunskapsstyrning. Resultaten från registren används av de nationella programområdena (NPO), Socialstyrelsen och regionerna för att ta fram och följa upp riktlinjer och vårdprogram.

I Sverige finns drygt 150 kvalitetsregister, bland annat för cancer, hjärtsjukdomar, diabetes och psykisk hälsa. Gemensamt för kvalitetsregistren är att de är individbaserade och att de innehåller diagnos, insatta åtgärder och resultat för patienten. På så sätt får verksamheterna en löpande återkoppling av sina egna resultat och får även möjlighet att följa upp sina resultat i förhållande till andra verksamheter.

[43] SVF, standardiserade vårdförlopp för cancer, är ett nationellt arbetssätt som beskriver hur utredning och första behandling ska genomföras för olika cancerdiagnoser, inklusive vilka tidsgränser som ska gälla från välgrundad misstanke till start av behandling. Syftet är att minska onödig väntan och ovisshet, och att säkerställa att patienter får en likvärdig och snabb vård oavsett var i landet de bor. Vi återkommer till SVF:erna i kapitel 4.

4 Väntetider i vården och styrmedel som har införts för att korta dem

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.

Under pandemin behövde hälso- och sjukvården ställa om och prioritera svårt sjuka virussmittade patienter och andra akut sjuka. Det ledde till att ännu fler patienter fick vänta på vård längre än vårdgarantins gränser. Uppdämda vårdbehov, som behov av rehabilitering och uppskjuten vård, belastar fortfarande hälso- och sjukvården.

I det här kapitlet beskriver vi väntetider i vården och olika styrmedel som har införts för att korta dem.

4.1 Stora regionala skillnader i väntan på vård

Det finns inte någon region som lever upp till vårdgarantin i den specialiserade vården i dag. Allmänt kan sägas att patienter med stort behov av vård får vård snabbt. Andra får vänta betydligt längre och många får vänta för länge.

Skillnaderna i väntetider till vård mellan regionerna är stora: I Region Norrbotten till exempel, hade i oktober 2025 71 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på sitt första besök i den specialiserade vården. Vad gäller väntan på operation eller åtgärd så hade 80 procent väntat längre än 90 dagar – näst intill samma andel (74 procent) gällde även i Region Gävleborg. I Region Jönköpings län var det i stället endast 9 procent som hade väntat längre än vårdgarantins gränser för operation eller åtgärd. Region Stockholm och Region Gotland är två andra exempel på regioner där en lägre andel

patienter har väntat länge inom den specialiserade vården – 18 respektive 11 procent hade i oktober 2025 väntat längre än 90 dagar i de två regionerna.

Skillnader i väntetider är i flera fall stora även inom en och samma region, något som vi återkommer till i kapitel 6.

4.1.1 Brister i data gör statistiken om väntetider osäker

Vi konstaterade i vår promemoria att det finns flera utmaningar som är kända sedan tidigare, som försvårar arbetet med att utnyttja befintlig kapacitet och att nå kortare väntetider i vården. En av dessa är de brister som finns i data om väntetider.[1] Det gör att det är svårt att veta hur långa väntetiderna till vård är.

Vi har konsekvent använt oss av data från väntetidsdatabasen eftersom det är den författningsreglerade databasen som regionerna har rapporteringsskyldighet till. Det finns samtidigt skäl att ifrågasätta om uppgifterna som hämtas från databasen ger en rättvisande bild av väntetiderna till vården.

Det ingår inte i vårt uppdrag att utreda hur data om 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. Det kan också leda till att regeringen och i förlängningen riksdagen inte får en korrekt bild av väntetiderna i vården och därmed får svårt att vidta relevanta åtgärder på nationell nivå.

Under utredningens gång har regeringen flyttat ansvaret för att samla in data om väntetider från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) till Socialstyrelsen. Genom att centralisera datahanteringen på Socialstyrelsen menar regeringen att insamlingen kan standardiseras och att datakvaliteten kan förbättras. Vi återkommer till detta i kapitel 10.

[1] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården* (se även bilaga 3 till detta betänkande).

4.2 Styrmedel för att korta väntetiderna i vården

Tillgängligheten till vård, inklusive väntetider, har varit föremål för statlig styrning under de senaste decennierna. Att vårdgarantin blev lagstadgad 2010 är ett led i detta, liksom införandet av Kömiljarden, så småningom ”den uppdaterade Kömiljarden”, liksom även andra överenskommelser mellan regeringen och SKR.[2] Flera myndighetsuppdrag och tillfälliga satsningar på området har också syftat till att öka tillgängligheten till vård. De standardiserade vårdförloppen (SVF) för cancer är viktiga att lyfta fram här, liksom den nationella cancerstrategi som ligger till grund för dem – sedan januari 2026 uppdaterad med en ny sådan.[3]

Vi redogör nedan för de styrmedel som Riksrevisionen granskade 2023 och som myndigheten beskrev som de tre mest centrala styrmedlen som införts för att korta väntetiderna i vården: vårdgarantin, kömiljarden samt SVF inom cancervården.[4] Vårdgarantin är lagstadgad och kömiljarden infördes för att öka följsamheten till vårdgarantin. SVF kompletterar vårdgarantin men är inte lagstadgade.

4.2.1 Vårdgarantier har funnits i olika former sedan 1990-talet

Vårdgarantin är ett statligt styrmedel som anger tidsgränser för väntan på vård. Den innebär att regionerna ska garantera sina medborgare vård inom bestämda tidsgränser i vissa delar av vårdkedjan. Tidsgränserna kan sammanfattas som 0-3-90-90.[5]

Sedan 1 juli 2010 finns en författningsreglerad vårdgaranti i Sverige.[6] Det har funnits vårdgarantier i olika former ända sedan 1990-talet, men fram till 2010 reglerades de inte genom författning utan genom överenskommelser mellan staten (regeringen) och dåvarande Landstingsförbundet (senare SKR).

Syftet med att införa vårdgarantierna var inledningsvis att förkorta och utjämna köerna inom områden med speciellt omfattande problem.

[2] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.
[3] SOU 2009:11. I januari 2026 presenterade regeringen den nya cancerstrategin *Ökad överlevnad och bättre livskvalitet – nationell cancerstrategi 2.0* (S2026/00065).
[4] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.
[5] Se utförlig beskrivning av vårdgarantin i kapitel 5.
[6] Lag (2010:243) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och förordningen (2010:349) om vårdgaranti.

Överenskommelserna om vårdgarantin utvecklades senare med målsättningen att öka tillgängligheten för alla patienter och öka möjligheterna att få god vård inom rimlig tid.[7] År 2005 fick vårdgarantin utformningen 0-7-90-90, och den vårdgaranti som sedan lagstadgades motsvarar i princip utformningen av garantin från 2005. Innan vårdgarantin lagstadgades var dock praxis att åtagandet för de dåvarande landstingen innebar att erbjuda *all* behandling inom landstingens planerade vård och inte endast operationer.[8]

Ett skäl till att författningsreglera vårdgarantin var att de vårdgarantier som hade funnits, och alltså reglerats genom överenskommelser, inte hade inneburit förbättringar av tillgängligheten i tillräcklig grad. Huvudmännen prioriterade inte tillgänglighetsfrågor tillräckligt mycket och det fanns även brister i rutiner och processer inom hälso- och sjukvården. Vidare var kunskapen om vårdgarantin låg bland medborgare och bland hälso- och sjukvårdspersonal. Det bedömdes att en författningsreglerad vårdgaranti skulle ha bättre förutsättningar än överenskommelser att komma till rätta med problemen. Samtidigt som vårdgarantin författningsreglerades infördes bestämmelser om fast vårdkontakt, förnyad medicinsk bedömning och utökade informationskrav. Det samlade syftet med förändringarna var att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.[9]

Förändring av vårdgarantin inom primärvården

Den 1 januari 2019 förändrades den del av vårdgarantin som tidigare omfattade besök hos en läkare i primärvården inom sju dagar, till att omfatta en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad personal i primärvården inom tre dagar. Den medicinska bedömningen blev professionsneutral, vilket innebär att den kan göras även av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än läkare. Den enskilda patientens vårdbehov ska styra vilken kompetens som nyttjas. Vårdgarantin fick genom detta sin nuvarande utformning med 0-3-90-90.[10]

[7] Prop. 2009/10:67, s. 21–22.
[8] Ibid. s. 22.
[9] Prop. 2009/10:67.
[10] Lag (2018:553) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och förordning (2018:1129) om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

4.2.2 Kömiljarden innebar prestationsbaserade ersättningar till regionerna

Den så kallade kömiljarden infördes för att ge regionerna ekonomiska incitament att hålla vårdgarantins tidsgränser. Syftet var att stärka måluppfyllelsen av vårdgarantin och därmed att korta väntetiderna i vården. Den första kömiljarden infördes redan 2009, alltså innan vårdgarantin var lagstadgad.[11]

Kömiljarden gick ut på att staten betalade ut prestationsbaserade ersättningar till regionerna. Kraven som regionerna skulle uppfylla formulerades genom överenskommelser mellan regeringen och SKR (dåvarande SKL). Medlen fördelades baserat på hur väl regionerna uppfyllde krav som var kopplade till vårdgarantins tidsgränser inom den specialiserade vården – väntetid för första besök och väntetid för operation eller behandling. Att medlen i kömiljarden fördelades efter prestation skiljde sig från statens tidigare ekonomiska satsningar för att minska väntetider, då medel i stället fördelades genom generella anslag.[12] Under perioden 2010–2014 betalade staten ut cirka 6 miljarder kronor till regionerna i enlighet med kömiljardens villkor.[13]

Prestationskraven varierade över åren och skärptes också över tid. Under de första två åren, 2009–2010, gällde exempelvis:

- 900 miljoner kronor fördelades till de regioner där 80 procent av patienterna hade väntat i högst 90 dagar på besök, alternativt operation eller behandling i den specialiserade vården.
- 100 miljoner kronor fördelades till de regioner där 90 procent av patienterna hade väntat i högst 90 dagar på besök, alternativt operation eller behandling i den specialiserade vården.

Under 2011–2014 gällde i stället 60 dagar som gräns, vilket alltså utgjorde en skarpare gräns än vårdgarantins 90 dagar. Procentsatserna sänktes samtidigt till 70 respektive 80 procent av patienterna.[14]

[11] Se till exempel prop. 2009/10:67, Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023 och Socialstyrelsen *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2018.
[12] Myndigheten för vårdanalys, *Låt den rätte komma in*, 2014, s. 36, 173 f. och Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.
[13] Riksrevisionens summeringar av utbetalningar inom ramen för överenskommelser om kömiljarder mellan regeringen och SKR 2009–2014, Riksrevisionen *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023, s. 86.
[14] Överenskommelserna om kömiljarder mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2009–2014. Riksrevisionen, *I väntan på vård, ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.

Ersättningen till regionerna var en fast summa per månad som alla regioner som uppnådde målet delade på, fördelade med hänsyn till befolkningsstorlek.[15] Hela ersättningen betalades ut, vilket gjorde att summan per region blev större när färre regioner uppnådde målet. De regioner som inte klarade av prestationskraven fick inga medel.[16]

En ny, uppdaterad kömiljard infördes 2019

I juni 2019 beslutade regeringen och dåvarande SKL om en ny, uppdaterad kömiljard, i enlighet med Januariavtalet, för det innevarande kalenderåret. Enligt Januariavtalet skulle en ny kömiljard införas som omfattade hela vårdkedjan och särskilt tog hänsyn till kroniskt sjuka patienters behov.[17] Totalt avsattes 1,6 miljarder kronor till regionerna för den nya kömiljarden.[18]

Även den uppdaterade kömiljarden var kopplad till vårdgarantins tidsgränser och reglerades i överenskommelser mellan staten och dåvarande SKL. Den nya versionen skiljde sig framför allt från de tidigare genom att den hade fokus på förbättringar, i form av kortare väntetider i respektive region, jämfört med samma månad föregående år. Parterna lyfte fram att den nya kömiljarden tog hänsyn till varje regions specifika förutsättningar genom att mäta regionens prestationer i relativa mått. Syftet var att på detta sätt jämna ut skilda förutsättningar mellan regionerna. De regioner som hade förbättrat sina väntetider mest jämfört med tidigare år fick del av en större pott av medlen än de regioner som hade gjort mindre förbättringar eller inga alls.

I överenskommelsen ingick också krav på dåvarande landstingen att förbereda införandet av en utvecklad uppföljning av specialiserad vård. Senast den 1 april 2020 skulle alla kontakter, som besök, återbesök, utredningar, operationer, behandlingar och åtgärder inom den specialiserade vården kunna redovisas i väntetidsdatabasen.[19]

[15] Månadsvisa beräkningar påbörjades först 2011. Under 2009 och 2010 skedde utbetalningen vid ett respektive två mättillfällen.
[16] Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, 2012, s. 37 och Myndigheten för vårdanalys, *Låt den rätte komma in*, 2014, s. 174.
[17] Januariavtalet var en skriftlig överenskommelse mellan regeringspartierna Socialdemokraterna och Miljöpartiet och samarbetspartierna Liberalerna och Centerpartiet. Avtalet slöts i januari 2019 och upphörde när regeringen Löfven II tvingades avgå, i juni 2021.
[18] Regeringen och SKL, *En ny, uppdaterad kömiljard 2019, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2019.
[19] Regeringen och SKL, *En ny, uppdaterad kömiljard 2019, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2019, s. 13.

4.2.3 Kömiljarden har följts av andra överenskommelser och extra tillskott av medel

Överenskommelsen som slöts i juni 2019, för samma kalenderår, var den sista som benämndes kömiljard.[20] Under åren 2020–2024 beslutades i stället överenskommelser under rubriken Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Överenskommelserna omfattade samtliga drygt 2,9 miljarder kronor årligen.

Prestationskraven förändrades över åren. Under pandemiåren (2020–2021) anpassades överenskommelserna och prestationskraven i dem ströks eller sänktes. Det beslutades också om en tilläggsöverenskommelse under 2021, för att hantera den uppskjutna vården och för att upprätthålla arbetet med tillgänglighet.[21] Utöver överenskommelserna beslutade regeringen, och sedan riksdagen, om flera tilläggsbudgetar under pandemiåren för att stödja hälso- och sjukvården i att hantera den uppskjutna vården och covid-19-relaterad vård.[22]

Från och med 2025 är överenskommelserna mellan regeringen och SKR om ökad tillgänglighet ersatta av en förordning om statsbidrag till regioner[23], se avsnitt 4.3.1 nedan. Socialstyrelsen ska enligt förordningen fördela bidragen till regionerna på det sätt som regeringen bestämmer. Vad gäller tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) så har regeringen och SKR tecknat en överenskommelse även för åren 2025–2026. Detta beskriver vi mer utförligt i kapitel 8.

I överenskommelserna 2020–2024 ingick fler delar av vårdkedjan

Överenskommelsen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården år 2020 skiljde sig från tidigare kömiljardsatsningar genom att fler delar av vårdkedjan ingick i prestationskraven än dem som vårdgarantin täckte. Parterna lyfte fram att det länge hade varit en målsättning att i större utsträckning kunna följa upp måldatum som utgick från medi-

[20] Begreppet förekom även i överenskommelsen för 2020 men inte i de överenskommelser som beslutades om efter det.
[21] I juli 2021 beslutades om en tilläggsöverenskommelse om knappt 1,5 miljarder kronor. Regeringen och SKR, *Tilläggsöverenskommelse om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021.
[22] Se Riksrevisionen, *Regeringens underlag till riksdagen under pandemin – extra ändringsbudgetar 2020 och 2021*, 2022 för en förteckning över de extra ändringsbudgetar som regeringen och sedan riksdagen beslutade under 2020 och 2021.
[23] Förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252).

cinska behov. ”Det gäller inte minst väntetider till återbesök.”[24] Syftet med att följa upp måldatum var att minska risken för undanträngning av patienter med större behov av vård och med kroniska sjukdomar. ”Ambitionen är att överenskommelsen på sikt ska kunna täcka in ännu fler delar av vårdkedjan.”[25]

Liksom i överenskommelsen för 2019 mättes regionernas prestationer inom den specialiserade vården genom att jämföra väntetiderna inom en och samma region med motsvarande uppgifter samma månad föregående år.[26]

Regionernas prestationer för kortare väntetider bedömdes utifrån väntetiderna till sju vårdinsatser:

- Medicinsk bedömning i primärvården
- Första besök inom den specialiserade vården
- Operation eller åtgärd inom den specialiserade vården
- Återbesök inom den specialiserade vården
- Första besök inom BUP
- Fördjupad utredning inom BUP
- Behandling inom BUP.[27]

Det var första gången som väntetider i primärvården ingick i överenskommelsen, liksom återbesök inom den specialiserade vården, samt BUP.[28] Återbesök infördes på försök och kopplades till prestationskrav från och med 1 juli 2020.[29]

Med anledning av covid-19-pandemin gjordes justeringar i överenskommelsen – från och med mars 2020 ströks prestationskraven som

[24] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2019, s. 9.
[25] Ibid.
[26] Jämförelsen med föregående år gäller för första besök inom den specialiserade vården, respektive för operation eller åtgärd inom densamma. För övriga vårdinsatser gällde andra prestationsmått.
[27] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2019, s. 11.
[28] Barn- och ungdomspsykiatrin har dock ingått i överenskommelser även tidigare men då inom ramen för överenskommelser inom området psykisk hälsa.
[29] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2019, s. 13.

var kopplade till vårdgarantin och merparten av medlen fördelades i stället till regionerna utifrån befolkningsstorlek.[30]

Överenskommelsen för 2021 påverkades också av pandemin. Parterna kom överens om att utforma överenskommelsen så att den kunde utgöra ett stöd för regionerna i arbetet med att hantera konsekvenserna av covid-19. De prestationsbaserade kraven beslutades om först i en tilläggsöverenskommelse i juli 2021 – då utan prestationskrav för återbesök.[31] Parterna var överens om att från och med 2022 återgå till den modell som lagts fram i 2020 års överenskommelse.[32]

I 2022 och 2023 års överenskommelse ingick de nya inslagen från 2020, med krav på insatser inom såväl primärvården som den specialiserade vården, inklusive BUP. Det tillkom också två nya prestationskrav – patienter som väntat längre än 180 dagar på första besök respektive patienter som väntat längre än 180 dagar på operation eller åtgärd.[33]

Överenskommelsen som beslutades inför 2024 skiljde sig väsentligt från de tidigare. Kapacitet utgjorde ett nyckelord och de insatser som skulle utföras av regionerna syftade till ”stärkt tillgänglighet och ökad kapacitet”.[34] I stället för två block med prestationskrav infördes sju fokusområden, med prestationer kopplade till varje område. De målsättningar som ingick i Tidöavtalet[35] avspeglades i överenskommelsen – nationell vårdförmedling för kortare vårdköer utgjorde till exempel ett av fokusområdena. I den här överenskommelsen var det endast prestationerna inom BUP som mättes i form av procentuella förändringar jämfört med motsvarande månad föregående år.

Parterna bedömde att det under 2024 var särskilt viktigt med förutsägbarhet i överenskommelsen. Av överenskommelsen framgick därför

[30] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2022, s. 9.
[31] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2020 respektive *Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021.
[32] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2022, s. 9.
[33] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2023 respektive *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2022.
[34] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2023.
[35] Tidöavtalet är en skriftlig överenskommelse mellan Moderaterna, Kristdemokraterna, Liberalerna och Sverigedemokraterna. Avtalet blev offentligt den 14 oktober 2022 och ligger till grund för regeringssamarbetet.

hur stor mängd medel varje region skulle tilldelas givet att de uppfyllde prestationskraven. Socialstyrelsen hade en tydligare roll vad gäller bedömning och uppföljning av regionernas prestationer än vad myndigheten hade haft förut.[36]

4.2.4 Standardiserade vårdförlopp för cancer

Standardiserade vårdförlopp (SVF) för cancer är en statlig åtgärd som införts för att korta väntetiderna till cancervården. SVF infördes 2015 och har implementerats genom överenskommelser mellan staten och SKR. De flesta vårdförloppen togs fram under åren 2015–2018.[37] Utöver förbättrad tillgänglighet och kortare köer, var ett syfte med införandet av SVF att bidra till en mer jämlik vård över landet och nöjdare patienter.[38] I dagsläget finns det standardiserade vårdförlopp för 32 diagnoser, vilket omfattar över 95 procent av samtliga cancerdiagnoser. Staten har genom överenskommelserna avsatt ungefär 5,2 miljarder kronor för SVF under åren 2015–2025.[39] Till skillnad från vårdgarantin är ledtiderna inom SVF inte författningsreglerade.

Den nationella cancerstrategin la grunden för SVF

Det finns sedan 2009 en nationell cancerstrategi i Sverige.[40] Strategin har legat till grund för arbetet med att utveckla cancervården, bland annat genom överenskommelser mellan regeringen och SKR och genom uppdrag till myndigheter. Den ligger även till grund för utvecklingen av de standardiserade vårdförloppen. Sedan 2018 finns även en långsiktig inriktning för cancervården, som regeringen beslutat om.

SVF tas fram och revideras av de nationella vårdprogramgrupperna. SVF kan beskrivas som en sammanfattning av de nationella vård-

[36] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2023.
[37] År 2015 infördes de första 5 och 2016–2018 infördes ytterligare 26 SVF. År 2022 infördes ett nytt SVF för myeloproliferativ neoplasi (MPN) som redovisas från 1 januari 2023. Regeringen och SKL, *Kortare väntetider i cancervården 2019. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2019, s. 8; Regionala cancercentrum i samverkan (RCC), *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF*, 2022.
[38] Regeringen och SKL, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2015, s. 5, 6 f.
[39] Åren 2015–2023 avsattes totalt cirka 3,6 miljarder kronor. Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv styrning för kortare köer*, 2023. År 2024 avsattes 809 miljoner kronor och 2025 817 miljoner kronor.
[40] SOU 2009:11.

programmen och talar om vad som ska göras och inom vilken tid för respektive cancerdiagnos.[41] Inspirationen kommer från Danmark som har haft standardiserade vårdförlopp sedan 2007.[42]

De standardiserade vårdförloppen startar vid välgrundad misstanke

De standardiserade vårdförloppen beskriver för respektive cancerdiagnos vilka utredningar och första behandlingar som ska göras och vilka tidsgränser som gäller för de olika åtgärderna. Ett SVF startar vid en välgrundad misstanke om cancer och avslutas vid påbörjad behandling. Välgrundad misstanke bygger på ett antal kriterier (olika symptom) för respektive cancerdiagnos. Kriterierna för varje diagnos framgår av respektive nationellt vårdprogram. Påbörjad behandling kan till exempel innebära kirurgi, strålbehandling eller läkemedelsbehandling.

Ledtiderna i SVF utgår enbart från värdeskapande tid ur patientens perspektiv.[43] Det innebär att patientens ovissa väntetid ska minimeras, oavsett om det finns evidens för att väntetiden får medicinska konsekvenser för patientens vårdutfall eller inte.[44] Ledtiderna sätts därför utifrån hur många dagar det optimalt borde ta att genomföra utredning fram till första behandling, utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt.[45] SVF kan i vissa fall komma att kräva omorganisering eller resurstillskott. Varje SVF anger det optimala förloppet för den aktuella diagnosen, utan hänsyn till hur diagnosen bör prioriteras i relation till annan vård.[46]

Ledtiderna bygger på det nationella vårdprogrammet för respektive cancerdiagnos och vårdprogrammen är evidensbaserade. Vårdförloppen ska därför ses över varje gång det nationella vårdprogrammet uppdateras eller revideras. SVF involverar både primärvården och den specialiserade vården, som var för sig eller tillsammans ansvarar

[41] De nationella vårdprogramgrupperna utses och leds av RCC och består av experter inom det aktuella området. Nationella vårdprogram ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av patienter med cancer. Mer att läsa om detta finns på RCC:s hemsida.
[42] RCC, *Styrdokument Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården,* 2020.
[43] Ibid. s. 4.
[44] RCC, ”Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram”, hämtad 2026-02-04.
[45] RCC, *Styrdokument Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården,* 2020, s. 5.
[46] RCC, ”Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram”, hämtad 2026-02-04.

för olika delar av förloppet. Inom ramen för SVF ska hänsyn tas till patientens önskemål och individuella situation, till exempel ålder, eventuell samsjuklighet eller komplikationer.[47] Regionerna ska liksom för vårdgarantin rapportera in SVF:s väntetider inom cancervården till SKR:s väntetidsdatabas.

Två centrala mål – inklusionsmålet och ledtidsmålet

Det finns två mål som är centrala i arbetet med standardiserade vårdförlopp:

- Inklusionsmålet – att 70 procent av alla patienter som insjuknar i cancer inom de aktuella diagnoserna ska utredas i ett SVF
- Ledtidsmålet – att 80 procent av de patienter som utreds i ett SVF ska utredas inom den ledtid som anges.[48]

Inklusionsmålet är satt till 70 procent eftersom vissa patienter inte ska inkluderas i SVF. Det gäller till exempel patienter som inte vill utredas enligt SVF och patienter som av medicinska skäl inte klarar av en snabb utredning. Det är med andra ord inte önskvärt att 100 procent av patienterna inkluderas. Inklusionsmålet beräknas utifrån den förväntade mängden patienter som insjuknar i cancerdiagnosen varje år.

Ledtidsmålet avser ledtiden, alltså väntan, från välgrundad misstanke till start av första behandling och varierar mellan olika diagnoser och behandlingar. Exempelvis är målet för kirurgisk behandling av prostatacancer 68 dagar och för kirurgisk behandling av urinblåsecancer 37 dagar. Ledtiderna bryts ned i ”del-ledtider” för att göra processen överblickbar, men det är endast den övergripande ledtiden från misstanke till behandling som regionerna måste följa upp och rapportera.

Inklusionsmålet uppnåddes 2018 på nationell nivå. Hösten 2022 uppnådde för första gången även samtliga regioner målet. Nationellt låg måluppfyllelsen 2024 på 82 procent. Hösten 2025 låg uppfyllelsen på 77 procent.[49]

[47] RCC, *Styrdokument Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, 2020, s. 4.
[48] Regeringen och SKR, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021, s. 16.
[49] Regeringen och SKR, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2026. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2026.

Ledtidsmålet har ännu inte uppnåtts och påverkas i hög grad av ett ekonomiskt ansträngt läge och fortsatta utmaningar inom kompetensförsörjningen, som även påverkar övriga delar av sjukvården. Ledtidsmålet utgår från patientens behov av att få vård i tid och är en ambitiös och högt uppsatt målbild. För att nå målet krävs bland annat utveckling av vårdens arbetssätt, med stöd av nya tekniker och kompetenser. I takt med att det ekonomiska läget förbättras är den generella bedömningen att förutsättningarna att förbättra måluppfyllelsen ökar.[50]

En ny cancerstrategi presenterades i januari 2026

I januari 2026 presenterade regeringen den nya cancerstrategin Ökad överlevnad och bättre livskvalitet – nationell cancerstrategi 2.0.[51] Strategin tar sin utgångspunkt i den föregående nationella strategin från 2009 En nationell cancerstrategi för framtiden, men tar hänsyn till dagens kunskap och teknik. Den omfattar även barn och unga vuxna. Samtidigt bevaras de tre övergripande målen som lagts fast i den tidigare cancerstrategin från 2009:

- minska risken för cancer och att fler diagnosticeras tidigt
- en ökad canceröverlevnad, samt
- bästa möjliga livskvalitet under och efter cancersjukdom.

Med anledning av den nya strategin har flera myndigheter fått nya uppdrag. Till exempel har Socialstyrelsen fått i uppdrag att etablera och agera ”sammankallande part för en nationell cancer mission hubb”.[52]

4.2.5 Samtliga centrala styrmedel har kritiserats för att inte vara effektiva

Vårdgarantin har kritiserats vid upprepade tillfällen genom åren, av flera olika aktörer och politiska partier. En av de vanligaste invändningarna mot den, liksom mot kömiljarden och motsvarande sats-

[50] Ibid.
[51] Regeringsbeslut S2026/00065.
[52] Regeringsbeslut S2025/01230.

ningar, har varit att den inte leder till kortare väntetider och att den medför undanträngningseffekter – att patienter med mindre medicinska behov får företräde framför patienter med större behov, genom att sådant som ingår i vårdgarantin eller kömiljarden tränger undan delar av vårdförloppet som *inte* ingår.

Riksrevisionen konstaterade i sin granskning 2023 att styrmedlen – vårdgarantin, kömiljarden och SVF – på många sätt inte är effektiva för att korta väntetider. Myndigheten menar att vårdgarantin visserligen är etablerad som norm, ”men de kontinuerligt försämrade väntetiderna tyder på att det är ett ineffektivt styrmedel för att korta väntetider till vård – trots att tidsgränserna är lagreglerade.”[53]

Risk för undanträngning när vårdgarantin bara reglerar fyra nedslag

Inför att vårdgarantin blev lagreglerad 2010 påpekade ett stort antal remissinstanser att vårdgarantin kunde komma att påverka regionernas prioriteringsarbeten och leda till undanträngning.[54] Socialstyrelsen uttryckte 2012 att vårdgarantins fyra nedslag i vårdkedjan riskerade att leda till ändrade prioriteringar och remissrutiner, vilket i sin tur kunde leda till undanträngning av sådant som inte ingår.[55]

Det finns ingen tidsgräns för patientens totala väntan på vård

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har framhållit att den lagstadgade vårdgarantin inte omfattar alla delar av en patients vårdkontakter, och uttryckt att målsättningen för vårdgarantin bör vara att omfatta hela vårdkedjan, från undersökning, utredning och röntgen till rehabilitering och uppföljning. Att mäta och inkludera en större del av vårdkedjan i vårdgarantin skulle enligt myndigheten minska risken för undanträngning av sådant som i dag inte ingår i vårdgarantin, exempelvis undersökningar.[56]

Myndigheten har också beskrivit att eftersom inte alla delar av vårdkedjan ingår, finns det inte heller någon tidsgräns för den totala väntan i situationer när vårdförloppet kräver mer än endast en medi-

[53] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023, s. 4.
[54] Prop. 2009/10:67, s. 36–37.
[55] Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, 2012, s. 8.
[56] Myndigheten för vårdanalys, *Låt den rätte komma in*, 2014, s. 230.

cinsk bedömning inom primärvården, följt av en remiss till ett besök inom den specialiserade vården, då beslut om behandling tas. Processen från det att primärvården kontaktas till att en behandling inom den specialiserade vården påbörjas kan i praktiken bli betydligt längre än 183 (0 + 3+ 90 + 90) dagar – utan att vårdgarantins gränser har överskridits. Myndigheten har rekommenderat regeringen att se över om vårdgarantin kan förstärkas och göras mer relevant ur ett patientperspektiv genom att inkludera fler delar av vårdkedjan.[57]

Även SKR har uttryckt ett behov av en översyn av vårdgarantin som belyser hela vårdkedjan. Regeringen och SKR valde i överenskommelserna om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården för åren 2020, 2022 och 2023 att inkludera fler delar av vårdkedjan än dem som vårdgarantin täcker. Syftet har varit att minska risken för undanträngning av patienter med större behov av vård och med kroniska sjukdomar.[58]

Även i remissvaren som gällde förslagen om den förstärkta vårdgarantin inom primärvården, som trädde i kraft 2019, beskrevs risken för undanträngning eller att vissa grupper missgynnas som en följd av vårdgarantin.[59]

Även kömiljarden har kritiserats för att ändra prioriteringar och remissrutiner

Uppföljningar av kömiljarden visar att satsningen var ett kraftfullt incitament för att uppmärksamma tillgänglighetsfrågan i regionerna och få dem att fokusera på åtgärder som syftade till att korta väntetiderna. Samtidigt fanns det indikationer på att kömiljardens prestationskrav ledde till ändrade prioriteringar och remissrutiner som i sin tur kunde leda till undanträngning av besök och behandlingar som inte ingick i vårdgarantin. Detta kunde innebära konsekvenser för patienter med kända och diagnostiserade besvär som behövde komma tillbaka på återbesök, till exempel patienter med kroniska sjukdomar.[60]

[57] Ibid. s. 239.
[58] I Januariavtalet var det uttalat att en ny, uppdaterad kömiljard skulle tas fram som omfattade hela vårdkedjan.
[59] Se remissvar till betänkandet SOU 2017:53 från Svenska distriktläkarföreningen, Pensionärernas riksorganisation, Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund och Famna.
[60] Se till exempel Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, 2012, s. 8.

Tillgänglighetsdelegationen hade i uppdrag att vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden. Det förslag som delegationen lämnade innebar att en större del av överenskommelsens medel skulle läggas på det strategiska utvecklingsarbetet. Delegationen föreslog också att en regiongemensam pilotverksamhet skulle införas.[61] Överenskommelsen för ökad tillgänglighet som beslutades om för 2024 låg delvis i linje med delegationens förslag – förutsägbarhet betonades i överenskommelsen och en förhållandevis stor del av medlen, cirka 1,2 miljarder kronor, betalades ut till regionerna utan krav på motprestation.[62]

Riksrevisionen ansåg att kömiljarden hade en kortvarig effekt på väntetiderna vid införandet, men att det är oklart om effekten berodde på en verklig produktionsökning av vård eller om det rörde sig om administrativa åtgärder, som rensade väntelistor. ”Det är även oklart om prestationsersättning som styrmedel har effekt på sikt.”[63]

Riksrevisionen gav SVF högst betyg av styrmedlen

Av vårdgarantin, kömiljarden och SVF så är SVF det styrmedel som har haft en viss effekt på väntetiderna, enligt Riksrevisionen. Framgången bedöms bero på att SVF är bättre förankrat i regionerna och inom professionen. Riksrevisionen bedömde att SVF har lett till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser och att de stimulerar till verksamhetsutveckling, vilket i längden kan leda till kortare väntetider. De regionala skillnaderna i väntetider inom cancervården kvarstår dock. ”För att SVF ska få större genomslag är det viktigt att regionernas ledning prioriterar SVF.”[64]

Riksrevisionen bedömde sammantaget att styrmedlen vårdgarantin, kömiljarden och SVF riskerar att leda till undanträngning av patienter med större vårdbehov och till resursineffektiv cancerutredning. Det senare handlar om att SVF riskerar att leda till att patienter utreds för cancer i onödan, om kriterierna för välgrundad misstanke om cancer är för breda. Det skulle innebära risk för resursineffektiv vård, undanträngning och att patienter oroas i onödan.

[61] Denna skulle enligt förslaget exempelvis kunna handla om en gemensam produktions- och kapacitetsstyrning och gemensamma eller samordnade upphandlingar, SOU 2021:59.
[62] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2023.
[63] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023, s. 4.
[64] Ibid. s. 62.

4.3 Mot en ökad statlig styrning av väntetider

Regeringen avser att öka det nationella ansvaret för vården och vill ha en starkare statlig styrning. Regeringen vill även öka den statliga kontrollen och uppföljningen av hälso- och sjukvården.[65] Kompetensförsörjning, tillgänglighet och digitalisering är områden som regeringen bedömer är i behov av ett tydligare nationellt perspektiv.[66] Flera steg har tagits i denna riktning:

I juni 2023 tillsatte regeringen en parlamentariskt sammansatt kommitté med uppgift att lämna förslag på möjligheter att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Utredningen, som tog namnet Vårdansvarskommittén, lämnade sitt slutbetänkande i juni 2025. Kommittén föreslog bland annat att staten tar ett tydligare ansvar inom vissa delar av hälso- och sjukvården, i syfte att stärka jämlikheten och förbättra vårdens förutsättningar i hela landet.

Även direktiven till vår utredning, inte minst vad gäller den delredovisning som vi lämnade i januari 2025, visar på denna inriktning. I de tilläggsdirektiv som beslutades om till vår utredning i oktober samma år togs också aspekten om ökad statlig styrning upp. Till våra ursprungliga direktiv la då regeringen till uppdraget att analysera och lämna förslag på hur statens styrning kan stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården. Regeringen lyfter också fram att staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna för att stärka patientens ställning.[67]

I januari 2026 tillsatte regeringen en nationell samordnare för att korta vårdköerna. Samordnaren ska bidra till att den statliga styrningen, kontrollen och uppföljningen stärks och får ett större genomslag i regeringens arbete med att korta vårdköerna och öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Uppdraget slutredovisas efter att detta betänkande lämnats till regeringen.[68]

I februari 2026 tog regeringen ytterligare ett steg mot en ökad statlig styrning av hälso- och sjukvården genom beslutet om ändring i Socialstyrelsens instruktion.[69] Ändringen innebär att flera tids-

[65] Se regeringsförklaringen från 2022 eller 2024 till exempel samt prop. 2025/26:1, utgiftsområde 9 och dir. 2026:3.
[66] Regeringsbeslut, Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, S2023/02117.
[67] Dir. 2025:94.
[68] Dir. 2026:3.
[69] Förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

begränsade regeringsuppdrag i stället blir permanenta uppgifter för myndigheten. Det rör bland annat uppdrag om tillgänglighet, vårdkapacitet och väntetider. Syftet är att renodla den statliga styrningen, ge myndigheten möjlighet att arbeta mer långsiktigt och skapa bättre underlag för beslut om hälso- och sjukvården inom dessa områden.

4.3.1 En nationell vårdförmedling inrättas och överenskommelser ersätts av förordningar

Regeringen uttryckte sin avsikt i Tidöavtalet, om att inrätta en nationell vårdförmedling i statlig regi.[70] Moderaterna, Kristdemokraterna och Sverigedemokraterna avsatte medel för detta redan som oppositionspartier, i det förslag till statsbudget som riksdagen röstade igenom i december 2021.[71] Sedan regeringen tillträdde i oktober 2022 har avsikten att inrätta en nationell förmedling upprepats vid ett flertal tillfällen. Permanenta medel finns avsatta för genomförandet.[72]

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.

Regeringsuppdrag om väntetider och nationell vårdförmedling

I juni 2023 gav regeringen Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten (EHM) i uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling.[73] Uppdraget redovisades i mars 2025. I förslaget från myndigheterna ingår sammanlagt 16 statliga insatser inom sju insatsområden. Insatserna utgör tillsammans myndigheternas plan.

Socialstyrelsen och EHM har även arbetat med ett uppdrag för att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider. En central del av det uppdraget var att skapa en nationell lägesbild av offentliga och privata vårdgivares möjligheter att ta emot patienter från andra

[70] Tidöavtalet, *Överenskommelse för Sverige*, 2022.
[71] Bet. 2021/22:FiU1, rskr. 2021/22:46.
[72] Prop. 2025/26:1, bet. 2025/26:SoU1, rskr. 2025/26:114.
[73] Regeringsbeslut, Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, S2023/02117.

vårdgivare runtom i landet, för operation eller behandling.[74] Uppdraget slutredovisades i juni 2025. I redovisningen beskrivs bland annat att EHM har utvecklat en tjänst som visar en nationell lägesbild över väntetider till operation via ett webbgränssnitt. Den första versionen av tjänsten innehåller uppgifter om vårdgivares väntetider till operation, baserat på uppgifter från två nationella kvalitetsregister. I slutredovisningen beskrivs också tre olika pilotinsatser som har genomförts med fokus på nationell vårdförmedling. Insatserna har gjorts inom områdena knäprotesoperationer, koloskopiundersökningar respektive kataraktoperationer. Myndigheterna beskriver också insatser som de har bedrivit för att utveckla informationen till patienter om vårdgarantin och regioners skyldigheter.[75]

Regeringen har även gett EHM i uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas.[76] I maj 2025 fick Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten i uppdrag att fortsätta arbetet med att utveckla nationell vårdförmedling och att vidareutveckla den nationella katalogen över vårdgivare och utförare av socialtjänst. Myndigheterna har etablerat en nationell samordningsfunktion som ska främja regionernas samverkan kring arbetssätt och rutiner. Målet är att fler ska erbjudas den vård de behöver inom vårdgarantins tidsgränser. Under 2026 ska den så kallade Vårdförmedlingstjänsten testas inom området kataraktoperationer.[77] Uppdraget ska slutredovisas i februari 2027.[78]

Överenskommelser ersätts av förordningar som ett led i ökad statlig styrning

Utvecklingen av överenskommelserna mellan regeringen och SKR visar också på regeringens intention att öka det statliga ansvaret för hälso- och sjukvården: I december 2024 beslutade regeringen om förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och

[74] Regeringsbeslut, Uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider, S2023/02119.
[75] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten *Insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, 2025.
[76] Regeringsbeslut, Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas S2022/01372. Uppdraget ändrades genom beslut 22 juni 2023 och slutredovisades i mars 2025.
[77] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten *Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling Delredovisning*, 2026.
[78] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling, S2022/01372, 2023/02117 och S2025/00971.

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).[79] De båda förordningarna ersatte, som ovan nämnt, 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. Socialstyrelsen menar att den nya ordningen med ett statsbidrag som administreras av Socialstyrelsen kan bidra till ökad kontinuitet och stärka det strategiska arbetet i regionerna. Regeringen bedömer i sin tur att övergången från överenskommelse till förordningsstyrda bidrag skapar en bättre förutsebarhet och tydligare styrning av de anvisade medlen.[80]

Strategiska dialoger med regionerna

Även när det gäller arbetet med kunskapsstöd har Socialstyrelsens roll förändrats. Myndigheten har haft i uppdrag att föra strategiska dialoger med regionerna om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, i syfte att öka regionernas tillgänglighet och kapacitet.[81] Flera regioner har lyft fram att de behöver nationell vägledning när det gäller prioritering mellan olika vårdområden och olika köer. Regionerna önskar också mer skräddarsydda underlag, utifrån sina behov.[82]

4.3.2 Särskilda satsningar på kortare vårdköer för utvalda diagnosgrupper

I februari 2025 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna.[83] Myndigheten skulle under året betala ut 497 miljoner kronor i prestationsbaserade medel till regionerna. Uppdraget utgick från de förslag som utredningen

[79] Förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252) respektive förordning om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård (2024:1253).
[80] Prop. 2025/26:1, utgiftsområde 9.
[81] Regeringsbeslut, Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, S2022/01664. Uppdraget upphörde genom beslut om uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå, S 2024/01058, den 24 maj 2024.
[82] Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens plan för arbetet med tillgänglighet och vårdkapacitet*, 2024.
[83] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna, S2025/00401.

lämnade till regeringen i januari 2025 och inriktades mot operationer av höftleder, framfall och grå starr.[84] I juni samma år lämnade regeringen en fortsättning på uppdraget till Socialstyrelsen som innebar att ytterligare cirka en halv miljard kronor skulle fördelas i prestationsbaserade medel till regionerna för att korta vårdköerna. I uppdraget som gavs i juni förtydligades att Socialstyrelsen skulle betala ut medel till de regioner som ökat sin vårdproduktion jämfört med tidigare år.[85]

Fortsatta satsningar på fler utvalda vårdområden

I budgeten för 2026 fortsatte regeringen satsningen på att korta köerna inom vissa vårdområden. Regeringen ville ge ekonomiska incitament till de regioner som ökade vårdproduktionen och avsatte därför medel för detta.[86] I januari 2026 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 750 miljoner kronor i prestationsbaserade medel till regionerna för fler operationer och kortare väntetider.[87] Medlen fördelas för ökat antal operationer av höftledsprotes, framfall, grå starr, ljumskbråck och knäledsprotes, samt för koloskopiundersökningar. Koloskopi är den första åtgärden i regeringens satsning som inte utgörs av en operation. Valet av åtgärder grundar sig på den bedömning som Socialstyrelsen gjorde inom ramen för uppdraget att lämna förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna.[88]

4.3.3 Förändringar i ansvar för mätning av väntetider – numera i statlig regi

Uppdraget till Socialstyrelsen i december 2024, att förbereda för att samla in väntetidsdata, var ytterligare ett steg i riktningen mot ökad statlig styrning.[89] Myndigheten fick då i uppdrag av regeringen att förbereda för insamling av uppgifter om väntetider från regionerna

[84] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården* (bilaga 3).
[85] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp ytterligare medel för att korta vårdköerna S2025/01233.
[86] 750 miljoner kronor för år 2026. 750 respektive 500 miljoner kronor planerar att avsättas år 2027 respektive år 2028, för att korta köerna inom vissa diagnosgrupper. Prop. 2025/2026:1, utgiftsområde 9.
[87] Regeringsbeslut S2026/00052.
[88] Regeringsbeslut S2025/01757.
[89] År 2021 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata, S2021/06332.

i syfte att följa upp och analysera hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Regeringen konstaterade i uppdraget att den statliga uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvårdens kapacitet och tillgänglighet, där väntetidsdata utgör en viktig del, behöver utvecklas och förbättras. ”Som en del i detta ser regeringen att insamling av väntetidsdata bör ske i statlig regi.”[90]

I april 2025 beslutade regeringen om en förändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)[91] som gör att regionerna från och med 1 juli 2025 samlar in och rapporterar väntetider inom vården direkt till Socialstyrelsen, i stället för till SKR. Genom att samla in väntetidsdata i statlig regi avser regeringen att ”på ett mer transparent och effektivt sätt synliggöra och stärka vårdens kapacitet.”[92]

4.4 Tillgänglighet är mer än väntetider

Vården ska vara lätt tillgänglig.[93] Tillgänglighet till vård handlar om mer än kortare väntetider. En tillgänglig vård innebär för många att vården är lätt att komma i kontakt med och att alla typer av insatser ges i rimlig tid. Tillgänglighet handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, personcentrerad vård och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vården. Tillgänglighet handlar också om ett bemötande som bidrar till att patienter upplever sig sedda och om att hälso- och sjukvården utformas så att den inte utestänger någon. Det kan röra sig om fysiska anpassningar eller om anpassad information och kommunikation utifrån olika patienters behov. Vidare är det centralt för patienternas trygghet att veta hur man kommer i kontakt med vården och när nästa insats ska ske.

Dessa utgångspunkter är något som lyfts fram exempelvis i överenskommelserna mellan SKR och regeringen – oberoende av vilken politisk majoritet som har dominerat.[94] De styrmedel som har införts för att öka tillgängligheten till vård har därför inte endast handlat om kortare väntetider. Satsningar har till exempel genomförts för att stärka kompetensförsörjningen, påskynda digitalisering och för att öka antalet vårdplatser, insatser som också har betydelse för till-

[90] Regeringsbeslut, Uppdrag att förbereda för att samla in väntetidsdata, S2024/02236.
[91] Förordning (2025:312) om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[92] Regeringen, ”Regeringen stärker uppföljningen av vårdens väntetider”, hämtad 2025-05-06.
[93] 5 kap. 1 § 5 p. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. 2 kap. 1 § patientlagen (2014:281), PL.
[94] Se exempelvis överenskommelsen för ökad tillgänglighet mellan regeringen och SKR för 2020 och överenskommelsen mellan parterna för 2024.

gängligheten till vård. Uppdrag som regeringen gett till Socialstyrelsen, om bland annat ökad vårdkapacitet, är också relevanta att lyfta fram här.[95] Tillgänglighetsarbetet kompletteras även av de särskilda överenskommelser som har slutits inom området psykisk hälsa.[96] Sedan början av 2026 nämns även särskilt i Socialstyrelsens instruktion att myndigheten ska följa, stödja och främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården när det gäller tillgänglighet.[97]

En av de stora förändringarna som skett inom hälso- och sjukvården de senaste åren är omställningen till en god och nära vård. Ett av målen med omställningen är just att öka tillgängligheten till vården, vilket utvecklas i avsnitt 4.4.3 nedan.

4.4.1 Produktions- och kapacitetsstyrning är viktiga verktyg för ökad tillgänglighet

En förutsättning för god tillgänglighet inom hälso- och sjukvården är att regioner och verksamheter skapar en tydlig bild av vilken kapacitet vården behöver för att möta invånarnas vårdbehov. Bättre balans mellan vårdbehov och vårdkapacitet kan skapas genom ett strategiskt arbete med produktions- och kapacitetsstyrning.

Enkelt uttryckt handlar produktions- och kapacitetstyrning om organisationers arbete att se till att alla resurser finns på plats i rätt tid för att kunna ge patienter god vård utifrån behov.[98] Genom att prioritera rätt insatser kan resurser frigöras, som kan användas till mer värdeskapande insatser för patienterna.

Produktions- och kapacitetsstyrning är ett arbete som alla regioner och vårdverksamheter utför på ett eller annat sätt. Flera statliga utredningar och myndigheter har under de senaste åren betonat vikten av att regionerna behöver utveckla sin produktions-

[95] Regeringsbeslut, Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå (S2024/01058). Se även Socialstyrelsen *Plats för vård*, 2024 som är en redovisning av regeringsuppdraget Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården S2023/00679.
[96] Se till exempel Regeringen och SKR, *Strategiska insatser inom området psykisk ohälsa och suicidprevention. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2025. I mars 2026 tecknades en tilläggsöverenskommelse för strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention.
[97] Förordning (2025:661) om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[98] Socialstyrelsen, ”Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning”, hämtad 2026-02-04.

och kapacitetsstyrning.[99] Mot denna bakgrund fick Socialstyrelsen 2022 i uppdrag av regeringen att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering.[100] Socialstyrelsen erbjuder nu regioner och verksamheter ett sådant stöd, bland annat i form av webbaserade metodstöd samt återkommande nätverksträffar.

Som en fortsättning på arbetet med Kloka Kliniska Val fick Socialstyrelsen i maj 2026 i uppdrag av regeringen att stärka implementeringen av Socialstyrelsens stöd för utmönstring av vård som saknar patientnytta.[101]

4.4.2 Tillgänglighet hänger nära samman med vårdens kompetensförsörjning

En förutsättning för god tillgänglighet är också att det finns tillräckligt med personal, med rätt kompetens. Enligt nuvarande ordning ansvarar regionerna och kommunerna för att det finns tillgång till personal med rätt kompetens i förhållande till de uppgifter som hälso- och sjukvården har i uppdrag att utföra. Staten ansvarar å sin sida för att se till att regioner och kommuner följer de lagar och bestämmelser som gäller för till exempel hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsmiljö.

Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning har länge varit en utmaning och det pågår flera initiativ för att förbättra den. Socialstyrelsen tar löpande fram underlag för att analysera tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal inom ramen för det Nationella planeringsstödet (NPS). Syftet är att ge en bild av hur tillgången till personal ser ut i landet så att hälso- och sjukvården och tandvården kan klara av sina kärnuppdrag. I januari 2020 inrättades även ett nationellt vårdkompetensråd vid Socialstyrelsen. Det har i uppdrag att bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning. I februari 2025 redovisade rådet uppdraget att ta fram ett förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.[102]

I januari 2026 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel till kommunerna och regionerna för att

[99] Se till exempel SOU 2022:22 och Socialstyrelsen, *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*, 2018.
[100] Regeringsbeslut S2022/01373.
[101] Regeringsbeslut S2026/00948.
[102] Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, 2024.

stärka kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.[103] Under 2026 ska Socialstyrelsen betala ut cirka 1 miljard kronor till kommuner och regioner. Regeringen har även uttalat att det nationella åtagandet för kompetensförsörjningen behöver stärkas.[104] Utredningar som Vårdansvarskommittén och Produktivitetskommissionen har också föreslagit att staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och att regeringen bör se över formerna för detta.[105]

Genom ändringen i Socialstyrelsens instruktion i början av 2026 har Socialstyrelsen numera ett uttalat och långsiktigt ansvar att följa, stödja och främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården när det gäller kompetensförsörjning.[106]

4.4.3 En reform för en god, nära och tillgänglig vård

Sedan 2018 pågår en omställning av hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Omställningen innebär en övergång från en sjukhustung till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Målet är att primärvården ska utgöra navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. På så vis skapas förutsättningar för att uppnå en jämlik fördelning av vårdens resurser och för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård.[107] Syftet med omställningen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Patientens behov ska vara i centrum. Med en tillgänglig primärvård, dit befolkningen vänder sig i första hand, kan akutsjukvården och annan specialiserad vård användas av de som har de mer avancerade behoven. På så vis leder omställningen till en ökad tillgänglighet även i den specialiserade vården.[108]

Bakgrunden till omställningen finns i flera statliga utredningsbetänkanden, som följts av propositioner från regeringen och sedan av beslut om ändringar i lagstiftningen av riksdagen.[109] Det är framför allt utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård

[103] Regeringsbeslut S2026/00092.
[104] Regeringsbeslut S2023/00256.
[105] SOU 2025:62 och SOU 2025:96.
[106] Förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[107] Prop. 2019/20:164.
[108] Ibid.
[109] Prop. 2017/18:83, bet. 2017/18:SoU22, rskr. 2017/18:294. Prop. 2019/20:164, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2020/21:61, prop. 2021/22:72, bet. 2021/22:SoU22, rskr. 2020/21:225.

(S 2017:01) som ligger till grund för den omställning som pågår.[110] Utredningen tillsattes i mars 2017, fick tre tilläggsdirektiv,[111] pågick under fyra år och ledde till fem betänkanden.[112] Huvudbetänkandet lämnades i april 2020 och innehöll förslag på strukturella förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet, med fokus på samverkan mellan region och kommun. Det sista betänkandet överlämnades i januari 2021.[113]

En omställning som skett i flera steg

Den första delen av omställningen skedde genom de ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och patientlagen (2014:821) som trädde i kraft från och med 1 januari 2019.[114] Bakom ändringarna låg, utgående från utredningens delbetänkande[115], regeringens proposition Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, från januari 2018.[116]

Ändringarna i HSL innebar att en ny bestämmelse infördes om att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska organiseras så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt.[117]

Vidare stärktes vårdgarantin i primärvården. Fram till dess gällde, som beskrivits ovan, en gräns om maximalt sju dagars väntan för besök hos läkare. Ändringen innebar att vårdgarantin numera reglerar tre dagars väntan till medicinsk bedömning, ”av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården”.[118] Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa. Vårdgarantin för primärvården blev på så vis professionsneutral.[119]

[110] Utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård* hade i uppdrag att utgå från förslagen i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2), se dir. 2017:24. I *Effektiv vård* framhåller utredaren att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården bli den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.
[111] Dir. 2017:97, dir. 2018:90, dir. 2019:49.
[112] SOU 2017:53, SOU 2018:39, SOU 2019:29, SOU 2020:19, SOU 2021:6.
[113] SOU 2021:6.
[114] Prop. 2017/18:83, bet. 2017/18: SoU22, rskr. 2017/18:294.
[115] SOU 2017:53.
[116] Prop. 2017/18:83.
[117] 7 kap. 2a § HSL.
[118] 2 kap. 3 § PL. 9 kap. 1 § 2 p. HSL.
[119] Prop. 2017/18:83.

Ett lagstadgat grunduppdrag för primärvården gäller sedan juli 2021

En andra proposition lämnades av regeringen till riksdagen i maj 2020, Inriktningen för en nära och tillgänglig år vård – en primärvårdsreform.[120] Propositionen behandlade förslagen i det andra delbetänkandet, God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39). I propositionen konstaterade regeringen bland annat att en reformering av primärvården hade inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.[121]

Lagändringarna som trädde i kraft den 1 juli 2021[122] innebar att definitionen av primärvården i HSL ändrades, i enlighet med förslagen i propositionen. Primärvård svarar sedan dess för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.[123] Sedan 1 juli 2021 gäller vidare ett tillägg i HSL om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag,[124] samt en ny formulering av signeringskravet i patientdatalagen.[125] En tydlig och lagstadgad formulering av primärvårdens grunduppdrag har inte funnits tidigare utan är ett nytt inslag i lagstiftningen.[126]

Enligt grunduppdraget ska primärvården:

- tillgodose vanligt förekommande vårdbehov
- vara lätt tillgänglig
- tillhandahålla förebyggande och rehabiliterande insatser
- samordna insatser när det är mest ändamålsenligt
- möjliggöra medverkan i forskning.[127]

[120] Prop. 2019/20:164.
[121] Ibid.
[122] Prop. 2019/20:164, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2020/21:61.
[123] 2 kap. 6 § HSL. Sedan tidigare gäller även att primärvård avser hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.
[124] 13 a kap. primärvårdens grunduppdrag HSL.
[125] 3 kap. 10 och 12 §§ patientdatalagen.
[126] Före reformen fanns bara en allmän definition av primärvård och krav på tillgänglighet, men inte en lagstadgad lista över vad uppdraget ska innehålla.
[127] 13 a kap. Primärvårdens grunduppdrag HSL.

Fast läkarkontakt i primärvården

I december 2021 lämnade regeringen propositionen Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform till riksdagen.[128] En del av propositionen byggde på några av förslagen i utredningens andra delbetänkande God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39), som inte hanterats tidigare. Det handlade om de förslag som rör fast läkarkontakt i relation till utföraren inom vårdvalet. I övrigt var det betänkandet Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42) som låg till grund för förslagen i propositionen.

Den 1 juli 2022 trädde nya ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen i kraft som bland annat innebär att valet av enskilda personers vårdcentraler och motsvarande vårdenheter ska ske genom listning på förhand. Listning får göras enbart hos utförare vars verksamhet bedrivs i en regions egen regi eller som har ett kontrakt med en region. Byte av utförare ska få göras högst två gånger under en period om ett år, om det inte finns särskilda skäl. Vårdgarantin gäller enbart där den enskilde är listad.[129]

Särskilda medel har avsatts och omställningen har följts upp

Omställningen till en god och nära vård pågår runtom i landet, i olika takt och omfattning. Inom ramen för överenskommelsen God och nära vård – En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav har cirka 31,5 miljarder kronor avsatts under åren 2019–2024. Syftet har varit att stärka huvudmännens arbete med omställningen och att stödja arbetet med den förstärkta vårdgarantin i primärvården.[130]

Socialstyrelsen och Vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa upp och utvärdera omställningen till en god och nära vård.[131]

---

[128] Prop. 2021/22:72.
[129] För bakgrund till förslagen, se SOU 2019:42.
[130] Sedan 1 januari 2025 fördelas som tidigare nämnt medel till kommuner och regioner i stället genom förordning om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård (2024:1253). Socialstyrelsen ska enligt förordningen fördela bidraget till regionerna på det sätt som regeringen bestämmer.
[131] Regeringsbeslut, Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård, S2023/01930, respektive Ändring av uppdraget att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård, S2020/03320.

Av en delrapport från mars 2024[132] framgår att regioner och kommuner har påbörjat en omställning men att mycket återstår innan målen har nåtts. Mycket av arbetet har hittills gjorts inom ramen för avgränsade projekt inom en mindre del av en region. För att uppnå målen med omställningen behöver nya arbetssätt införas brett och gälla invånare i hela regionen eller kommunen. Socialstyrelsen konstaterar vidare att det är viktigt att fortsätta omställningen till en god och nära vård trots utmaningar för huvudmännen med att uppnå en budget i balans. Myndigheten bedömer att en god och nära vård i sig kan skapa kontinuitet, tillgänglighet och personcentrering som ger möjlighet till ett mer effektivt omhändertagande. Detta kan enligt Socialstyrelsen samtidigt ge en mer effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser.[133]

Vård- och omsorgsanalys har bland annat konstaterat att myndigheten inte ser några tecken på ökad kontinuitet eller tillgång till fast läkarkontakt i primärvården. Däremot ökar andelen som har en fast namngiven läkarkontakt i regionernas verksamhetsstatistik. Brist på data gör att det inte går att utvärdera exempelvis hur stor andel av dem som bor på särskilda boenden för äldre som har en fast läkarkontakt.[134] I slutredovisningen från mars 2025 menar myndigheten att inget av omställningens mål uppnås, men att små förändringar går att se för vissa mål. Myndigheten bedömer att ”den uteblivna måluppfyllelsen i hög utsträckning beror på att verksamheterna inte fått förbättrade ekonomiska eller personella resurser, vilket krävs för att genomföra förändringarna”.[135] Vård- och omsorgsanalys konstaterar vidare att det för många aktörer saknas en tydlig beskrivning av det överordnade syftet med omställningen och vad omställningen betyder, vilket medför att tolkningarna varierar. Mångfalden av mål har lett till att olika aktörer har olika fokus, vilket försvårar ett tydligt genomslag av omställningen.[136]

[132] Socialstyrelsen, *Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård 2023. Delredovisning*, 2024.
[133] Ibid.
[134] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Kontinuitet och fast läkarkontakt*, 2023 och *Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport*, 2025.
[135] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport*, 2025.
[136] Ibid.

Nästa steg för en god och nära vård

I februari 2026 beslutade riksdagen i enlighet med regeringens proposition Nästa steg för en god och nära vård.[137] Propositionen bygger på förslag från flera statliga utredningar, bland annat Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S2020:16) och Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01).[138]

Riksdagens beslut medför ändringar i tandvårdslagen (1985:125), patientlagen och HSL som ska göra primärvårdens uppdrag och ansvar tydligare. Avsikten är också att stärka tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård. Bland annat förtydligas det att region och kommun ska samverka med varandra i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården, att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov och att informationskravet i förhållande till patienter stärks. En patient ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt samt hur patienten kan komma i kontakt med dessa och med sina vårdenheter.[139]

Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2026.[140]

[137] Prop. 2025/26:19, bet. 2025/26:SoU23, rskr. 2025/26:157.
[138] SOU 2020:19 och SOU 2021:6. Bland övriga utredningsbetänkanden som ligger till grund för förslagen finns även bland annat SOU 2022:22.
[139] Prop. 2025/26:19, bet. 2025/26:SoU23, rskr. 2025/26:157.
[140] Ibid.

5 Vårdgarantins konstruktion

5.1 Den nationella vårdgarantin anger bortre tidsgränser för väntan på vård

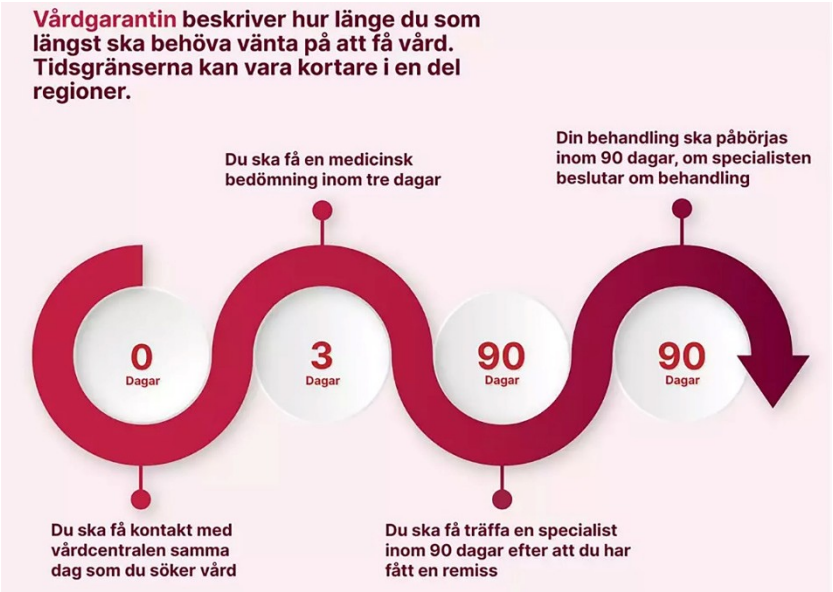
Den nationella vårdgarantin anger hur länge en person som längst ska behöva vänta på vård. Garantin är utformad som en generell garanti och gäller vid fyra specifika nedslag i vårdkedjan. En viktig iakttagelse som vi har gjort är att vårdgarantin i praktiken bara omfattar en liten del av patienterna i den specialiserade vården, cirka 20 procent. Detta återkommer vi till i kapitel 6.

En patient ska enligt vårdgarantin få komma i kontakt med regionens primärvård samma dag som patienten söker kontakt (tillgänglighetsgaranti) och få en medicinsk bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar (bedömningsgaranti).[1] Bedömningsgarantin, som även benämns den förstärkta vårdgarantin, infördes den 1 januari 2019. Innan dess gällde en besöksgaranti som innebar att patienten skulle få besöka läkare i primärvården inom sju dagar från det att patienten sökt kontakt med primärvården.

Vårdgarantin innebär också att en patient ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti). Efter att vårdgivaren har beslutat om planerad vård (exempelvis en operation eller annan behandling) ska vården påbörjas inom 90 dagar (behandlingsgaranti).[2]

[1] 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.
[2] Ibid.

Figur 5.1 Illustration av vårdgarantin som den ser ut i dag



Källa: 1177.se.

Tidsperioderna inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), förkortad HSF, medan den grundläggande strukturen för vårdgarantin regleras i lag.[3] Syftet med att inte reglera tidsperioderna i lag var att uppnå en så smidig och flexibel lösning som möjligt – förordningar beslutas av regeringen medan lagar beslutas av riksdagen.[4] Tidsperioderna kan också, i stället för att regleras i förordning, regleras i föreskrifter utfärdade av en myndighet som regeringen bestämmer, enligt ett bemyndigande i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL.[5]

5.1.1 Vårdgarantin i förhållande till mål och prioriteringar

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

[3] 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[4] 8 kap. 1 § regeringsformen (1974:152).
[5] 9 kap. 4 § 1 HSL.

Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.[6] Dessa principer preciseras ytterligare i den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen, som innehåller allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.[7]

När det gäller vårdgarantins förhållande till prioriteringar inom vården så reglerar inte vårdgarantin om en patient ska få vård eller inte, eller vilken vård det i så fall handlar om. Prioriteringar utgår fortfarande från de prioriteringsriktlinjer som riksdagen beslutat om. Vidare ställer vårdgarantin inte några krav på vårdens kvalitet, hur vårdprocessen ska fungera för patienten eller hur kontakten med vården ska se ut, till exempel när det gäller tidsbokningar – samtliga viktiga delar i patientens upplevelse av vården.

Vårdgarantin reglerar inte heller *hur snart* en åtgärd för en specifik sjukdom bör ske. Den uttalar däremot att vården ska ske senast inom viss tid.[8]

5.1.2 Ansvaret att erbjuda en vårdgaranti

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som är bosatt inom regionen eller i övrigt omfattas av regionens ansvar.[9] Förutom den som är bosatt inom regionen, ska regionen därmed erbjuda en vårdgaranti åt:

- den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom regionen,
- den som, utan att vara bosatt i regionen, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (personer från andra EU-länder under vissa förutsättningar), och
- den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av förordningen (vissa utlandsstuderande under vissa förutsättningar).

[6] 3 kap. 1 § HSL.
[7] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186. Dessa beskrivs mer utförligt i kapitel 3.
[8] Prop. 2009/10:67, s. 40–41.
[9] Regionens ansvar gäller enligt 8 kap. 1 eller 2 § HSL. 9 kap., 1 § HSL.

Däremot omfattas inte de personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård av regionens vårdgaranti.[10]

5.1.3 Vårdgarantin gäller inte alltid

HSF reglerar vissa situationer då vårdgarantin inte gäller. Det handlar om följande fall:

- då patienten av medicinska skäl bör vänta längre än garantins tidsgränser
- om patienten utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen, eller
- om patienten frivilligt avstår från vård (så kallad självvald väntan).[11]

Utöver dessa tre situationer så finns det andra delar av vårdkedjan som vårdgarantin inte reglerar. Det gäller till exempel:

- återbesök
- om patienten tackar nej till ett erbjudande om vård hos en annan vårdenhet (om man senare ändrar sig kan man tacka ja till erbjudandet)
- medicinsk service, som laboratorieundersökningar
- utredningar och undersökningar, som till exempel röntgen, provtagningar och tester
- hjälpmedelsförsörjning med undantag av utprovning av hörapparater
- om patienten väljer att söka vård hos en privat vårdgivare som inte finansieras med skattemedel eller saknar avtal med en region.
- för tandvård – utom i särskilda fall.[12]

Varför exempelvis inte återbesök eller utredningar ingår i vårdgarantin utvecklar vi i kapitel 6.

[10] 8 kap. 3 § HSL.
[11] 6 kap. 2 § HSF.
[12] 1177, ”Vårdgaranti”, hämtad 2026-04-02.

5.2 Rätten till information är reglerad i lag

Patienten har rätt att få veta vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård och därmed hur lång väntetiden väntas bli. Detta ligger inom ramen för hälso- och sjukvårdens informationsplikt.[13] I informationsplikten ingår även att patienten ska få veta hur och när han eller hon ska få svar på resultat av genomförda prover och undersökningar. Skyldigheten att informera om den förväntade tidpunkten för vård har inget samband med vårdgarantin, utan gäller oavsett om vården kan ges inom ramen för vårdgarantin eller inte.[14]

Patienten har även rätt att få information om vårdgarantin.[15] Patienten ska både få veta om innehållet i, och innebörden av vårdgarantin, samt om patienten kan förvänta sig att få sitt besök eller sin åtgärd inom de tidsgränser som vårdgarantin anger.

Informationen till patienten ska enligt lag anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.[16] Informationen bör vidare lämnas i former som stärker patientens delaktighet och självbestämmande. Den får ”inte ges slentrianmässigt utan ska anpassas till den enskilda patientens individuella förutsättningar och behov.”[17]

5.2.1 Rätt till information när vårdgarantin inte uppfylls

Patientlagen reglerar även ett krav på att informera patienten om de åtgärder som regionen avser vidta, samt om vilka alternativa vårdgivare som patienten kan hänvisas till, om det är så att längsta godtagbara väntetid (90 dagar) kommer att överskridas. Det räcker med att regionen *bedömer* att den inte kommer kunna leva upp till vårdgarantin för att regionen ska hjälpa patienten att få vård hos en annan vårdgivare inom vårdgarantin. När en region inte klarar att erbjuda vård inom vårdgarantins gränser är det regionen som ska stå för patientens merkostnader som uppstår i samband med vård i en annan region.[18]

[13] 3 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL.
[14] Prop. 2013/14:106.
[15] 3 kap. 2 § PL.
[16] 3 kap. 6, 7 § PL.
[17] Prop. 2009/10:67, s. 49.
[18] 3 kap., 4 § PL, Författningskommentar 2008:127 s. 199. Se vidare om detta i kapitel 6.

Informationsskyldigheten gäller under hela vårdförloppet, det vill säga inte enbart under den första kontakten med patienten.

5.2.2 Information om *när* patienten ska få besked är inte reglerad i Sverige

I Sverige saknas lagstadgad tidsgräns för *när* patienten ska få besked om vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård inom den specialiserade vården – detta ingår inte i informationsplikten till patienten. Enligt den proposition som låg till grund för patientlagen bör informationen ges ”så snart den är tillgänglig.”[19]

Besked om tidpunkt för vård inom en yttersta tidsgräns ingår däremot i lagstiftningen i både Danmark och Norge. Båda dessa länders vårdgarantier är inriktade på att ge patienten information om vård inom en viss tid, se vidare om detta i avsnitt 5.4.

Besked om tidpunkt för besök ingår i en av de regionala målsättningarna

Vad gäller de regionala målsättningarna i Sverige så är det endast Halland som har inkluderat besked om tidpunkt för besök i sin målsättning: I Halland ska patienten få besked om tidpunkt för besök inom den specialiserade vården inom 14 dagar efter att remissen tagits emot. Det gäller även om patienten sökt vård utan remiss. Patienten ska samtidigt med beslut om behandling få besked om tidpunkt för behandling. I andra regioner saknas en rutin för när information om tidpunkten för vården ska lämnas. Det förekommer att patienter får vänta länge på sitt besked.[20]

Tidigare utredningar har föreslagit en reglering av patientens rätt till information om tidpunkt för vård

Tidigare utredningar har föreslagit att vårdgarantin ska omfatta information om tidpunkt för en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården, samt information om tidpunkt för undersök-

[19] Prop. 2013/14:106, s. 114.
[20] SOU 2022:22, s. 176.

ning och behandling inom både primärvården och den specialiserade vården.[21]

Det är ett stort värde för patienten att få information om tidpunkt för vård inom en rimlig tid. Det minskar risken för stress och oro som annars drabbar många patienter när väntan på besked blir lång. Ett krav på regionen av det slaget innebär också att regionen måste ha framförhållning i planering och schemaläggning, vilket i sin tur stimulerar en bättre produktions- och kapacitetsplanering. Det är vidare mindre risk för av- och ombokningar om patienten inom rimlig tid får information om tidpunkten för sin vård.[22]

5.3 En utökad vårdgaranti inom den specialiserade vården har föreslagits och utretts men inte blivit av

5.3.1 Avsikten var att utöka vårdgarantin från de fyra nedslagen

Vårdgarantin gäller alltså bara vid fyra specifika nedslag i vårdkedjan. Inför att garantin lagstadgades 2010 fanns det tankar om att utöka omfattningen av vårdgarantin på sikt. Utredningen Patientens rätt i vården[23] hade i uppdrag att analysera tillämpningen av den nationella vårdgarantin som infördes 1 november 2005 genom en överenskommelse mellan staten och SKR, samt att lämna förslag på lagreglering av densamma.[24] Utredningen ansåg inte att den hade till uppgift att närmare diskutera innehållet i vårdgarantin, men uttryckte uppfattningen att en framtida vårdgaranti bör inkludera alla de åtgärder som är nödvändiga för att en behandling ska kunna inledas.[25] Det var en uppfattning som delades av flera remissinstanser, vilka bland annat framförde att vårdgarantins tillämpningsområde bör utvidgas till att omfatta hela vårdförloppet. Vid det tillfället saknades dock underlag och statistik för en konsekvensanalys av en sådan utvidgning. Av regeringens proposition framgår att regeringens ambition var att vårdgarantin i framtiden skulle omfatta patientens hela kontakt med vården, från det att en första kontakt tas till att patienten skrivs ut

[21] Ibid. s. 177.
[22] Ibid. s. 177 f.
[23] S 2007:07.
[24] Dir. 2007:90, s. 1 och 5.
[25] SOU 2008:127, s. 166.

från en eventuell åtgärd i den planerade vården, inklusive utredningstiden och andra ledtider.[26]

Som framgått av kapitel 4 har både myndigheter och SKR lyft kritik mot konstruktionen av vårdgarantin och att inte fler delar av vårdkedjan ingår.[27]

Tidigare förslag om en vårdgaranti som inkluderar undersökningar och återbesök

Tillgänglighetsdelegationen hade bland annat i uppdrag att utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti och att lämna nödvändiga författningsförslag.[28]

Delegationen kom fram till att vårdgarantin för den specialiserade vården borde utökas till att inkludera fler delar av vårdkedjan, genom att låta undersökningar och återbesök ingå i garantin. Förslagen syftade till att stärka patientens ställning och till att vårdgarantin skulle bli mer relevant för fler patientgrupper. Detta är något som vi återkommer till i kapitel 6.

Även andra utredningar har behandlat vårdgarantin, men det har då berört vårdgarantin inom primärvården. Utredningen Effektiv vård[29] föreslog 2016 att vårdgarantin skulle göras professionsneutral inom primärvården och att besöksgarantin inom sju dagar skulle ändras till en bedömningsgaranti inom tre dagar.[30] Dessa förslag togs sedan vidare av utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (S2017:01) som lämnade sina första förslag på ändringar av hälso- och sjukvårdslagen i maj 2017.[31]

Vår utredning, Behovsstyrd vård, är den första som får i tydligt uppdrag att föreslå en ny vårdgaranti för den specialiserade vården som utgår från patientens behov – och samtidigt har väsentligt kortare tidsgränser än i dag.

[26] Prop. 2009/10:67, s. 39 och 43.
[27] Fler detaljer om vad som gäller för väntan på undersökning och utredning finns i avsnitt 6.5.
[28] Dir. 2020:81. Tillgänglighetsdelegationens förslag har inte lett till ändringar i den lagstadgade vårdgarantin. Vårt uppdrag har dock flera beröringspunkter med delegationens förslag.
[29] SOU 2016:2.
[30] Syftet var att minska detaljstyrningen inom hälso- och sjukvården, att möjliggöra en rationell fördelning av arbetsuppgifter och att minska den administrativa bördan inom vården.
[31] SOU 2017:53. Detta beskrivs mer utförligt i kapitel 4.

5.4 I våra nordiska grannländer är vårdgarantin utformad på andra sätt

Vårdgarantierna i våra nordiska grannländer är även de lagstadgade men skiljer sig i övrigt på flera sätt från den svenska. Medan vi i Sverige har samma antal dagar, 90, som tidsgräns för alla patienter i den specialiserade vården så har Danmark, Norge och Finland olika tidsgränser i olika situationer. Samtliga tre länder inkluderar på olika sätt undersökningar i vårdgarantin, liksom de i viss utsträckning har differentierade vårdgarantier. Särskilt den danska och den norska vårdgarantin är också mer inriktad mot att ge patienten information om vård inom en viss tid.

5.4.1 En differentierad vårdgaranti i Norge

I Norge utgör en viktig del av vårdgarantin att patienten inom en viss tid ska få information och besked om vården. Det är lagreglerat att:

- alla patienter inom tio dagar efter remiss ska få ett skriftligt besked om rätten till vård (avslag eller besked om när utredningen eller behandlingen ska inledas).

Utöver detta är det även lagreglerat att den specialiserade vården ska ge:

- en individuell tidsfrist för vården. Patienten ska alltså få veta när han eller hon senast ska få nödvändig vård. Tidsfristen ska fastställas inom tio dagar från mottagen remiss. Om patienten inte får nödvändig sjukvård inom tidsfristen har patienten rätt att utan dröjsmål få vård som bekostas av patientens bostadsregion, från annan tjänsteleverantör.[32]

Utöver en differentiering i själva tidsfristen så har Norge även en särskild vårdgaranti för personer under 23 år med psykisk ohälsa eller missbruk. Den patientgruppen är utlovad en individuell tidsfrist som uppgår till högst 65 dagar. För övriga patientgrupper finns

[32] § 2–1 b fjärde stycket pasient- og brukerrettighetsloven och § 5–2 tredje stycket spesialisthelsetjenesteloven (LOV-1999-07-02-61).

det ingen bortre gräns för vad den individuella tidsgränsen kan uppgå till.[33]

I Danmark är det författningsreglerat inom vilken tid patienten ska få information om tid och plats för undersökning, genomgå utredning och erbjudas behandling. Detta sammanfattas som ”den allmänna vårdgarantin.”

- En patient ska få information om tid och plats för undersökning och behandling senast åtta dagar efter det att remissen anlänt till ett av regionens sjukhus.
- En patient som remitterats till sjukhusbehandling ska erbjudas behandling inom en månad. Om regionen inte kan erbjuda behandling inom en månad kan patienten välja annan offentlig eller privat vårdgivare som har avtal med regionen.[34]

En vårdgaranti för livshotande sjukdomar

Danmark har även en särskild vårdgaranti för behandling av misstänkt livshotande sjukdomar. I dessa fall ska regionen inom åtta dagar från mottagen remiss informera om den kan erbjuda behandling vid regionens sjukvårdssystem inom den maximala väntetiden och i så fall meddela patienten ett datum för bedömning. Om regionen inte kan erbjuda behandling inom de fastställda maximala väntetiderna ska patienten, om möjligt, erbjudas behandling hos annan vårdgivare.[35]

Vid misstanke om cancer är den maximala väntetiden 14 dagar till utredning, därefter 14 dagar till operation samt 14 dagar till initial medicinsk behandling och initial strålbehandling.[36]

Även för ischemisk hjärtsjukdom regleras maximala väntetider mellan 10 och 21 dagar till behandling beroende på tillstånd.[37]

[33] Inspektionen för vård och omsorg (IVO), *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2021.
[34] Kap. 19 § 87 andra stycket sundhedsloven.
[35] Kap. 21 § 88 sundhedsloven.
[36] § 2 bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (BEK nr 584 af 28/04/2015).
[37] § 3 bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme.

5.4.2 I Finland täcker vårdgarantin en stor del av vårdkedjan

I Finland lagregleras inom vilken tid patienten ska få kontakt med primärvården, få en bedömning av vårdbehovet och få sin undersökning respektive behandling. Om vårdgarantin inte uppfylls har kommunen eller sjukvårdsdistriktet en skyldighet att köpa vård hos annan vårdgivare.[38]

Omedelbar kontakt och bedömning inom tre dagar i primärvården

Den finska vårdgarantin för primärvården påminner om den svenska: en patient ska på vardagar omedelbart kunna få kontakt med primärvården. En bedömning av vårdbehovet ska göras av yrkesutbildad person senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt.

Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss har kommit in till verksamhetsenheten.

Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska med hänsyn till patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas ”inom skälig tid” och senast inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes.[39]

Vårdgarantin inom den specialiserade vården

Bedömning och beslut om vård ska ges i den specialiserade vården inom tre veckor från remiss. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och undersökningarna göras inom tre månader.

Vård, behandling och rådgivning som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt, odontologiskt eller hälsovetenskapligt nödvändiga ska, med hänsyn till hur brådskande den

[38] 6 kap. 54 § hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).
[39] 6 kap. 51 § hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

är, ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast.[40]

Vårdgarantin inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga

Inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga ska bedömningen av vårdbehovet göras inom tre veckor från det att remissen anlänt. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och undersökningarna göras inom sex veckor.

Vård eller behandling som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om personer under 23 år, med hänsyn till hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.[41]

[40] 6 kap. 52 § hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).
[41] 6 kap. 53 § hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

6 Inför konstruktionen av en ny, behovsstyrd vårdgaranti

I det här kapitlet börjar vi vår analys inför konstruktionen av en ny vårdgaranti. Vi har med oss de iakttagelser som vi gjorde i arbetet om statliga engångsinsatser, under hösten 2024.[1] Då konstaterade vi att det finns kapacitet i vården som inte utnyttjas – många patienter väntar därför längre på vård än vad de skulle behöva göra. Detta trots flera nationella initiativ och statliga insatser, stimulansmedel via överenskommelser, samt lagstiftning inom området för att korta väntetiderna i vården.

6.1 Tidsgränserna i vårdgarantin är 90 + 90 dagar – men tanken var att de skulle vara kortare

Tidsgränserna för vårdgarantin inom den specialiserade vården har varit 90 + 90 dagar,[2] för besök respektive operation eller behandling, sedan de infördes genom överenskommelser på 1990-talet.[3] Utredningen som låg till grund för vårdgarantins lagstadgande bedömde att gränsen för väntetid till bedömning om vård skulle vara 30 dagar och att en yttre gräns om 120 dagar skulle införas.[4] Remissinstanserna hade blandade synpunkter på förslaget.

I den proposition som regeringen beslutade om efter att utredningen lämnat sitt betänkande, valde regeringen att inte följa utredningens förslag, utan att behålla de tidsgränser som gällt i överenskom-

[1] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården* (se bilaga 3).
[2] ”90 + 90 dagar” syftar på att vårdgarantin anger en bortre tidsgräns på 90 dagar på väntan för besök i den specialiserade vården. Likaså finns en bortre tidsgräns på 90 dagar för väntan på behandling. För beskrivning av vårdgarantins konstruktion, se kapitel 5.
[3] Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.
[4] SOU 2008:127.

melsen.[5] Som skäl angavs bland annat att väntetiderna fortfarande var långa inom den specialiserade vården och att de regionala variationerna i väntetider var stora. ”I nuläget saknas också underlag som tydligt visar konsekvenserna för bland annat landstingen av en sänkning av tidsgränserna i vårdgarantin.”[6] Regeringen menade att utvecklingsarbetet i form av målstyrda ekonomiska bidrag och överenskommelser mellan staten och regionerna behövde fortsätta ytterligare en tid och utvärderas innan det skulle vara möjligt att ta ställning till hur tidsgränserna för vårdgarantin kunde sänkas. Regeringen bedömde därför att de tidsgränser som användes inom den dåvarande vårdgarantin borde gälla tills vidare även för den lagstadgade nationella vårdgarantin. På så vis fastställdes gränserna om 90 dagar. Regeringen konstaterade samtidigt:

> Det bör understrykas att det inte finns något som hindrar landstingen att besluta om kortare tidsgränser än vad som följer av den nationella vårdgarantin, något som redan skett i vissa fall. Regeringen bedömer att framtida överenskommelser avseende kömiljarden bör inriktas på att stimulera en sådan utveckling.[7]

6.2 Tidsgränserna ses som målsättningar och är i praktiken bara aktuella för vissa patienter

Vårdgarantin anger yttersta tidsgränser för hur länge någon ska behöva vänta på vård. Beroende på den enskilda personens behov av vård kan patienten få vård betydligt tidigare än vårdgarantins tidsgränser. Ingen ska dock, enligt lag och förordning[8], få sitt första besök i den specialiserade vården eller sin planerade operation eller behandling utanför tidsramen 90 + 90 dagar.[9]

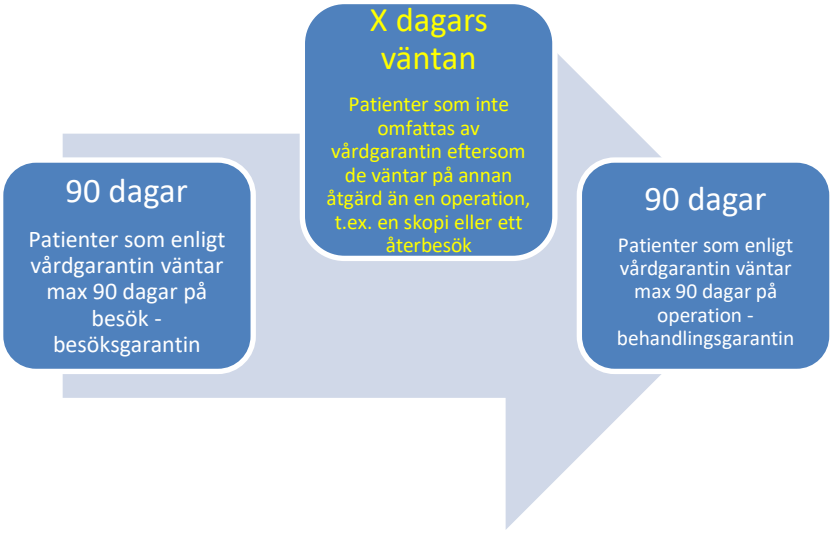
Flera utredningar och rapporter har lyft fram att tidsgränserna i vårdgarantin ses som målsättningar att sträva mot, snarare än lagstadgade krav på yttersta tidsgränser.[10] ”Både staten och regionerna

[5] Prop. 2009/10:67.
[6] Ibid. s. 44.
[7] Ibid.
[8] HSL och HSF.
[9] Se utförlig beskrivning i kapitel 5. ”90 + 90 dagar” syftar på att en patient ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti). Efter att vårdgivaren har beslutat om planerad vård (exempelvis en operation eller annan behandling) ska vården påbörjas inom 90 dagar (behandlingsgaranti).
[10] SOU 2022:22, s. 56 och Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.

tycks genom åren ha accepterat att vårdgarantin inte följs, trots att det innebär att regionerna bryter mot lagreglerade bestämmelser."[11]

Vi konstaterar också att den ram som vårdgarantin anger – maximalt 90 dagars väntan för besök, följt av som mest 90 dagars väntan för operation eller behandling – är ett förlopp som i praktiken endast inkluderar en begränsad del av det totala antalet patienter. En del av förklaringen till det är att undersökningar och återbesök inte ingår i vårdgarantin, något som vi utvecklar i avsnitten nedan. En annan del av förklaringen ligger i att vårdgarantin i stort är utformad som att en operation är slutmålet för alla patienter. För många patienter är det dock inte fallet – skopier, minnesutredningar eller neuropsykiatriska utredningar kan i stället vara de åtgärder som ska utföras efter det första besöket hos en specialist. Den tidslinje som vårdgarantin utgår från (besök – operation) är då inte aktuell. Patienten kan i sådana fall få vänta betydligt längre än 90 dagar, utan att vårdgivaren har brutit mot vårdgarantin. Se en illustration av detta i figur 6.1 nedan.

Figur 6.1 Patienter som omfattas av vårdgarantin och de som inte gör det



[11] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023, s. 25.

Det har varit en särskild utmaning för oss i vårt arbete – att föreslå en vårdgaranti med ”väsentligt kortare tidsgränser än i dag”,[12] samtidigt som verkligheten är sådan att de tidsgränser som gäller i dag inte efterlevs av regionerna. Vi strävar efter att föreslå tidsgränser och en konstruktion av vårdgarantin som regionerna kan uppfylla, och efter en kultur där vårdgarantin respekteras av alla berörda aktörer.

6.2.1 Resonemang om tidsgränser under utredningens gång

Under utredningens gång har vi fört diskussioner om hur en vårdgaranti med väsentligt kortare tidsgränser än i dag skulle kunna konstrueras. Vi har fått in synpunkter om att vårdgarantins tidsgränser skulle kunna kortas, men inte hur mycket som helst – det måste finnas rimliga planeringsförutsättningar.

> En alltför kort vårdgaranti skulle riskera att leda till kaos, med patienter som skickas kors och tvärs för att regionen ska försöka klara tidsgränserna.

Flera aktörer har lyft fram att gränsen för väntetiden till den första kontakten med den specialiserade vården skulle kunna vara skarpare än i dag. Den delen av vårdkedjan (besöket) kräver mindre av vården, än operationen eller behandlingen. ”Det är viktigt att det blir fokus på den medicinska prioriteringen.”

Vad gäller frågan om vad som är en rimlig tidsgräns så finns det forskning som visar på många negativa konsekvenser som uppstår av att vara sjukskriven längre än 30 dagar. Det borde kunna utgöra en utgångspunkt när nya tidsgränser tas fram.

Vi har fått in förslag om att utforma en vårdgaranti med en tidsgräns på 30 dagar för bedömning och planering, följt av en tidsgräns på 60 dagar för åtgärd. Det skulle vara en halvering jämfört med i dag (då det i stället är 90 respektive 90 dagar för dessa steg). Detta är något som vi tagit med oss i vårt fortsatta arbete.

[12] Dir. 2024:50.

6.2.2 Det finns regionala målsättningar som är kortare än 90 dagar och som inkluderar fler steg

Vid sidan av den lagstadgade vårdgarantin finns det regionala målsättningar för väntan på vård som är kortare än 90 dagar. Detta framkommer av rutan nedan.

Den regionala målsättningen i Region Halland förefaller mest ambitiös i jämförelse med andra. Regionen är också en av dem som återkommande har kortare väntetider än andra regioner.

Den uppsatta tidsgränsen i Halland på 60 dagar gäller såväl för besök i den specialiserade vården som för utredningar (undersökningar) och eventuell operation. Dessutom ska patienten få besked om tidpunkt för besök inom den specialiserade vården inom 14 dagar efter att remissen har tagits emot. Det gäller även om patienten sökt vård utan remiss. Patienten ska samtidigt med beslut om behandling få besked om tidpunkt för behandling. Regionens målsättning är att 80 procent av patienterna ska få sin vård inom 60 dagar.

I Region Stockholm finns en regional målsättning på 30 dagar till första besök i den specialiserade vården, men den tidsgränsen gäller inte för fler delar av vårdkedjan. Tre sorters utredningar ingår också i den regionala garantin: minnesutredningar, dyslexi- samt neuropsykiatriska utredningar. För dessa gäller en tidsgräns på 90 dagar.

Region Jönköpings län har en liknande målsättning: 80 procent av patienterna ska få sitt besök inom den specialiserade vården, respektive påbörja behandling, inom 60 dagar. Målsättningen i Region Jönköpings län inkluderar inte utredningar som röntgen, tester eller prover. Det finns inte heller något särskild gräns för när patienten ska få besked om tidpunkt för besök, som i Halland. Målsättningen är inte en ambition som kommuniceras till befolkningen, utan snarare ett mål som sätts i regionens budgetarbete, som instruktion till verksamheterna. Ett syfte med målet är att förbättra förutsättningarna att klara de 90 dagar som den lagstadgade vårdgarantin kräver.

Regionala målsättningar för väntetider i vården

Region Halland:

- Högst 60 dagars väntan för besök i den specialiserade vården.
- Vid beslut om operation ska patienten erbjudas tid för operation inom 60 dagar.
- Utredningar som röntgen, tester och prover omfattas av vårdgarantin och samma tidsgräns gäller för dessa. Undersökningar ska alltså ske inom 60 dagar.

Regionens målsättning är att 80 procent av patienterna ska få sin vård inom 60 dagar.

Region Stockholm:

- Högst 30 dagars väntan för att få besöka en specialist, från beslut om remiss.
- Minnesutredningar, dyslexi- och neuropsykiatriska utredningar ingår i garantin. (90 dagar gäller för dessa).

Region Jönköping:

- 80 procent av patienterna ska få sitt besök respektive påbörja behandling inom den specialiserade vården inom 60 dagar.

6.3 Besöksgaranti i den specialiserade vården

Besöksgarantin i vårdgarantin reglerar patientens rätt till ett första besök inom en viss tid.[13] Ett besök i den specialiserade vården kan antingen vara fysiskt, på en vårdinrättning, eller ske på distans genom till exempel en videokonferens eller ett hembesök. Mängden digitala besök har ökat i takt med den tekniska utvecklingen.[14]

6.3.1 Patientens första besök är vanligen till en läkare och äger rum på en vårdinrättning

Det är inte uttalat i lag eller förordning vem patienten ska träffa vid besöket – det kan vara en läkare men det kan också vara någon annan vårdpersonal. I praktiken består dock patientens första besök i den specialiserade vården vanligen av ett möte med en läkare. De flesta träffar läkaren på en vårdinrättning.

Sett över tid har de yrkeskategorier som patienten träffat vid sitt första besök inte förändrats i någon större utsträckning. Under 2025 rapporterades cirka 2,5 miljoner första besök inom den specialiserade vården till väntetidsdatabasen. Av dem hade patienten i 79 procent av fallen (nästan två miljoner patienter) haft sitt första besök hos en läkare. Det näst vanligaste var att patienten haft sitt första besök hos en sjuksköterska (7 procent av patienterna). Därefter var de vanligaste yrkeskategorierna som patienten träffat barnmorska, audionom och fysioterapeut, se tabell 6.1 nedan.[15]

[13] 9 kap. HSL, 6 kap. HSF.
[14] SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-03-31.
[15] Besöksformer såsom de definieras enligt SKR i ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-02-09. Det finns viss osäkerhet när det gäller hur väl rätt yrkeskategori registreras vid besöket, men uppgifterna bör ge en övergripande bild av hur besöken är fördelade mellan olika yrkeskategorier.

Tabell 6.1 Patientens första kontakt* med den specialiserade vården

Antal genomförda första kontakter under 2025 per yrkeskategori

Yrkeskategori	Antal	Procent
Läkare	1 979 279	79
Sjuksköterska	174 961	7
Barnmorska	64 498	2,5
Audionom	51 106	2
Fysioterapeut	45 546	1,8
Logoped	29 056	1,2
Psykolog	27 552	1,1
Kurator	19 593	0,8
Arbetsterapeut	17 844	0,7
Övriga	106 513	4,2
Totalt	**2 515 948**	

* Med kontakt avses fysiska besök, hembesök, distansbesök samt telefon-/brevkontakt.
Källa: SKR Utökad uppföljning av specialiserad vård, 2026-02-09.

6.3.2 Många får sitt första besök snabbt, men det finns också patienter som väntar betydligt längre på vård

Det finns inte någon region i Sverige som uppfyller vårdgarantin för alla patienter, som de ska enligt lag. Det finns patienter som väntar betydligt längre än vårdgarantins gränser.

Regionerna skiljer sig mycket från varandra, dels i geografisk och befolkningsmässig storlek, dels när det gäller till exempel demografisk sammansättning och intäkter. Dessa skillnader påverkar vilka förutsättningar regionerna har att organisera sin hälso- och sjukvård.[16] Hur länge en patient behöver vänta varierar därför mellan regionerna.[17]

Samtidigt som en del patienter väntar länge, så får många patienter sitt första besök i den specialiserade vården snabbare än vad som krävs enligt vårdgarantin. Det gäller i samtliga regioner. Vad gäller väntetiden till första besök hade mellan 76 och 93 procent av patienterna fått sitt besök inom 90 dagar under åren 2021–2025.[18] Medianväntetiden för samtliga regioner, från beslut om remiss till

[16] Det kommunalekonomiska utjämningssystemet syftar till att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla regioner i landet, oberoende av invånarnas inkomster, geografi, demografi eller socioekonomiska förhållanden.
[17] Genomsnittet för andelen väntande över 180 dagar för samtliga regioner var 18 procent.
[18] SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-02-11.

genomfört besök, har under samma period varierat mellan som lägst 20 dagar (juli 2021) till som högst 38 dagar (augusti 2022).[19]

6.3.3 Från besök till bedömning i primärvården

Som vi beskrivit i tidigare kapitel så ingick begreppet besök tidigare även i vårdgarantin inom primärvården. Den delen av vårdgarantin ändrades dock 2019 och numera omfattar vårdgarantin i primärvården i stället en medicinsk bedömning.[20] Vårdgarantin förändrades även genom att bedömningen inte längre måste göras av en läkare, utan kan göras av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

6.4 Behandlingsgaranti i den specialiserade vården

Behandlingsgarantin i vårdgarantin reglerar patientens rätt till en planerad operation eller behandling inom en viss tid.[21] Operationer och andra åtgärder inom den specialiserade vården omfattar många olika vårdinsatser, inom till exempel kirurgi, ortopedi, hjärtsjukvård, gynekologi och vuxenpsykiatri. Under 2025 rapporterades drygt en miljon operationer eller andra åtgärder i den specialiserade vården. Det vanligaste var åtgärder inom kirurgi, ortopedi och ögonsjukvård.[22]

6.4.1 De flesta får sin operation eller behandling i tid, men för en del patienter blir väntan lång

Väntetiderna till operation eller behandling varierar över året och mellan regionerna.[23] Andelen patienter som inte fått sin åtgärd i tid är som högst under sommarmånaderna. Sedan 2021 har mellan 77 och 95 procent av patienterna fått sin operation eller annan planerad åtgärd inom 90 dagar, efter beslut om behandling.[24] Under perioden

[19] Sedan 2021 registreras uppgifter om tillgänglighet till den specialiserade vården enligt en ny uppföljningsmodell, därför går det inte att göra jämförelser med tidigare år.
[20] 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821), PL och 9 kap. 1 § 2 p. HSL.
[21] 9 kap. HSL och 6 kap. HSF.
[22] SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-02-12.
[23] Genomsnittet för andelen väntande över 180 dagar för samtliga regioner var 20 procent. SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-02-12.
[24] Socialstyrelsen, ”Statistik om tillgänglighet i hälso- och sjukvård”, hämtad 2025-04-09.

2021–2025 varierade mediantiden från beslut om vård till operation eller annan åtgärd mellan som lägst 20 och som högst 36 dagar.[25] För en del patienter blir väntan lång. Under december månad 2025 hade cirka 50 000 personer väntat längre än 90 dagar på en operation eller annan åtgärd.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har följt upp efterlevnaden av patientlagen och patienters erfarenhet av vårdgarantin. Uppföljningen visade sämst resultat för frågan om patienten har blivit erbjuden behandling inom 90 dagar.[26]

6.5 Undersökningar, utredningar och återbesök ingår inte i dagens vårdgaranti

Undersökningar, utredningar och återbesök ingår inte i dagens lagstadgade vårdgaranti. När vårdgarantin blev författningsreglerad 2010 baserades den som ovan nämnt på den vårdgaranti som tidigare hade specificerats i överenskommelser mellan regeringen och dåvarande SKL. Enligt överenskommelsen hade landstingen ett åtagande att inom viss tid erbjuda kontakt och besök inom primärvården, ”samt planerade nybesök och behandling inom den specialiserade vården.”[27]

Av den proposition som låg till grund för lagregleringen av vårdgarantin framgår att det framför allt var brist på konsekvensanalyser och andra underlag som gjorde att förslaget till den lagstadgade garantin endast omfattade *första besök* och inte *återbesök*, liksom till att utredningar inte ingår i garantin. Avsikten var att vårdgarantin skulle breddas på sikt:

> Utredningens förslag innebär att vårdgarantins fyra delar blir föremål för lagstiftning, dock utan att de närmare tidsgränserna anges i lagen. Utredningen har gjort bedömningen att en framtida vårdgaranti i tidräkningen bör inkludera alla de åtgärder som är nödvändiga för att behandling ska kunna inledas samt att patienten inte ska behöva hålla reda på några andra regler än att vårdgarantin räknas från det tillfälle då man först tar kontakt med vården. Denna uppfattning delas av flera remissinstanser, som bl.a. framför att vårdgarantins tillämpningsområde bör utvidgas till att omfatta hela vårdförloppet. I nuläget saknas dock underlag och statistik för en konsekvensanalys av en sådan utvidgning och en sådan måste göras innan ytterligare steg för att förstärka vård-

[25] SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-02-12.
[26] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 52 och *En lag som kräver omtag*, 2021, s. 45 f.
[27] Prop. 2009/10:67, s. 37.

> garantin kan tas, t.ex. genom att även utredningstiden omfattas av vårdgarantin. Regeringen delar utredningens bedömning att det är vårdgarantin i dess nuvarande utformning med fyra avgränsade delar som bör bli föremål för lagstiftning.[28]

Bland annat Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har lyft fram att målsättningen för vårdgarantin bör vara att omfatta hela vårdkedjan, från undersökning, utredning och röntgen till rehabilitering och uppföljning, det vill säga även återbesök.

Även Tillgänglighetsdelegationen argumenterade för att vårdgarantin borde omfatta återbesök och på så vis gälla oavsett om besväret patienten söker för är nytt, eller känt sedan tidigare. Däremot ansåg utredningen inte att återbesök i form av planerade uppföljningar borde ingå i garantin. Ett viktigt skäl var att det skulle vara svårt att hitta en gemensam bortre tidsgräns för planerade uppföljningar, eftersom tiderna för dessa kan variera från några dagar till årliga uppföljningar.[29] Tillgänglighetsdelegationen föreslog vidare att vårdgarantin skulle utökas till att även omfatta undersökningar genom en särskild reglering, både i primär- och i den specialiserade vården och med en tidsgräns på 60 dagar.[30]

Vi kan konstatera att det saknas tydliga definitioner av såväl återbesök som undersökningar och utredningar. Nedan beskriver vi de definitioner som finns och används i dag. Av kapitel 7 framgår vår tolkning av begreppen.

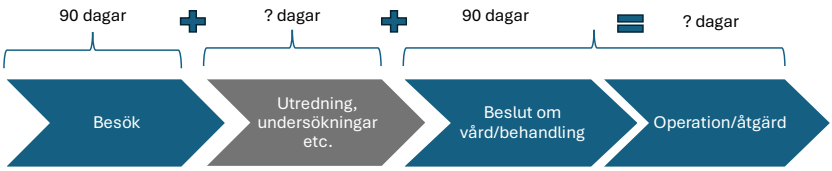
6.5.1 Undersökningar faller utanför vårdgarantins fyra nedslag

Att undersökningar inte ingår i vårdgarantin har att göra med att det bara är fyra nedslag i vårdkedjan som regleras. Två av dessa nedslag finns alltså inom den specialiserade vården, besöksgarantin om 90 dagar och behandlingsgarantin om lika lång tid. Som vi varit inne på ovan så innebär det att det finns delar i patientens vårdförlopp som vårdgarantin inte täcker. Det handlar i det här fallet om tiden efter besöket i den specialiserade vården. Det är vanligen då som utredningar sker och det tidsspannet regleras inte av vårdgarantin: vårdgarantins 90 dagars behandlingsgaranti börjar räknas först när

[28] Prop. 2009/10:67, s. 39.
[29] SOU 2022:22 s. 173.
[30] SOU 2022:22.

vårdgivaren har *beslutat* att den enskilde ska få den aktuella vården – alltså efter att eventuella utredningar har gjorts.[31] På så vis uppstår en lucka i vårdkedjan som gör att tiden för väntan på undersökningar eller utredningar inte ingår i garantin. Detta illustreras i figur 6.2 nedan. Den andra pilen i kedjan, ”utredning, undersökningar” ingår alltså inte i dagens vårdgaranti.

Figur 6.2 Utredningar och undersökningar omfattas inte av vårdgarantin



Begreppet undersökning och utredning

Det finns ingen lagreglerad definition av vad en undersökning är och begreppet finns inte med i Socialstyrelsens termbank. En undersökning definieras vanligen som en åtgärd som syftar till att hämta in och analysera information om patientens hälsotillstånd för att kunna ställa diagnos, besluta om lämplig behandling eller liknande.[32]

Utredningstiden, det vill säga tiden från utredningsstart till diagnos, kan inkludera flera olika undersökningar. Undersökning kan alltså betraktas som en åtgärd och tillsammans kan flera sådana utgöra en utredning av ett sjukdomstillstånd. Det kan också förekomma fall då endast en undersökning utgör hela utredningen.

Heltäckande statistik över väntetider till undersökningar saknas

Det är svårt att hitta uppgifter om hur långa väntetiderna till undersökningar är i den specialiserade vården. Statistiken är bristfällig – det finns bara uppgifter om väntetider till några typer av undersökningar och det är bara vissa regioner som rapporterar in dessa data.

Den statistik som utredningen har tagit del av visar att väntetiderna till undersökningar kan vara långa. Uppgifterna visar också regionala

[31] Som vi beskrivit ovan finns också fall då det inte är aktuellt att fatta beslut om vidare vård – undersökningen kan i sig vara målet med patientens vårdförlopp och något ytterligare beslut är då inte aktuellt.
[32] SOU 2022:22, s. 158.

skillnader och att väntetiderna varierar mellan olika typer av undersökningar.

Väntan på undersökningar: skopier

Sedan januari 2020 redovisar Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) information om väntetiderna till ett urval av undersökningar i den utökade uppföljningen av den specialiserade vården. De undersökningar som ingår är gastroskopi, koloskopi och övriga transluminala endoskopier, det vill säga skopier där ett endoskop används för att titta in i kroppen genom ett befintligt hålrum, till exempel undersökning av tarmens insida. Regionerna rapporterar dels in uppgifter om väntetider för de personer som fått sin undersökning genomförd den aktuella månaden, dels uppgifter om hur länge de personer som väntar på en undersökning (men ännu inte fått någon) har väntat vid samma tid. I tabell 6.2 nedan finns uppgifter om andelen patienter inom dessa båda kategorier för oktober 2025. Den generella medianväntetiden för samtliga skopi-undersökningar har varierat mellan 23 och 39 dagar under 2021–2025.

Tabell 6.2 Väntetid till undersökningar – skopier

Resultaten avser oktober 2025

	Genomförda	Väntande
Andel (%) inom 30 dagar	54	25
Andel (%) inom 60 dagar	76	36
Andel (%) inom 90 dagar	82	42
Medianväntetid (dagar)	28	143
Medelväntetid (dagar)	74	374
Totalt antal	**13 713**	**26 044**

Not: Måttet genomförda avser väntetiden bland de personer som fick sin undersökning genomförd i oktober 2025. Måttet väntande avser hur länge de personer som står på väntelistan till en undersökning (men ännu inte fått någon) i slutet av oktober 2025 hade väntat.

Källa: www.vantetider.se. Data hämtad 2026-02-10.

Väntan på undersökningar: bild- och funktionsmedicin samt klinisk neurofysiologi

Utöver redovisningen av väntan på skopier så pågår det ett arbete på SKR med att följa upp väntetider inom bild- och funktionsmedicin samt inom klinisk neurofysiologi. I rapporteringen ingår 11 olika undersökningar. Rapporteringen är frivillig för regionerna och det är inte alla som rapporterar in uppgifterna. Det saknas information om täckningsgraden, det vill säga hur komplett data är för de olika undersökningarna. Resultaten är alltså inte jämförbara över tid eftersom underlaget för rapporteringen kan skilja sig åt. Det saknas även information om kvaliteten på data, bland annat i vilken utsträckning regionerna rapporterar på samma sätt.

Rapporteringen visar att väntetiderna till de olika undersökningarna varierar, se tabell 6.3 nedan. Det finns även regionala skillnader i väntetiderna till de olika undersökningarna.

Tabell 6.3 Väntetid till undersökningar – bild- och funktionsmedicin samt klinisk neurofysiologi

Andel (procent) av genomförda undersökningar som gjordes inom 30, 60 respektive 90 dagar i oktober 2025

	Inom 30 dagar	Inom 60 dagar	Inom 90 dagar
Arbets-EKG	59	84	91
Datortomografi	70	87	92
Elektroencephalografi EEG	54	85	91
Elektromyografi EMG	33	68	80
Långtids-EKG / Holter EKG	34	73	83
Magnetresonanstomografi-undersökningar (MR)	48	75	83
Myocardscintigrafi	44	78	87
PET CT	73	90	94
Spirometri	44	84	88
Ultraljud carotis (halskärl)	82	87	90
Ultraljud hjärta	42	58	67

Källa: www.väntetider.se. Data hämtad 2026-02-10.

Indikatorer i kvalitetsregister kan ge en uppfattning om väntetiden till vissa undersökningar

Det finns drygt 100 nationella kvalitetsregister i Sverige. Vilka uppgifter som registreras varierar mellan olika register. Varje register har valt ut vilka frågor som är viktiga att få svar på vid just den sjukdomen eller behandlingen. Vissa kvalitetsregister innehåller data som kan ge en uppfattning om hur väntetiderna till olika undersökningar ser ut. Nedan redovisas några exempel.

Väntan på undersökningar: demens[33]

Medianväntetiden från remiss eller kontaktdatum till starten för en demensutredning inom den specialiserade vården var 21 dagar under 2024. Kvalitetsmålet för vårdförloppet vid misstänkt demens är 30 dagar från remiss eller kontakt till utredningsstart, vilket 40 procent av specialistenheterna i landet klarade under 2024.

År 2024 var utredningstiden för demens 57 dagar i median inom den specialiserade vården. Även här är kvalitetsmålet 30 dagar. Det förekommer regionala skillnader. Dessa skillnader skulle kunna bero på vilka typer av och antal undersökningar som utförts i utredningen eller andra orsaker.

Väntetiden från beslutad remiss till fastställd demensdiagnos var 2024 i snitt 107 dagar. Även här förekommer regionala skillnader.

Väntan på undersökningar: inflammatoriska reumatiska ledsjukdomar

Personer med inflammatoriska reumatiska ledsjukdomar behöver få diagnos så tidigt som möjligt för att kunna erbjudas en effektiv läkemedelsbehandling och därmed färre permanenta skador. Det är en specialiserad vårdverksamhet som ställer diagnosen, med hjälp av patientens sjukdomshistoria, kliniska undersökningar och laboratorieundersökningar, ibland med stöd av bilddiagnostik.[34]

[33] Samtliga uppgifter i avsnittet är hämtade från Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem), *Årsrapport 2024*.
[34] Socialstyrelsen, *Rörelseorganens sjukdomar – Utvärdering av vården vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar*, 2024.

Indikatorn *tid till diagnos* mäter tidig diagnostik vid reumatoid artrit, närmare bestämt hur stor andel av alla registrerade nydiagnostiserade personer som fått en diagnos fastställd av en specialiserad vårdverksamhet inom 20 veckor efter symtomdebut.

Det är viktigt att kunna ge patienten en diagnos tidigt. Socialstyrelsen har därför bestämt en nationell målnivå som går ut på att minst 70 procent av patienterna bör få en diagnos inom 20 veckor. Under 2022 nådde inte hälso- och sjukvården upp till den fastställda målnivån. Utfallet för den totala andelen patienter var 53 procent.[35]

Väntan på undersökningar: hjärtsvikt

Enligt kriterier som beskrivs i det nationella vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt bör en ekokardiografiundersökning[36] göras inom 14 dagar för patienter med mer allvarliga symtom och högt NTproBNP-värde[37] (högprioriterade remisser) och inom 30 dagar för övriga. I Socialstyrelsens rapport Låt hjärtat orka längre – nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt har verksamheter i regionerna som utför ekokardiografiundersökningar lämnat uppgifter om den genomsnittliga väntetiden till ekokardiografi (medeltid). Av 35 verksamheter (svarsfrekvens 50 procent) kunde 22 verksamheter ta fram statistik på exakta väntetider. Resterande 13 verksamheter har uppskattat svaret. Sett till hela riket varierar den genomsnittliga väntetiden till ekokardiografi från under fem dagar till sex månader. Medeltiden var under eller lika med 30 dagar för 19 av 35 verksamheter men spridningen var stor.[38]

Tid från debut till diagnos: multipel skleros (MS)

MS-registret mäter tid till diagnos från tid för sjukdomsdebut, vilket är den tidpunkt då läkare bedömer att symtom förenliga med MS började. Mediantiden mellan sjukdomsdebut och diagnos var knappt 5 månader (140 dagar) 2023.[39] Det finns skillnader mellan regionerna

[35] Ibid.
[36] Under en ekokardiografi undersöks hjärtat med ultraljud.
[37] N-terminal pro–B-type natriuretic peptide är en blodmarkör som används för att utvärdera hjärtats funktion och stödja diagnostik av hjärtsvikt samt andra hjärt- och kärlsjukdomar.
[38] Socialstyrelsen, *Låt hjärtat orka längre – nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt*, 2024.
[39] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer 2025 – Utvärdering av vården vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom*, 2025.

vad gäller tid till MS-diagnos. I vissa regioner var mediantiden från debut till diagnos strax under hundra dagar de senaste sex åren, men i andra regioner var motsvarande tid mer än 200 dagar.[40]

Synpunkter om att inkludera undersökningar i en ny vårdgaranti

Väntan på undersökningar kan ofta förlänga patientens totala väntan på vård. Det kan till exempel vara uppemot 8 månaders väntetid på en röntgenundersökning. Ibland är det granskningen av provsvaret som tar tid. ”Det finns kapacitet att utföra undersökningen men inte att hantera svaret.”

Vi har fått in synpunkter om att undersökningar borde omfattas av vårdgarantin, eftersom det i dag är möjligt att uppfylla vårdgarantin, samtidigt som vårdförloppet för patienten överskrider 180 dagar. Detta beror bland annat på luckan i vårdkedjan som vi beskriver ovan, som gör att undersökningar och utredningar inte ingår i vårdgarantin. Det har även framkommit att en del av kapacitetsbristen i hälso- och sjukvården beror på att vårdkedjorna blir så långa så att undersökningar behöver göras om flera gånger.

Undersökningar ingår i vårdgarantin i nordiska grannländer

En utblick till våra grannländer visar att undersökningar omfattas på olika sätt av vårdgarantin i samtliga tre nordiska grannländer – Norge, Danmark och Finland – men på olika sätt.

I den norska vårdgarantin omfattas undersökningar av den lagreglerade vårdgarantin genom att patienten inom tio arbetsdagar efter remiss ska få skriftligt besked om (avslag eller) när en utredning eller behandling ska inledas. Sedan gäller en individuell tidsfrist för när vården faktiskt ska bli av, när patienten ska få nödvändig sjukvård.

I Danmark gäller att patienten ska få information om tid och plats för undersökning och behandling inom åtta dagar efter remiss. En patient som remitterats till undersökning på sjukhus ska genomgå utredning inom en månad om det är medicinskt möjligt. Om det inte är möjligt ska en plan för vidare utredningsförlopp tas fram. Om regi-

[40] Ibid.

onen inte kan erbjuda utredning inom en månad kan patienten välja annan offentlig eller privat vårdgivare som har avtal med regionen.

Även Finland inkluderar undersökningar i sin lagreglerade vårdgaranti genom att fastslå att bedömning och beslut om vård inom den specialiserade vården ska ges inom tre veckor från remiss. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska dessa göras inom tre månader.

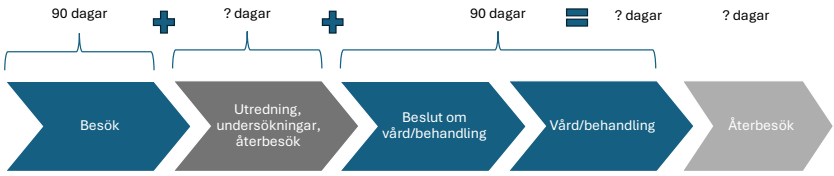
Undersökningar ingår i vissa regionala målsättningar för väntetider

Som framgått ovan omfattas även utredningar såsom röntgen, tester och prover av vårdgarantin i Halland. Det innebär att undersökningar, till exempel röntgen och provtagning, ska ske inom 60 dagar. I Region Jönköpings län finns ingen målsättning för undersökningar men i Region Stockholm finns som ovan nämnt minnes-, dyslexi- och neuropsykiatriska utredningar utvalda som undersökningar som ingår i den regionala målsättningen om maximalt 90 dagars väntan.

6.5.2 Även återbesök ligger utanför vårdgarantin

Återbesök kan ske vid olika tillfällen under patientens vårdförlopp. Liksom vad gäller undersökningar och utredningar så hamnar återbesöken i ”luckor” i vårdförloppet, det vill säga utanför de två nedslag som ingår i vårdgarantin i den specialiserade vården. Se illustration av detta i figur 6.3 nedan, där återbesök finns i de gråa pilarna i figuren.

Figur 6.3 Återbesök omfattas inte av vårdgarantin



Begreppet återbesök är inte reglerat i lag

Det finns inte någon lagstadgad definition av återbesök. I Socialstyrelsens termbank definieras begreppet som öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare vårdbesök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde, vårdcentral eller motsvarande.[41]

Enligt SKR är återbesök en slags ”restpost” som inkluderar de kontakter som inte klassas som första kontakt, operation eller åtgärd, undersökning eller akut kontakt. Det går inte att urskilja i statistiken hur stor del av återbesöken som till exempel utgörs av planerade uppföljningar och hur stor del som är andra typer av återbesök.

SKR har tagit fram en promemoria som fungerar som en lathund i bedömningen av vilka besök som kan klassas som återbesök inom den specialiserade vården och hur dessa besök kan följas upp.[42]

Uppföljning av återbesöken genom medicinskt måldatum

Återbesöken står för en stor del av den specialiserade vårdens insatser. Under 2025 rapporterades cirka 12,7 miljoner genomförda återbesök. Det kan jämföras med cirka 2,5 miljoner första besök och drygt 1 miljon genomförda operationer, eller andra åtgärder, under samma period.

Väntetiderna för återbesök följs upp utifrån medicinskt måldatum. Medicinskt måldatum är den tidpunkt i en vårdprocess då beslutade hälso- och sjukvårdsåtgärder bör inledas. Det medicinska måldatumet talar alltså i det här fallet om när återbesöket senast ska ske. Det är legitimerad vårdpersonal som bedömer datumet utifrån patientens

[41] Socialstyrelsen, ”Socialstyrelsens termbank” (återbesök), hämtad 2026-03-31.
[42] SKR, *PM för arbetssätt för uppföljning av återbesök i specialiserad vård kopplat till rapportering av tillgänglighet till SKR*, 2023-11-17.

medicinska tillstånd. Måldatumet kan infalla före eller efter vårdgarantins tidsgränser och kan ändras om patientens tillstånd förändras. Under åren 2021–2025 genomfördes cirka 80 procent av återbesöken inom medicinskt måldatum, när man ser till samtliga regioner tillsammans.

Återbesök har ingått som prestationskrav i överenskommelser om ökad tillgänglighet

Under åren 2020, 2022 och 2023 ingick återbesök som ett av de prestationsbaserade kraven i överenskommelserna om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården mellan regeringen och SKR.[43] Som framgått av kapitel 4 var avsikten från parterna att inkludera fler delar av vårdkedjan än dem som vårdgarantin täcker och att i större utsträckning kunna följa upp måldatum som utgår från medicinska behov.

Enligt Socialstyrelsens uppföljning av 2022 års överenskommelse uppfyllde 11 regioner kravet för återbesök för samtliga månader. Sex regioner uppfyllde inte kravet för någon av månaderna.[44]

Blandade synpunkter om att ha med återbesök i en ny vårdgaranti

Vi har fått in olika synpunkter på tanken om att ha med återbesök i vårdgarantin. Vissa menar att det redan är tyngdpunkt mot återbesök i hälso- och sjukvården eftersom den absoluta majoriteten av alla besök består av sådana, cirka 80 procent. ”Det bör inte införas fler incitament för återbesök”. Andra menar att man borde, eller till och med måste, inkludera återbesök i vårdgarantin – det skulle minska risken för konflikt mellan prioriteringsplattformen och vårdgarantin.

Vi konstaterar att det faktum att återbesök inte har någon lagstadgad definition innebär att begreppet kan ha olika innebörd för olika aktörer. Det kan i sin tur vara en del av förklaringen till de olika synpunkterna.

[43] Som framgått av kapitel 4 ströks dock samtliga prestationskrav för 2020 i mars det året, på grund av pandemin. I praktiken har återbesök alltså varit med i två års överenskommelser, 2022 och 2023.
[44] Socialstyrelsen, *Uppföljning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022*, 2023.

Återbesök i andra nordiska länders vårdgarantier

I Danmark författningsregleras inom vilken tid patienten ska få information om tid och plats för undersökning, genomgå utredning och erbjudas behandling. Återbesök ingår däremot inte i uttryckligen danska vårdgarantin.

I Finland lagregleras inom vilken tid patienten ska få kontakt med primärvården, bedömning av vårdbehovet, undersökningar och behandling. Inte heller här nämns återbesök särskilt som att det ingår i vårdgarantin.

I Norge lagregleras inom vilken tid patienten ska få besked om rätten till vård och inom vilken tid den specialiserade vården ska fastställa en individuell tidsfrist för vården. Inte heller här nämns återbesök särskilt.

6.6 Differentierad vårdgaranti

Vi ska ta fram en vårdgaranti som utgår från patientens behov. Som ett led i detta har vi tagit ställning till om det är önskvärt att införa en lagstadgad, differentierad vårdgaranti och hur en sådan i så fall skulle kunna utformas.

Dagens författningsreglerade vårdgaranti gäller, åtminstone i teorin, för alla patienter, oavsett diagnos, grad av sjukdom, ålder eller kön. Garantin anger yttre, bortre tidsgränser för när vissa nedslag i vårdkedjan *senast* ska äga rum. Vid sidan av den lagstadgade vårdgarantin finns regionala målsättningar, överenskommelser om tidsgränser för väntan inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), samt vad gäller cancer även standardiserade vårdförlopp. Dessa utgör på sätt och vis differentieringar av vårdgarantin – dock inte lagstadgade sådana.

6.6.1 Vad är en differentierad vårdgaranti?

En differentierad vårdgaranti definierar vi som en vårdgaranti som inte är likadant utformad för alla patienter. Här skulle man kunna tänka sig att den som har störst behov av vård ska ha en särskild vårdgaranti, med kortare tidsgränser än andra grupper. Samtidigt är det naturligt att argumentera för att det inte behövs – en patient med

större behov av vård ska ju enligt portalparagrafen och prioriteringsplattformen ändå få vård tidigare och prioriteras framför andra.

En avsikt med en differentierad vårdgaranti kan vara att ge särskild uppmärksamhet åt en viss patientgrupp. I Norge och Danmark har man till exempel valt att ha särskilda tidsgränser för personer med cancer (Danmark) respektive unga personer med psykisk ohälsa eller missbruk (Norge). Norges individuella tidsgränser kan också sägas vara en form av differentiering utifrån brådskandegrad. Det är två exempel på differentierade vårdgarantier.

Vi har sammanställt följande alternativ för differentierade vårdgarantier – det går även att tänka sig fler, eller kombinationer av nedan:

- Differentiering efter diagnos eller vårdområde, som till exempel i Norge och Danmark. Att föreslå en särskild lagstadgad tidsgräns för planerad vård inom BUP, som vi gör i kapitel 8, utgör exempel på en differentiering.
- En medicinsk differentiering av vårdgarantin, som den i första punkten, kan också göras mer individuell genom att länkas samman med den remissbedömning som görs i den specialiserade vården när remissen inkommer dit.
- Differentiering genom att ha olika tidsgränser för de olika leden i vårdkedjan – ett visst antal dagar för dagens besök eller bedömning och ett annat antal dagar för operation eller behandling. Om fler delar av vårdkedjan inkluderas i vårdgarantin, som utredningar eller undersökningar och återbesök, så kan de också ha särskilda tidsgränser.
- En viss andel av patienterna ska få vård inom en viss tid – som SVF är uppbyggda. Exempel: 80 procent av patienterna ska få vård inom X dagar.
- Differentiering med fokus på de patienter som väntat länge på vård.
- Differentiering efter principen om att stor svårighetsgrad och stor nytta bör ge vård snabbt. Då är tanken att lägga mer resurser på lindrigare behov, för att det inte ska bli resurskrävande i ett senare skede.

- Differentiering genom att vårdgarantin inte gäller för alla delar av vården. Vård som inte bör göras bör inte heller omfattas av vårdgarantin (kloka kliniska val).

6.6.2 Synpunkter om differentierad vårdgaranti

Under utredningens gång har det framkommit synpunkter om att en differentierad vårdgaranti, som utgår från diagnos eller diagnosgrupp, riskerar att leda till undanträngning. En sådan kan också föra med sig omfattande byråkrati. ”Det riskerar att bli en jättestor byråkratisk koloss.” Den generella vårdgarantin anses i stället ge behövligt spelrum till professionen.

Flera har fört fram synpunkten att en vårdgaranti behöver vara rimligt enkel – en differentierad kan bli för krånglig. Samtidigt har vi också tagit till oss att en differentierad vårdgaranti skulle kunna skapas för vissa tillstånd som inte kan vänta, till exempel utredning eller behandling av vävnader.

Flera har varit positiva till att ha en kortare tidsgräns för medicinsk bedömning (som i så fall ersätter besök i vårdgarantin) och en betydligt längre för behandling. ”Det är viktigt att det blir fokus på den medicinska prioriteringen och till den skulle man kunna ha en kortare tidsgräns.” Differentieringen ligger då i att det är olika tidsgränser för olika delar av vårdkedjan.

6.7 Patientens rätt till information och stöd när vårdgarantin inte uppfylls

Information är viktigt för patienten. Det är angeläget för många att få veta *när* man kommer att få vård. Att slippa osäkerhet kring när man kommer att få en kallelse till exempelvis en undersökning eller en behandling ger ökad trygghet och bättre möjligheter till egen kontroll och planering. Detta var ett viktigt skäl till att en plikt om att informera patienten om vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård, skrevs in i patientlagen.[45]

Trots den lagstadgade rätten till information upplever många patienter att de inte får den information de behöver, eller i rätt tid.

[45] Prop. 2013/14:106, bet. 2013/14:SoU24, rskr. 2013/14:327 och 3 kap. PL.

Vidare är informationen om vårdgarantin ofta bristfällig och inte tillräckligt anpassad till patientens situation eller förutsättningar.[46] Många känner inte heller till sina möjligheter att få vård i en annan region när hemregionen inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser. Kvaliteten i och omfattningen av informationen varierar dessutom både inom och mellan regioner.

6.7.1 Såväl patient- som professionsföreningar lyfter fram vikten av information och besked till patienten

Det finns en enighet kring att information och besked till patienten är ett område som behöver förbättras. Flera aktörer beskriver att patienten inte i tillräckligt hög utsträckning får veta hur lång väntan han eller hon kan förvänta sig på undersökningar, utredningar, besök, operation eller behandling. Vi har blivit uppmanade att i utredningen stärka informationen till patienten – det är viktigt med tydlighet mot patient. Vidare har vi bland annat tagit till oss:

- Den tid som patienten väntar på information skulle kunna vara mycket kortare än i dag. Informationen behöver ges så att den kan förstås. Det viktigaste är att få information, inte av vem.
- Det vore bra att inkludera information som en del av vårdgarantin.
- Patienter efterfrågar information och en namngiven kontakt. Exempelvis en garanti om att få träffa en namngiven person efter ett visst antal dagar.

6.7.2 Otydlig information om vårdgarantin

En majoritet av patienterna upplever att de aldrig har fått information om vårdgarantin i sina kontakter med vården.[47]

Utredningen konstaterar att det finns allmän information om vårdgarantin på 1177.se[48] och i flera regioner finns ytterligare infor-

[46] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015. Se kapitel 5 för beskrivning av dessa rättigheter, samt 3 kap. 4 § PL.
[47] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2017.
[48] 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.

mation om vårdgarantin hos vårdgivarna. Däremot är det inte lätt att hitta mer detaljerad information om hur regionen eller vårdenheten agerar för att hålla tiden eller hur patienten kan göra för att få hjälp med vårdgarantin.[49] Hur regionerna arbetar med att informera väntande patienter varierar, inklusive vid vilken tidpunkt det sker.[50]

6.7.3 Ett stort ansvar läggs på patienten

För att patienten ska kunna få vård utförd av en annan vårdgivare, när hemregionen inte kan uppfylla vårdgarantin, behöver patienten känna till vårdgarantin och själv vara aktiv och ta kontakt med ansvarig vårdenhet, vårdlots eller motsvarande för att efterfråga vård hos någon annan vårdgivare. Det är en bild som framkommit under utredningens samtal med olika aktörer. Vi 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.

När ansvaret för att söka vård hos någon annan vårdgivare läggs på patienten riskerar vården att bli ojämlik. Det är väl känt att patienter har olika förutsättningar att ta till sig information. Det kan till exempel handla om språksvårigheter eller funktionsnedsättningar. Om det framför allt är resursstarka individer som i praktiken nyttjar vårdgarantin blir vården inte lika tillgänglig för alla.

6.7.4 Bristande kunskap om patienters rättigheter

En förklaring till att ett stort ansvar läggs på patienten är att medarbetare i vården inte har tillräcklig kunskap om patienters rätt att bli hänvisade vidare. I många regioner saknas rutiner för att informera och stödja väntande patienter om rätten att bli hänvisade till vård hos annan vårdgivare, när väntan riskerar att bli för lång.[51]

Socialstyrelsen har ett generellt ansvar för att ta fram kunskapsstöd inom områden där hälso- och sjukvården behöver vägledning.[52]

[49] SOU 2021:59 s. 153.
[50] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, 2024.
[51] SKR, *Projekt hänvisning 2021*, 2022.
[52] 4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

När det gäller vårdgarantin har Socialstyrelsen tagit fram en handbok om skyldigheten att informera och göra patienten delaktig. Handboken togs fram 2015 och behandlar bland annat vårdgivarens ansvar för att informera om vårdgaranti och val av utförare.[53] Utredningen har inte kunnat hitta något senare kunskapsstöd som behandlar vårdgivarnas informationsansvar.

6.8 Hinder för att få vård i en annan region

Det är inte ovanligt att det dröjer till vårdgarantins yttersta gräns innan regionen hjälper patienten till en alternativ vårdgivare – om den gör det. Det innebär att det är för sent för patienten att få tid hos en annan vårdgivare inom vårdgarantins gräns om 90 dagar.

Skillnader i väntetider inom en och samma region och även mellan närliggande regioner, tyder på att regionernas samverkan kring väntande patienter kan bli bättre.

6.8.1 Lagtexten lämnar utrymme för tolkningar

För att vårdgarantin ska kunna uppfyllas behöver regionerna ta initiativ tidigt för att patienten ska få tid för besök och behandling inom tidsgränserna. Nuvarande lydelse i HSL öppnar för olika tolkningar:

> Om regionen inte uppfyller garantin enligt 1 § 3 eller 4, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.[54]

Formuleringen *om regionen inte uppfyller* kan tolkas som att det är först när tidpunkten för garantin inträffat, det vill säga när 90 dagar har passerat, som regionen ska hjälpa patienten att få vård hos en annan vårdgivare, och att det är först då som regionen ska stå för eventuella merkostnader som uppstår i samband med den vården. En sådan tolkning kan dock inte anses vara i enlighet med lagstiftarens intention med bestämmelsen. Av författningskommentaren framgår att regionen ska hjälpa patienten att få vård inom vårdgarantins gränser, och om regionen själv inte klarar det, ska den hjälpa patienten till vård hos en annan vårdgivare:

[53] Socialstyrelsen, *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*, 2015.
[54] 9 kap. 2 § HSL.

> Om landstinget inte uppfyller utfästelserna i vårdgarantin /…/ ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare inom eller utom landstinget utan extra kostnad för patienten. Om det vid tiden för remissen till den specialiserade vården eller beslutet om planerad vård är troligt att vårdgarantins längsta godtagbara väntetider kommer att överskridas ska landstinget hjälpa till med att ordna besök eller behandling inom rätt tid hos någon annan vårdgivare.[55]

Vad som avses med formuleringen *utan extra kostnad för patienten* är inte preciserat i förarbetena. Enligt utredningens bedömning innebär skrivningen rimligtvis att en patient som får vård i en annan region inte ska behöva betala mer än om hemregionen klarat vårdgarantin och patienten fått sin vård där. Riksavtalet anger inte uttryckligen vilka kostnader (som till exempel kostnader för resor och övernattning) som patienten ska ersättas för.[56]

Vi konstaterar att regionerna hanterar utomlänsvården och vilka kostnader patienten ska ersättas för på olika sätt. Regionerna bedömer behovet av övernattningar olika och ersätter dessa i olika hög utsträckning. Regionerna gör också olika bedömningar i fråga om behovet av taxiresa mellan sjukhuset och flygplatsen.

6.8.2 Det finns många avtal men de används för lite

Regionerna har sammanlagt över 500 vårdavtal som är upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU. Lika många är upphandlade enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962), LOV.[57] Avtalen är tecknade med privata vårdgivare.[58]

Regionernas avtal skulle kunna användas i betydligt större utsträckning. Detta var något vi konstaterade i den promemoria som vi överlämnade till regeringen i januari 2025.[59] Det gäller såväl de avtal som regionerna har med varandra, som de avtal som regionerna har ingått med privata vårdgivare.

---

[55] Prop. 2009/10:67, s. 79.
[56] SKR, *Riksavtal för utomlänsvård med giltighetstid från 1 september 2025*, 2025.
[57] SOU 2021:80, s. 493.
[58] 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.
[59] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården*, 2025.

Det finns framför allt tre skäl till att avtalen inte används i större utsträckning:

1. Ekonomiska skäl: vissa regioners ekonomiska situation gör att de hellre ställer en patient i kö, än erbjuder vård hos en annan vårdgivare via ett befintligt avtal.
2. Brist på kunskap: det förekommer att det saknas kunskap om vilka avtal som finns inom och utanför den egna regionen.
3. Administrativa skäl: det kan vara administrativt komplicerat att använda andra regioners avtal.[60]

Vi kan också konstatera att systemet med ett riksavtal, mellanlänsavtal och regionavtal inte främjar en användning av andra regioners avtal.[61]

I promemorian föreslog vi medel till samtliga regioner för att förstärka deras vårdgarantifunktioner, samt ett uppdrag till Upphandlingsmyndigheten att stödja regionerna med de administrativa hinder som gör att vårdavtal inte utnyttjas fullt ut.[62]

Genom beslut om uppdrag till Socialstyrelsen i februari 2025 beslutade regeringen att 100 miljoner kronor ska delas ut till regionernas vårdgarantifunktioner, i enligt med vårt förslag.[63]

6.8.3 En del patienter väljer vård i sin egen region framför kortare väntan

Av de patienter som får ett erbjudande om vård i en annan region finns det en andel som tackar nej, trots att det kan innebära en längre väntetid. Det kan handla om en önskan från patientens sida att få vård nära sitt hem. Det kan också handla om en osäkerhet kring om patienten får ersättning för de kostnader som uppstår i samband med resan. Vidare är det viktigt med framförhållning för att patienten ska kunna tacka ja. Det finns också patienter som har behov av att ha någon som följer med på resan, det behovet kan finnas både hos äldre och yngre patienter. Dessutom kan det finnas behov av ersättning

[60] Ibid.
[61] Ibid.
[62] Ibid.
[63] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna, S2025/00401.

för förlorad tjänst om patienten har ett arbete och behöver ta ledigt för att kunna resa till en annan region för att få sin vård.

Socialstyrelsen arbetar med att skapa mer likvärdiga förutsättningar och minska ekonomiska hinder för patienter att få vård utanför hemregionen. Vi återkommer till frågan om kringkostnader i kapitel 14.

Sammantaget är det inte självklart för alla patienter att tacka ja till ett erbjudande om att få vård i en annan region. Detta betonar vikten av att varje region, så långt det är möjligt, arbetar aktivt med kapacitetsplanering så att befolkningens vårdbehov tillgodoses.

7 Förslag och bedömningar för en behovsstyrd vårdgaranti

7.1 En behovsstyrd vårdgaranti för fler patienter

Vi ska ta fram en ny och stärkt vårdgaranti för den specialiserade vården med väsentligt kortare tidsgränser än i dag. För barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) är uppdraget mer specifikt än så – en särskild tidsgräns för vårdgarantin inom det området avhandlar vi därför i nästa kapitel (kapitel 8). Med undantag för den tidsgränsen så gäller förslagen i det här kapitlet även för BUP.

Den nya vårdgarantin ska utgå från patientens behov. Redan i dag är patientens behov tydligt inskrivet i hälso- och sjukvårdslagens (HSL:s) portalparagraf – den som har störst behov av vård ska få vård först.[1] Den etiska plattformen är beslutad av riksdagen och utgör grunden för prioriteringar i vården.[2] Vårdgarantin i sig innebär inte någon prioritering mellan olika patienters behov av vård eller åtgärder. Garantin är lika för alla. Regleringen har bland annat fått kritik för att främst vara relevant för patienter med mindre besvär – de som har större besvär prioriteras redan enligt portalparagrafen.

I vårt förslag till vårdgaranti utgör remissgranskningen, information till patienten och de medicinska bedömningar som görs därefter grunden för en behovsstyrd vårdgaranti. En individuell bedömning och prioritering inleder redan i dag patientens kontakt med den specialiserade vården, via den remissgranskning som i princip alltid sker. Därmed innebär våra förslag ingen utvidgning av uppgiften för vårdens medarbetare, men de synliggör stegen remissgranskning och prioritering som en inledande del av vårdgarantin. För patienten blir det en extra trygghet att remissgranskningen, som i dag regleras genom regionala avtal och lokala rutiner, i stället blir en del av vård-

[1] 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[2] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

garantin. Det ökar förutsättningarna för en jämlik vård i hela landet och även för uppföljning och tillsyn.

För att uppfylla inte bara den enskilda patientens behov utan nå behovsstyrd vård för hela befolkningen, är det viktigt att se till *fler* patienters behov. I dag är det i praktiken bara en liten del av patienterna som omfattas av vårdgarantin. Det är problematiskt och har lyfts till utredningen från flera olika håll. Vårt förslag till vårdgaranti är konstruerat för att inkludera fler patienter och deras behov. Vi gör det till exempel genom att inkludera undersökningar och återbesök i vårdgarantin.

Vårdgarantin har kritiserats för att medföra undanträngningseffekter – att patienter med lindrigare medicinska behov får företräde framför patienter med större behov, genom att sådant som ingår i vårdgarantin tränger undan delar av vårdförloppet som *inte* ingår. Vår bedömning är att risken för undanträngningseffekter inte går att eliminera helt. Vi menar samtidigt att risken för sådana effekter minskar med våra förslag eftersom vi inkluderar fler delar av vårdkedjan och fler patienter. Det finns med vår föreslagna vårdgaranti färre möjliga scenarion där patienter *kan* trängas undan. Detta är i linje med vad Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kommit fram till – att mäta och inkludera en större del av vårdkedjan i vårdgarantin minskar risken för undanträngning av sådant som i dag inte ingår, exempelvis undersökningar.[3] Vi lämnar inte förslag på ekonomiska incitament kopplade till vårdgarantin, eftersom sådana historiskt förknippats med ökad risk för undanträngningseffekter.

En behovsstyrd vård innebär också att patienten möter den hälso- och sjukvårdspersonal som har rätt kompetens för patientens behov i varje enskilt fall. Utredningens förslag innebär att besöksgarantin ändras till en bedömningsgaranti och att större flexibilitet skapas för hur vården förmedlas. Digitala lösningar kan användas när sådana är lämpliga.

I dag nämns tillgänglighet i två bestämmelser i HSL.[4] Ingen av dessa reglerar dock regionens skyldighet att organisera och planera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet. Vi bedömer att en sådan reglering behöver införas för att förtydliga regionernas ansvar för tillgänglighet i vården.

[3] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Låt den rätte komma in*, 2014, s. 230 och 239.
[4] Dels i 5 kap. 1 § 5 som en av grundpelarna i begreppet god vård, dels i 13 a kap. 1 § 2 som en del av primärvårdens grunduppdrag.

Det är viktigt att ha med sig den bakgrund som vi beskriver i tidigare kapitel, framför allt det vi lyfter fram i kapitel 3: att prioriteringar i hälso- och sjukvården sker utifrån den etiska plattformen och portalparagrafen i HSL. Samtidigt råder LEON-principen – vård ska ges på den lägsta nivån som är effektiv för patientens behov, inte per automatik i den specialiserade vården med andra ord. Systemet för kunskapsstyrning, med dess verktyg som nationella riktlinjer, vårdprogram och standardiserade arbetssätt behövs för att verkställa prioriteringarna i beslut och för att rangordna insatser. Vi föreslår inga ändringar i dessa system utan vill tvärtom lyfta fram dem som viktiga förutsättningar för våra förslag.

7.1.1 En vårdgaranti med kortare tidsgränser ska också uppfyllas

En vårdgaranti med väsentligt kortare tidsgränser än i dag bör samtidigt vara en vårdgaranti som kan uppfyllas. Den formuleras i lag och är således inte frivillig, utan obligatorisk för regionerna att uppnå. Här är utmaningen stor – vårdgarantin uppfylls i praktiken inte till hundra procent av någon region i dag. Det finns också utmaningar med att veta hur långa väntetiderna till vård är. Allmänt kan sägas att patienter med stort behov av vård får vård snabbt. Andra får vänta betydligt längre och många får vänta för länge.

Medan utredningen pågått har ansvaret för att utveckla och förbättra väntetidsstatistiken ändrats. Det har även skett förändringar i ansvaret för databasen. En förhoppning är att dessa förändringar framöver kan bidra till förbättrad datakvalitet.

Det finns kapacitet i vården som behöver användas bättre

Vi föreslår tidsgränser som är väsentligt kortare än i dag. Hur ska de kunna nås? En del av svaret är att det finns kapacitet i vården som kan användas bättre än i dag. Regionerna behöver stärka sitt interna arbete med kapacitets- och produktionsplanering. Vidare kan regionernas olika typer av vårdavtal nyttjas i betydligt större utsträckning. Detta var något som vi konstaterade redan i den promemoria som vi överlämnade till regeringen i januari 2025, se bilaga 3.[5] Det gäller

[5] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården*, 2025 (bilaga 3).

såväl de avtal som regionerna har med varandra, som de avtal som regionerna har ingått med privata vårdgivare. Det är vår övertygelse att om dessa befintliga avtal nyttjades bättre skulle fler patienter få vård i tid.

Ytterligare en del av svaret, som delvis hänger ihop med ovan, är att regionerna behöver bli bättre på att i rätt tid och på ett effektivt sätt hjälpa patienten att få vård i en annan region. Det är inte ovanligt att det dröjer till vårdgarantins yttersta gräns innan regionen hjälper patienten till en alternativ vårdgivare – och det varierar stort mellan regionerna om och på vilket sätt den hjälpen tillhandahålls. Det innebär att det ofta blir för sent för patienten att få tid hos en annan vårdgivare inom vårdgarantins gräns om 90 dagar. Vi föreslog i promemorian att regionerna skulle få ökade resurser för att utveckla ett mer strukturerat arbetssätt för att vid behov hänvisa väntande patienter vidare till en vårdgivare med ledig kapacitet. Regeringen tog våra förslag vidare genom uppdrag till Socialstyrelsen om utbetalningar av medel till regionerna under 2025.[6]

Viktigt att se till helheten för att vårdgarantin ska kunna uppnås

Något som spelar roll för möjligheten att korta väntetiderna är att vi föreslår en vårdgaranti där patienten, liksom i primärvården, ska träffa den profession som är mest relevant för patientens behov. Väntetiderna kan kortas om det görs tydligt att bedömningen eller andra kontakter med den specialiserade vården kan vara hos någon annan legitimerad yrkesgrupp än en läkare. Här spelar även möjligheter till digitala lösningar för bedömning, undersökningar och information till patienten stor roll.

Patienten ska vidare inte behöva ta så stort ansvar för sin vård som i dag. När ansvaret för att söka vård hos någon annan vårdgivare läggs på patienten riskerar vården att bli ojämlik. Det är väl känt att patienter har olika förutsättningar att ta till sig information. Det kan till exempel handla om språksvårigheter eller funktionsnedsättningar. Om det framför allt är resursstarka individer som nyttjar vårdgarantin blir vården inte lika tillgänglig för alla. Här tror vi att en viktig del

[6] Socialstyrelsen skulle enligt uppdraget fördela 100 miljoner kronor till regionerna under 2025 i syfte att stärka förutsättningarna för regionernas vårdgarantifunktion. Regeringsbeslut S2025/00401. Se även S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården*, 2025.

av lösningen är att informationen till patienten förbättras och regleras, både vad gäller information om vårdgarantin och patientens rättigheter och om den egna vårdprocessen. Patienten får i dag inte i tillräckligt hög utsträckning, eller i rimlig tid, veta hur lång väntan han eller hon kan förvänta sig på undersökningar, utredningar, besök, operation eller behandlingar. Sådana aspekter är viktiga för patienten och påverkar tillsammans med väntetiderna den sammantagna upplevelsen av vården och dess tillgänglighet. Att vårdgarantin är uppfylld räcker inte för att vården ska vara tillgänglig ur ett patientperspektiv. Flera av våra förslag syftar till att förbättra just detta.

Att enbart föreslå väsentligt kortare tidsgränser än i dag, utan att se till helheten, skulle sannolikt inte förbättra patienternas möjligheter att få vård i tid nämnvärt jämfört med dagens situation. Vi menar att genom helheten i våra förslag finns möjligheter för regionerna att också nå de uppsatta målen i vårdgarantin. Det går också att dra lärdom av de regioner och sjukvårdssystem där aktörerna lyckats korta väntetiderna. Kortare väntetider behöver prioriteras för att bli verklighet.

7.2 Utredningens förslag och bedömningar för en ny, behovsstyrd vårdgaranti

I rutan nedan beskriver vi vårt förslag till vårdgaranti i korthet. Samtliga delar kommer att utvecklas i avsnitten som följer.

Vårt förslag till vårdgaranti i den specialiserade vården kan sammanfattas i följande tidpunkter:

- 3 och 10 arbetsdagar, 30 och 60 kalenderdagar.

– **3 arbetsdagar:** Tidsfristen för remisshantering blir en del av vårdgarantin. Den vårdgivare som tar emot en remiss i den specialiserade vården ska inom tre arbetsdagar från det att remissen tagits emot prioritera och bedöma patientens behov av vård. I författningstexten uttrycks detta som att vårdgivaren ska granska remissen. Patienten ska inom samma tidsram få besked om att remissen har tagits emot. Det senare är en del av informationsgarantin nedan. Regleringen är ny.

– **10 arbetsdagar:** En informationsgaranti för patienten införs och blir en del av vårdgarantin. Samma vårdgivare som ovan ska inom tio arbetsdagar från det att remissen har tagits emot informera patienten om när den medicinska bedömningen kommer att ske. Regleringen är ny.

– **30 dagar:** Patienten ska få en medicinsk bedömning inom 30 dagar, räknat från den dag då remissen har tagits emot i den specialiserade vården. Eventuella utredande åtgärder som behövs för att kunna göra bedömningen ska göras inom tidsramen, exempelvis provtagning. Denna bedömningsgaranti ersätter dagens besöksgaranti (på 90 dagar).

– **60 dagar**: Patienten ska få sin planerade vård inom 60 dagar, räknat från den dag då vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården. Det kan till exempel handla om fysiska besök, utredande åtgärder eller en operation som ska göras inom tidsramen. Denna garanti för planerad vård ersätter dagens behandlingsgaranti (på 90 dagar). För BUP föreslår vi en särskild reglering om 30 dagar till planerad vård (se vidare i kapitel 8).

Eventuella återbesök ingår i tidsfristerna. Däremot ingår inte planerade uppföljningar.

7.2.1 En garanti om medicinsk bedömning ersätter dagens besöksgaranti

Förslag

Regionernas skyldighet att erbjuda ett besök i den specialiserade vården ska ändras till en skyldighet att erbjuda en medicinsk bedömning.

- Bedömningsgarantin i den specialiserade vården innebär att patienten ska få en medicinsk bedömning inom en viss tid.

Den medicinska bedömningen ska utföras av läkare eller av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Ändringarna berör 2 kap. 3 § patientlagen, 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § HSF. Vidare införs en ny bestämmelse i 6 kap. 1 a § HSF.

Skälen för utredningens förslag

Dagens vårdgaranti anger en tidsgräns för det första besöket i den specialiserade vården (besöksgaranti) och sedan, i nästa steg, för operation eller behandling (behandlingsgaranti). Utredningens förslag innebär att besöksgarantin ändras till en bedömningsgaranti och att det finns större flexibilitet kring hur vården förmedlas. Den medicinska bedömningen kan utföras av läkare eller av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Genom att gå från en besöks- till en bedömningsgaranti styrs vårdgarantin i högre grad av patientens behov. Detta utvecklar vi nedan.

Medicinsk bedömning ska ingå i vårdgarantin i stället för besök

Förändringarna av vårdgarantin i primärvården, som infördes den 1 januari 2019, innebar bland annat att besöksgarantin ersattes med en garanti om en medicinsk bedömning. Detta var i linje med förslagen i Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2017:53) och även med den tidigare utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2).[7] Samtidigt ändrades också regleringen om att få besöka en läkare till att få en

[7] Effektiv vård föreslog en ”professionsneutral vårdgaranti”, medan Samordnad utveckling för god och nära vård i stället använde begreppet ”behovsstyrd vårdgaranti.” SOU 2017:53, s. 94.

bedömning av ”läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården”.[8] Vi anser att det finns skäl att göra motsvarande förändringar även inom den specialiserade vården.

Begreppet medicinsk bedömning utgår från en etablerad definition

Begreppet medicinsk bedömning har ingen entydig definition i lag men förekommer i flera bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Uttrycket användes redan i en bestämmelse i den nu upphävda HSL från 1982[9] och överfördes i stort sett oförändrat till patientlagen.[10] Av förarbetena till 1982 års lag framgår bland annat att en så tidig bedömning som möjligt är grundläggande för det framtida behandlingsresultatet, samt att den första bedömningen bör göras av väl kvalificerad personal med hög kompetens. Där framgår vidare att en medicinsk bedömning innebär en första bedömning av ett hälsotillstånd i syfte att ge patienten upplysningar om tillståndet samt om de behandlingsmetoder som står till buds.[11] Det är denna innebörd av begreppet medicinsk bedömning som avsågs när besöksgarantin i primärvården ändrades till en bedömningsgaranti. Vårt förslag om en bedömningsgaranti tar utgångspunkt i samma, etablerade innebörd av begreppet medicinsk bedömning.

Behovsstyrd vårdgaranti handlar även om hur vården förmedlas

Genom övergången från en besöks- till en bedömningsgaranti ökar flexibiliteten för hur vården förmedlas. Inhämtande av information från patienten och i vissa fall även undersökningar, kan när det är lämpligt ske på distans genom någon form av teknisk lösning. Bedömning av vårdbehovet kan på samma sätt förmedlas på distans om det är lämpligt. I många fall kommer dock det fysiska besöket vara den form av kontakt som patienten föredrar. Det är viktigt att kontakterna med patienten i större utsträckning sker utifrån patientens behov.

[8] 9 kap. 1 § HSL.
[9] 2 a § HSL (1982:763).
[10] Prop. 2013/14:106 s. 113. 2 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL.
[11] Prop. 1996/97:60 s. 40 f. och s. 44.

En medicinsk bedömning ska göras av legitimerad personal

Den medicinska bedömningen ska utföras av läkare eller av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, precis som i primärvården. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med kompetens att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Legitimerad vårdpersonal har ett yrkesansvar som prövas på ett annat sätt än vårdpersonal som inte är legitimerad. Det kan ha betydelse för patientsäkerheten och för förtroendet för vården.[12]

Det är den aktuella vårdgivaren som avgör vilken yrkeskategori som bör göra den medicinska bedömningen – avgörandet måste i första hand bero på patientens aktuella behov. Dessutom måste ansvarig vårdgivare ta hänsyn till vilken kompetens som finns tillgänglig och hur arbetssätten är utformade i den aktuella verksamheten.

Även i den specialiserade vården behövs olika kompetenser

Samordnad utveckling för god och nära vård[13] och Effektiv vård[14] förde fram det ologiska i att läkarkompetensen specifikt har knutits till vårdgarantin när den svenska primärvården i internationell jämförelse är bred och multiprofessionell. Vi delar den bedömningen.

Den specialiserade vården kräver djupare kompetens om specifika diagnoser eller hälsotillstånd och mer avancerad teknisk utrustning än primärvården. Vården ges ofta av specialistläkare, men även i den specialiserade vården behövs olika specialist-kompetenser. Många gånger kan det vara mer motiverat för patienten att få sin medicinska bedömning av till exempel en sjuksköterska, fysioterapeut eller psykolog, dessa är vanligen specialiserade inom sina områden.

En viktig skillnad mot den reglering av vårdgarantin i primärvården som gällde fram till 2019, är att det i den specialiserade vården inte specifikt uttrycks att det är en läkare som patienten ska träffa vid sitt första besök. Som vi konstaterat i kapitel 6 består ändå patientens första besök i den specialiserade vården vanligen av ett möte med en läkare. Väntetiderna skulle kunna kortas om det görs tydligt att

[12] Prop. 2017/18:83 s. 32.
[13] SOU 2017:53.
[14] SOU 2016:2.

den medicinska bedömningen kan göras av fler legitimerade yrkesgrupper.

Fler aktörer har föreslagit en bedömningsgaranti

En förändring från en besöks- till en bedömningsgaranti har tidigare diskuterats i olika sammanhang.[15] Läkarförbundet föreslog redan 2012 att en bedömningsgaranti skulle ersätta besöksgarantin. Syftet var att ge patienterna rätt till ett vårdförlopp som är snabbt och sammanhängande. Underlaget för den medicinska bedömningen skulle i första hand utgöras av innehållet i remissen till specialiserad vård. Förbundet lyfte också fram att det i många fall kan behövas en eller flera undersökningar, som röntgen eller provtagning. Den typen av undersökningar skulle enligt förslaget i normalfallet ske inom den tid som fastställts för bedömningsgarantin. Det förslag som vi lämnar överensstämmer väl med detta.[16]

Tillgänglighetsdelegationen ansåg också att besöksgarantin borde ersättas av en bedömningsgaranti. Delegationen lyfte bland annat fram praktiska fördelar med att använda samma begrepp i lagstiftningen för den specialiserade vården som för primärvården – det bör ju handla om samma typ av bedömning.[17]

Fördelarna med en bedömningsgaranti överväger nackdelarna

En nackdel med övergången från en besöks- till en bedömningsgaranti i den specialiserade vården kan vara att patienter som uttryckligen vill få ett fysiskt besök i stället får en bedömning, som eventuellt är digital. Det skulle kunna leda till att vissa patienter blir mindre nöjda med sin vård. Vi bedömer dock att ett stort antal patienter, trots ändringen, kommer att erbjudas fysiska besök av rent medicinska skäl – någon bedömning utan besök är inte aktuell för vissa tillstånd. Om det enligt vetenskap och beprövad erfarenhet krävs ett fysiskt besök ska enligt lag ett sådant erbjudas. Detta gäller alltså även i dag för bedömningsgarantin i primärvården. Utredningens förslag innebär inte några ändringar i detta sammanhang.

[15] SOU 2022:22 och Sveriges läkarförbund, *Medicin med detsamma – Förslag till en rättvisare vårdgaranti*, 2012.
[16] Sveriges läkarförbund, *Medicin med detsamma – Förslag till en rättvisare vårdgaranti*, 2012.
[17] SOU 2022:22 s. 146.

Dessutom gäller alltjämt principerna om patientens delaktighet enligt patientlagen – i dialog med vårdgivaren ska en patient, så långt det är möjligt, få möjlighet att medverka vid utformningen av vården.[18] Patienten ska också ges möjlighet att framföra sina önskemål om vårdens utformning till vårdgivaren. Det har många gånger framförts, till exempel när det gäller delar av landet med stora geografiska avstånd till specialiserad vård, att digitala lösningar efterfrågas av patienterna, när sådan är möjlig.

7.2.2 Tidsfrist för remisshanteringen och en informationsgaranti för patienten är nya inslag i vårdgarantin

Förslag

Tidsfrist för remisshanteringen i den specialiserade vården blir en del av vårdgarantin. Inom tre arbetsdagar från det att en remiss har tagits emot ska ansvarig vårdgivare ha granskat remissen.

En informationsgaranti för patienten införs och blir en del av vårdgarantin. Den innebär att den vårdgivare som mottar en remiss:

- inom tre arbetsdagar från det att en remiss har tagits emot ska informera patienten om att så har skett.

Informationsgarantin innebär också att:

- patienten inom 10 arbetsdagar från det att remissen har tagits emot i den specialiserade vården ska få information om när han eller hon ska få en medicinsk bedömning.

Ändringarna berör 2 kap. 3 § patientlagen, 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § HSF. Vidare införs en ny bestämmelse i 6 kap. 1 a § HSF.

[18] 5 kap. 1 § PL.

Bedömning

- Den föreslagna vårdgarantin innebär inte några nya eller särskilda krav på remiss utöver de krav som redan gäller i regionen. Begreppet remiss och uttrycket utfärdande av remiss ändras inte.
- Regionerna bör se över om rutinerna för remisshantering är aktuella.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

Utredningen har identifierat bedömning och prioritering av remisser, samt bekräftelse till patienten om att remissen tagits emot, som relevanta delar i en förstärkt och behovsstyrd vårdgaranti. Vi föreslår därför att en tidsfrist för remisshanteringen på tre arbetsdagar blir en del av vårdgarantin. Det handlar om den tidsgräns inom vilken remissen ska granskas, det vill säga då den första preliminära bedömningen och prioriteringen av patientens vårdbehov ska göras i den specialiserade vården. Det handlar också om inom vilken tid patienten ska informeras om att remissen har tagits emot. Detta är inte författningsreglerat i dag.[19]

Samtidigt införs en garanti till patienten om att inom tio arbetsdagar få veta när den medicinska bedömningen kommer att ske. Tillsammans med beskedet om mottagen remiss inom tre arbetsdagar utgör detta en ny informationsgaranti, som inkluderas i vårdgarantin.

HSL:s portalparagraf och den etiska plattformen[20] ligger till grund för de prioriteringar och bedömningar som görs i vården – så väl i dag som i vårt förslag.

[19] En remiss redogör för relevant medicinsk information och används när en vårdgivare begär att en annan vårdgivare tar över vårdansvaret för en patient, se 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

[20] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186. 3 kap. 1 § 2 HSL anger att 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.

Tidsfrist för remisshanteringen en viktig del av vårdgarantin

Remisshanteringen är det första steget i den specialiserade vårdens handläggning av patientens vårdprocess. Professionen bildar sig då en uppfattning om hur patientens vård ska planeras. Samtidigt görs en bedömning och prioritering av ärendet i enlighet med principen om att den som har störst behov av vård ska få vård först.[21] Detta sker redan i dag men formaliseras genom vårt förslag. Genom bekräftelsen om att remissen tagits emot får patienten veta vilken vårdgivare som har tagit över vårdansvaret och att vårdprocessen inom den specialiserade vården är påbörjad.

Vi menar att en författningsreglering, med en tidsgräns för dessa steg, tydliggör vad som förväntas av vården och stärker patientens ställning. Genom att remisshanteringen regleras i förordning, snarare än enbart i huvudmannens rutiner, skapas även förutsättningar för ökad jämlikhet över landet.

Det finns inte något lagkrav på remiss för att patienter ska få tillgång till den specialiserade vården.[22] Det är därför upp till varje region att bestämma om remiss krävs. Om det saknas remisskrav hos en vårdgivare i den specialiserade vården och en patient söker sig dit genom en egen begäran om vård gäller samma krav på vårdgivaren att granska (egen)remissen inom en viss tid, att underrätta patienten om att remissen tagits emot och att ge besked om tid för medicinsk bedömning. Vi återkommer till detta nedan.

Remisshanteringen regleras i dag främst genom krav på rutiner

Remisshanteringen är i dag endast i begränsad omfattning författningsreglerad – de regler som finns för hanteringen utgörs av formella krav på rutiner för remisshanteringen, vilka regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.[23]

Vårdgivare ska enligt föreskrifterna upprätta rutiner för remisshantering och rutinerna ska fastställas av verksamhetschefen vid respektive vårdenhet. Rutinerna ska bland annat reglera vem eller

[21] 3 kap. 1 § 2 HSL.
[22] Se dock 3 § andra stycket lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, som anger begränsningar för verksamheter som får läkarvårdsersättning inom barnmedicin, gynekologi eller psykiatri.
[23] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården, m.m., SOSFS 2004:11.

vilka inom verksamheten som får utfärda remisser, hur de ska registreras och bevakas samt hur och i vilka fall den remitterande enheten och patienten ska få besked om att remissen har mottagits.[24] Vårdgivaren har alltså ett stort mått av handlingsfrihet i utformandet av dessa rutiner.

Rutinerna kompletteras av mer detaljerade regler som tagits fram på huvudmannanivå genom regionbeslut, avtal och särskilda överenskommelser. Dessa gäller för såväl offentliga som privata vårdgivare.

Regionerna har valt i stort sett samma tidsgräns för remisshanteringen

Utredningen anser att en tidsgräns om tre arbetsdagar för prioritering och granskning av remissen samt en bekräftelse till patienten om att remissen har tagits emot, är rimlig. Tidsgränsen är densamma som de flesta regioner redan tillämpar i dag – i princip samtliga regioner har beslutat att en remiss ska skickas senast tre arbetsdagar efter beslut om remissen och att en mottagen remiss i den specialiserade vården ska bedömas och prioriteras senast tre arbetsdagar efter att den har tagits emot. Flera regioner har även angett att patienten ska informeras inom en viss tid efter att remissen har tagits emot och bedömts. Därutöver kan regionerna ha flera andra regler kopplade till remisshanteringen. Vissa regler kan vara tidsatta, exempelvis att vårdgivaren inom ett visst antal dagar ska meddela patienten att remissen är accepterad. Det finns även regler om tidsfrister för remisser i de standardiserade vårdförloppen (SVF), som har tagits fram inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning. Exempelvis ska en SVF-remiss för cancer skickas omgående när det finns en välgrundad misstanke om cancer.[25]

Flera fördelar med en författningsreglering

Regler som endast återfinns i rutiner och avtal är svåra för patienter att få kunskap om. Efterlevnaden av sådana regler är i allmänhet inte heller föremål för tillsyn på samma sätt som regler i lag, förordning eller föreskrift är. Våra förslag handlar om att lagstadga processer och rutiner som redan finns i dag. Det minskar risken för att förslagen

[24] 4–5 §§ SOSFS 2004:11.
[25] Regionala cancercentrum i samverkan, *Cancer utan känd primärtumör CUP*, 2024-11-05.

ska leda till ökad byråkrati, jämfört med i dag. Eftersom behovsprincipen ligger till grund för all prioritering av remisser och därmed patienter borde vårt förslag inte heller leda till undanträngning. Det är de medicinska behoven som ligger till grund för remissgranskningen, på samma sätt som i dag. Sammantaget talar detta för att denna process blir reglerad i lag och förordning.

Begreppet remiss ändras inte

Utredningens förslag innebär ingen förändring av begreppet remiss eller uttrycket utfärdande av remiss. Begreppen bedömning av remiss och prioritering av remiss följer regleringen som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.[26] En remiss är enligt dessa en handling om en patient som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar.[27]

Vårdgarantin kommer inte heller framöver att reglera om vård ska ges

Liksom för dagens vårdgaranti reglerar inte den föreslagna ändringen av vårdgarantin om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Om en remiss inte ska tas vidare i den specialiserade vården kan den fortfarande avvisas. Om så sker ska patienten få information om det inom samma tidsgränser som i de fall när remissen tas vidare. De besluten beror på hur regionen har organiserat sitt vårdutbud, samt i sista hand på avgöranden av de medicinska professioner som utför remissgranskningen i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vårdgarantin följer de remissregler som regionen har

Efter en genomgång av regionernas remissregler kan vi konstatera att det varierar om regionerna har krav på remiss för att besöka den öppna specialiserade vården. Vissa regioner ställer inte upp några remisskrav. Andra regioner har remisskrav för viss typ av vård och

[26] SOSFS 2004:11.
[27] Ibid.

ett antal regioner har remisskrav från primärvården till den specialiserade vården som huvudregel, men med möjlighet till undantag. Om det saknas remisskrav i regionen behövs inte heller någon remiss för att vårdgarantin ska gälla. Det omvända gäller också – om det *finns* remisskrav i regionen och dessa inte följs, så gäller inte vårdgarantin för patienten. Vi tänker oss att dessa förutsättningar ska gälla även för vårt förslag till vårdgaranti.

Den vårdgaranti som utredningen föreslår innebär alltså inte några nya, särskilda remissregler för regionerna – i de regioner som saknar remisskrav så gäller den föreslagna vårdgarantin även när patienten på egen hand har kontaktat den specialiserade vården. Tidsgränserna räknas då, liksom i dag, från den dag som patienten tagit kontakt med den specialiserade vården. I vissa regioner som saknar remisskrav är förfarandet mer formaliserat och det kan ställas upp krav på att patienten skriftligen ska kontakta vald mottagning och berätta om varför man söker vård. Det förfarandet kallas egen vårdbegäran, egenremiss eller egenanmälan.

Regionerna bör se över om rutinerna för remisshantering är aktuella

Utredningen vill framhålla att det är regionerna som äger frågan om vilka remisskrav som ska gälla för vården[28]. Utredningen anser att det är viktigt att regionerna ser över om de remisskrav, eller avsaknaden av remisskrav, som gäller i regionen fortsatt är aktuella. Det är viktigt att remisskraven stämmer överens med LEON-principen och respektive regions arbete med nivåstrukturering. Detta är relevant inte minst utifrån principen att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården.[29] För att LEON-principen[30] ska få genomslag är det lämpligt att den första kontakten som patienten har med vården är på primärvårdsnivå som huvudregel. Det är även lämpligt ur en kostnadseffektivitetssynpunkt att regionerna överväger vilka remisskrav som ska finnas inom hälso- och sjukvården.

Till huvudregeln om att vård ska sökas i primärvården i första hand kan det finnas undantag. De argument som framförs av regeringen

[28] Detta gäller förutom att det inte får krävas remiss hos en privat verksam läkare med specialistkompetens inom verksamheter som avser barnmedicin, gynekologi eller psykiatri enligt lag om läkarvårdsersättning (1993:1651).
[29] Se exempelvis prop. 2025/26:19.
[30] LEON-principen anger att vård ska ges på lägsta nivå som är effektiv för patienten.

i prop. 1996/97:123 om att det kan vara mindre lämpligt att införa remisskrav när vårdåtgärden framstår som känslig eller när det är uppenbart fråga om en behandling som ska utföras av en viss typ av specialitet är fortsatt relevanta. Därtill ska läggas att det kan vara en viktig valfrihetsfråga för patienten att själv söka vårdgivare även om det måste göras avvägningar mot styrande principer som behovssolidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Information är av stor vikt för patienten

Patienten har redan i dag rätt att få veta vid vilken tidpunkt hen kan förvänta sig att få vård och därmed hur lång väntetiden förväntas bli. Detta ligger inom ramen för hälso- och sjukvårdens informationsplikt.[31] Vi beskriver detta utförligt i kapitel 5 och 6.

Många patienter upplever ändå att de inte får den information de behöver, eller i rimlig tid. Tillräcklig och tillförlitlig information är inte minst viktig för att minska oro och öka känslan av trygghet.

Frågan om *när* patienten kan vänta sig besked om tidpunkt för vård ingår inte i informationsplikten. Det framgår inte heller, vare sig av vårdgarantin eller av informationsplikten hur informationen ska ges eller av vem. Inte heller patientsäkerhetslagen ger något konkret svar på denna fråga – här uttrycks endast att ”den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. patientlagen”.[32]

Våra förslag syftar till att stärka patientens ställning genom att tydligare reglera den information som ges till patienten. Även om vårt förslag till reglering rör en viss del av vårdkedjan är vår bedömning att information från vårdgivaren till patienten om dennes vårdförlopp behöver bli bättre i alla delar av vårdkedjan.

Informationsgaranti införs som en del av vårdgarantin

Vi föreslår att en informationsgaranti införs som blir en del av vårdgarantin. Garantin är teknikneutral. Det gäller både informationen om mottagen remiss inom tre arbetsdagar och besked om tid för medicinsk bedömning inom tio arbetsdagar. Vårdgivaren kan alltså

[31] 3 kap. 1 § PL.
[32] SOU 2022:22.

uppfylla informationsgarantin antingen genom att kontakta patienten per telefon eller genom ett skriftligt meddelande, digitalt genom 1177 eller fysiskt i brevlådan. Kravet i patientlagens tredje kapitel[33] gäller som alltid, vilket innebär att en patient som efterfrågar skriftlig information ska få det.

Vi menar att gränsen på tio arbetsdagar för besked om medicinsk bedömning rimmar väl med intentionen i nuvarande lagstiftning om att ge information ”så snart den är tillgänglig.”[34] Tio arbetsdagar är också en rimlig tidsgräns utifrån att patienten enligt vårt förslag till vårdgaranti ska få sin medicinska bedömning senast inom 30 dagar.

Informationsgarantin innebär specifika tidsfrister

Den bestämmelse som vi föreslår i vårdgarantin ger en mer situationsbunden och tidsstyrd informationsgaranti, jämfört med den informationsplikt som redan ingår i patientlagen.[35] Patientlagens regler om information är generella, icke tidsbundna och med en ansvarsfördelning som är spridd på flera aktörer. Den föreslagna informationsgarantin är i stället kopplad till ett visst skede i vårdprocessen och har som syfte att ge patienten förutsebarhet i fråga om väntetid och vårdtillfälle. Bestämmelsen är utformad med en tydlig adressat – den vårdgivare inom den specialiserade vården som har mottagit remissen – och kan därmed bli föremål för IVO:s tillsyn. Det är en förstärkning av vårdgarantin som gynnar den enskilda patienten. Detta är också i linje med förslag i tidigare utredningar, som också har föreslagit en reglering av patientens rätt till information om tidpunkt för vård (se kapitel 6). Regionen som huvudman måste se till att vårdgivarna har en faktisk möjlighet att ge patienten information som är anpassad efter krav som finns i patientlagen. Vidare måste huvudmannen se till att vårdgivarna har tekniska möjligheter att kommunicera remisser med varandra.

Ett krav på regionen av det här slaget innebär att regionen måste ha framförhållning i planering och schemaläggning, vilket i sin tur stimulerar en bättre produktions- och kapacitetsplanering. Det är

[33] 3 kap. 7 § andra stycket PL. Se mer om informationsplikten i PL i kapitel 5.
[34] Prop. 2013/14:106, s. 114.
[35] PL (2014:821).

vidare mindre risk för av- och ombokningar om patienten inom rimlig tid får information om tidpunkten för sin vård.[36]

I Region Halland är information redan en del av den regionala målsättningen

I Region Halland finns redan en modell som liknar den som vi föreslår. I regionen gäller att patienten ska få besked om tidpunkt för besök inom den specialiserade vården inom 14 dagar efter att remissen tagits emot. Det gäller även om patienten sökt vård utan remiss. Patienten ska samtidigt med beslut om behandling få besked om tidpunkt för behandling. Regionens målsättning är att 80 procent av patienterna ska få sin vård inom 60 dagar.

7.2.3 Bedömning om förbättrad och mer enhetlig information om vårdgarantin

Bedömning

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att:

- ta fram en nationell standard för vilken information om vårdgarantin som patienten ska få, och
- göra en översyn av Socialstyrelsens föreskrift om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. SOSFS 2004:11.

Skälen för utredningens bedömning

Det har blivit allt tydligare hur viktigt det är att patienten får rätt information om vårdgarantin och i rätt tid. Bristerna på området är tydliga, vilket vi beskrivit i tidigare avsnitt.

Utredningen bedömer att det inte är tillräckligt att endast utvidga patientens rätt till information om sitt vårdförlopp. För att det förstärkta regelverket ska göra skillnad för patienten behövs ökad kunskap om vårdgarantin i berörda verksamheter. Vi bedömer också att

[36] SOU 2022:22.

det behövs en nationell standard för den information om vårdgarantin som patienten ska få.

Bättre och mer enhetlig information är avgörande för vårdgarantins genomslag

Information är en förutsättning för att patienten ska känna till vilka krav som kan ställas på hälso- och sjukvården och för att patienten ska kunna dra nytta av vårdgarantin. Enhetlig information är på så sätt en fråga om rättssäkerhet i hälso- och sjukvården. Det är också en del av en personcentrerad vård där patienten görs delaktig i vården. Lättillgänglig information, som är anpassad efter patientens förutsättningar kan bidra till ökad jämlikhet.[37]

Flera av de olika aktörer som utredningen träffat beskriver också information som en viktig del i implementeringen av vårdgarantin. De menar att det är genom information till patienterna som det kan skapas ett tryck på vården att följa vårdgarantin. I det perspektivet fyller information även en viktig funktion för att vårdgarantin ska få genomslag.

Välkänt att information om vårdgarantin till patienten har brister

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rekommenderade regeringen redan 2015 att i samverkan med dåvarande landstingen utveckla en nationell standard för information kring vårdgarantin. Myndigheten konstaterade att informationen om vårdgarantin var bristfällig och otillräckligt anpassad till patientens situation och förutsättningar. Myndigheten pekade också på att informationen varierade både inom och mellan de dåvarande landstingen.[38] Vi har under arbetet med utredningen konstaterat att bristerna tyvärr kvarstår.

Även Vårdansvarskommittén lyfte fram att det är nödvändigt med åtgärder på nationell nivå för att hantera bristerna i informationen till patienterna. Kommittén gjorde bedömningen att såväl den enskildes kännedom om vilka krav denne kan ställa på hälso- och

[37] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015.
[38] Ibid.

sjukvården, som personalens kompetens att lotsa patienten i den egna organisationen, måste stärkas och utvecklas.[39]

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utveckla en nationell standard och att uppdatera handledningen om information till patienten

Vi bedömer att det är möjligt att göra informationen till patienten mer enhetlig. Vårt förslag är att det tas fram en nationell standard eller mall för vilken information som patienten enligt lag ska få om vårdgarantin.

Som vi beskrivit i kapitel 6 har Socialstyrelsen ett generellt ansvar för att ta fram kunskapsstöd inom områden där hälso- och sjukvården behöver vägledning.[40] Information om vårdgarantin är uppenbart ett sådant område. Det är därför naturligt att uppdraget att ta fram en nationell standard eller mall för information om vårdgarantin ges till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen tog 2015 fram en handbok som bland annat beskriver vårdgivarens ansvar för att informera patienten om vårdgarantin och val av utförare. Utredningen bedömer att handboken skulle behöva uppdateras, spridas och göras lättillgänglig för berörda verksamheter. Handboken skulle kunna användas som utgångspunkt i arbetet med att ta fram en nationell mall för informationen om vårdgarantin till patienten. Medan handboken redogör för regionernas skyldigheter bör mallen innehålla en konkretisering av vad informationen till patienten ska innehålla, och när den ska ges.

Under 2025 tog Socialstyrelsen fram förslag på vilken information om vårdgarantin som bör finnas på 1177.se. Syftet var att patienter ska få mer likvärdig tillgång till information om vårdgarantin, och om vad som gäller när den inte uppfylls. Myndigheten såg även över behovet av stödjande underlag till patienter som väntar på vård.[41] Vi bedömer att det är en bra utgångspunkt för att ta fram en nationell standard för information, och för att genomföra kunskapshöjande insatser om vårdgarantin. Informationen om vårdgarantin kommer behöva anpassas efter de ändringar i regelverket som nu föreslås.

[39] SOU 2025:62, s. 142.
[40] 4 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[41] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, 2025 s. 30.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att se över föreskriften om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

Utredningen har i avsnitt 7.2.2 presenterat ett förslag om att författningsreglera tidsfristen för remisshantering i den specialiserade vården. Socialstyrelsen har ansvar för föreskriften Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.[42]. I föreskriften regleras mer formella krav på rutiner för remisshanteringen som riktar sig till vårdgivare och verksamhetschef. Utredningen bedömer att föreskriften går i linje med de författningsändringar som utredningen föreslår, men att Socialstyrelsen bör se över om det är motiverat att göra ändringar i föreskriften. Utredningen föreslår därför att regeringen ger Socialstyrelsen ett sådant uppdrag.

7.2.4 Fler patienter och fler delar av vårdkedjan inkluderas i den nya vårdgarantin

Förslag

Besöksgarantin på 90 dagar utgår och ersätts av en garanti till patienten om att få en medicinsk bedömning inom 30 dagar, räknat från det att remissen har mottagits i den specialiserade vården (bedömningsgaranti inom den specialiserade vården).

Inom tidsgränsen 30 dagar ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer behövs för att kunna göra en medicinsk bedömning.

Behandlingsgarantin på 90 dagar utgår och ersätts av en (garanti för planerad vård) på 60 dagar. De 60 dagarna börjar räknas från det att vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården.

Inom tidsgränsen 60 dagar ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har beslutat om. Om ett beslut fattas om ytterligare vård ska den ges inom 60 dagar från beslutet.

Planerad uppföljning omfattas inte av vårdgarantin.

Ändringarna berör 2 kap. 3 § patientlagen, 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § HSF. Vidare införs en ny bestämmelse i 6 kap. 1 a § HSF.

[42] SOSFS 2004:11.

Skälen för utredningens förslag

En viktig avsikt med våra förslag är att fler patienter ska omfattas av vårdgarantin än i dag. Det ska också finnas lagstadgade tidsgränser för en större del av patientens vårdprocess än i nuvarande vårdgaranti. En vårdgaranti som gäller för fler patienter, i fler situationer, med kortare tidsgränser, utgör viktiga delar i det som vi definierar som behovsstyrd vård. Risken för undanträngningseffekter kan minska när fler omfattas av vårdgarantin, samtidigt som fler får garanti om vård i tid.

Den vårdgaranti som vi föreslår består av flera delar. Tidsfrister för remisshanteringen och den nya informationsgarantin beskrivs i tidigare avsnitt. Nu handlar det om de två delar som ersätter dagens vårdgaranti i den specialiserade vården: garantin för medicinsk bedömning, som ersätter besöksgarantin, samt garantin för planerad vård, som ersätter behandlingsgarantin. Garantin för planerad vård omfattar samtliga beslutade åtgärder i patientens vårdprocess, efter det att den medicinska bedömningen är genomförd.

I rutan nedan beskrivs i korthet de viktigaste skillnaderna mellan nuvarande vårdgaranti och den som utredningen föreslår.

Jämförelse mellan dagens vårdgaranti och den som vi föreslår

I dag:

- Besöksgaranti 90 dagar.
- Behandlingsgaranti 90 dagar.
- Total lagstadgad väntetid: 90 + 90=180 dagar. I praktiken kan dock väntetiden bli betydligt längre än så, bland annat eftersom provtagningar, undersökningar och återbesök inte ingår i garantin. Väntan på dessa förlänger ofta förloppet.

Vi föreslår att vårdgarantin ändras och skärps på följande sätt:

- Medicinsk bedömning – maximal väntetid 30 dagar.
- Den planerade vården efter den medicinska bedömningen – maximal väntetid 60 dagar för de beslutade åtgärderna.

Total väntetid för patientens hela planerade vård:

- som mest 30 + 60 = 90 dagar, från det att remiss inkommer till den specialiserade vården, till avslutad vård. Gäller för patienter som får ett beslut om planerad vård senast vid den medicinska bedömningen på dag 30. Dessa patienter förväntas ha ett tydligt avslut på sin vård, och en avklarad vårdprocess inom förhållandevis kort tid.
- För övriga patienter, utan tydligt avslut på sin vård, eller där det inte är medicinskt motiverat med beslut om nästa steg i vårdprocessen redan vid medicinsk bedömning, kan den totala väntetiden bli längre. Även för dessa patienter gäller dock en garanti om maximal väntetid för beslutade åtgärder på 60 dagar – så länge inte andra tidsgränser är medicinskt motiverade.

I dag ingår inte undersökningar eller återbesök i vårdgarantin

Vårdgarantin anger yttersta tidsgränser för hur länge någon ska behöva vänta på vård. Vi har i tidigare kapitel (se kapitel 6 exempelvis) konstaterat att den ram som vårdgarantin anger i dag – maximalt 90 dagars väntan för besök, följt av som mest 90 dagars väntan för operation eller behandling – är ett förlopp som i praktiken endast inkluderar en begränsad del av det totala antalet patienter. Väntan kan bli betydligt längre än så. En del av förklaringen till det är att undersökningar och återbesök inte ingår i vårdgarantin. Av de besök som genomfördes i den specialiserade vården 2025 var 2,5 miljoner första besök och 12,7 miljoner återbesök. De senare omfattas alltså inte av vårdgarantin, vilket gör att ett stort antal patienter faller utanför garantin. En annan del av förklaringen ligger i att vårdgarantin i stort är utformad som att en operation är slutmålet för alla patienter. För många patienter är det dock inte fallet – skopier, minnesutredningar eller neuropsykiatriska utredningar kan i stället vara de åtgärder som ska utföras efter det första besöket hos en specialist. Den tidslinje som vårdgarantin utgår från (besök – operation) är då inte aktuell. Patienten kan i sådana fall få vänta betydligt längre än 90 dagar, utan att vårdgivaren har brutit mot vårdgarantin. Vi illustrerade detta i figur 6.2 i kapitel 6. En vårdgivare som dröjer med beslut om remiss eller behandling på grund av att undersökningar drar ut på tiden, kan

i dag inte sägas agera i strid med vårdgarantin. Denna problembild är central för den vårdgaranti som vi föreslår.

Fler patienter ska omfattas av vårdgarantin

En viktig förändring med vårt förslag till vårdgaranti är att väntetiden till undersökningar och även återbesök ingår – det gäller både i garantin till medicinsk bedömning och i garantin om planerad vård, exempelvis om det behövs mer än ett besök för att göra den medicinska bedömningen eller inför den planerade vården. Ett återbesök är ett öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde, vårdcentral eller motsvarande. Det innebär att fler slags åtgärder ingår i den nya garantin jämfört med nuvarande vårdgaranti. Det innebär också att fler patienter kommer att omfattas.

Att inkludera fler delar av vårdprocessen är i linje med inriktningen i den utredning som föregick regleringen av vårdgarantin 2010, liksom med regeringens avsikt i den ursprungliga propositionen, och även vad Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har lyft fram i sina rapporter. Av den proposition som låg till grund för lagregleringen av vårdgarantin framgår att det framför allt var brist på konsekvensanalyser och andra underlag som gjorde att förslaget till den lagstadgade garantin endast omfattade första besök och inte återbesök, liksom till att inte undersökningar eller utredningar ingår i garantin. Avsikten var att vårdgarantin skulle breddas på sikt.[43] Även Tillgänglighetsdelegationen föreslog en vårdgaranti som inkluderade undersökningar, inte minst för att minska risken för undanträngningseffekter.[44]

I december 2025 föreslog Socialstyrelsen några ytterligare vårdområden i satsningen för att korta vårdköerna.[45] Ett av de områden som föreslogs var koloskopiundersökningar. Socialstyrelsen konstaterade att dessa undersökningar utgör en flaskhals inom cancerdiagnostiken och att få regioner kan erbjuda patienter uppföljande

[43] Prop. 2009/10:67, s. 39.
[44] Se kapitel 4 och 6 samt Myndigheten för vårdanalys, *Låt den rätte komma in*, 2014, s. 230 och 239, SOU 2008:127, s. 166 samt prop. 2009/10:67, s. 39 och 43.
[45] I oktober 2025 fick Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå ytterligare vårdområden eller åtgärder som ska ingå i regeringens satsning för att korta vårdköerna inom utvalda områden under 2026. Uppdrag till Socialstyrelsen att lämna förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna S2025/01757. Se även avsnitt 4.3.2 i betänkandet.

undersökningar enligt de intervall som anges i nationella vårdförlopp.[46] Koloskopiundersökningar är den första åtgärden i regeringens pågående satsning som inte utgörs av en operationsåtgärd.[47]

Tidsgränser i den nya vårdgarantin

De 90 + 90 dagar som gäller som vårdgaranti i dag föreslås alltså ersättas av en längsta väntetid på 30 + 60 dagar för patientens medicinska bedömning respektive planerade vård. För en del patienter kommer det att innebära en halvering – minst – jämfört med dagens vårdgaranti.

Vi vill lyfta fram att det bara är sådan vård som ska utföras i den specialiserade vården som vårdgarantin och tidsgränserna ska gälla för – principerna om vad som i stället ska utföras i primärvården liksom principen om att vård ska ges på den lägsta nivå som är effektiv för patientens behov (LEON-principen)[48], är fortsatt centrala.[49] De åtgärder som vi avser ska utföras inom tidsgränsen för medicinsk bedömning exempelvis, är alltså de åtgärder som behöver utföras i den specialiserade vården för att nå fram till en sådan bedömning och som inte kan, eller utifrån till exempel standardiserade vårdförlopp eller lokala överenskommelser ska, utföras i primärvården.[50]

En garanti för medicinsk bedömning inom 30 dagar

Garantin för medicinsk bedömning innebär att patienten ska få en medicinsk bedömning inom 30 dagar. I dag sker den medicinska bedömningen ofta i samband med patientens första besök, där den bortre tidsgränsen i dag är lagstadgad till 90 dagar (besöksgarantin).

Tidsgränsen på 30 dagar gäller för samtliga patienter, även för patienter som väntar på vård inom BUP. Det senare återkommer vi till nedan.

---

[46] Socialstyrelsen, *Förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna*, december 2025.
[47] Regeringsbeslut S2026/00052.
[48] LEON står för Lägsta Effektiva Omhändertagandenivå. Se mer om denna i kapitel 3.
[49] Det är primärvården som ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, samt den omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Enligt HSL 13 a kap. Primärvårdens grunduppdrag.
[50] Argumenten för att lagstadga om en bedömning inom en viss tid i stället för ett besök redogör vi för i avsnittet 7.2.1 ovan.

Tiden för väntan på medicinsk bedömning börjar räknas från det att remissen inkommer till den specialiserade vården eller, om någon remiss inte är nödvändig, från den dag då patienten sökt kontakt med den specialiserade vården. Inom tidsgränsen 30 dagar ska de åtgärder vara utförda som den ansvariga professionen i samband med remissgranskningen bedömer behövs för att kunna göra en medicinsk bedömning i den specialiserade vården. Det kan till exempel handla om utredande åtgärder i form av undersökningar och provtagning. Tidpunkten för när patientens åtgärder ska äga rum sätts av ansvarig vårdgivare utifrån patientens behov. Detta gäller även i dag, men blir tydligare genom vårt förslag om en reglerad tidsfrist för remisshantering (se avsnitt 7.2.2).

En rimlig tidsgräns för medicinsk bedömning

Vi menar att 30 dagar är en rimlig tidsgräns för medicinsk bedömning. Flera aktörer har under utredningens gång varit positiva till att ha en kortare tidsgräns för medicinsk bedömning och en längre för behandling, eller planerad vård. Några av de förslag som inkommit har formulerats just i termer av tidsgränser på 30 + 60 dagar.

Att patienten får en medicinsk bedömning tidigt är viktigt av flera skäl. Det handlar till exempel om att patienten ska hamna rätt i vårdprocessen och så tidigt som möjligt få rätt vårdåtgärder. En så tidig bedömning som möjligt är grundläggande för behandlingsresultatet.[51] Kortare väntetider till medicinsk bedömning kan dessutom bidra till mindre stress och oro för patienten. Det har ett stort värde i sig, men kan i förlängningen också minska behovet av akutvård och onödiga undersökningar.

Utredningen som låg till grund för vårdgarantins lagstadgande bedömde att gränsen för väntetid till besök skulle sänkas till just 30 dagar och att en yttre gräns om 120 dagar till beslutad vårdinsats skulle införas.[52] Remissinstanserna hade blandade synpunkter på förslaget. Regeringen valde att inte följa utredningens förslag med argumentet att överenskommelser mellan staten och regionerna behövde fortsätta ytterligare en tid och utvärderas innan det skulle

[51] Prop. 1996/97:60 s. 40.
[52] Jämfört med dagens 90 + 90 = 180 dagar totalt, S 2007:07.

vara möjligt att ta ställning till hur tidsgränserna för vårdgarantin kunde sänkas.

En garanti för planerad vård inom 60 dagar

Garantin för planerad vård innebär att patienten ska få sina beslutade åtgärder i den specialiserade vården inom 60 dagar. Tiden börjar räknas när den medicinska bedömningen är avslutad och beslut har fattats om fortsatt planerad vård. Inom tidsgränsen 60 dagar ska de åtgärder vara utförda som den ansvariga professionen beslutat om för den aktuella patienten. Det kan handla om fysiska besök eller utredande åtgärder i form av undersökningar eller provtagning. Det kan också röra sig om en operation. Tidsgränsen gäller inte för planerad vård inom BUP, något som vi återkommer till nedan. Garantin ersätter dagens behandlingsgaranti, på 90 dagar.

Om en höftledsoperation är den beslutade åtgärden för patienten ska både eventuella undersökningar och själva operationen utföras inom 60 dagar från det att beslut fattats. Om en patient inte ska genomgå någon operation utan ska göra en skopi exempelvis, så gäller gränsen om 60 dagar för genomförd skopi. Undersökningar kan med andra ord ingå i garantin både som ett steg på väg mot operation eller annan åtgärd och som slutåtgärd för patienten.

Om ett nytt beslut om planerad vård fattas – för fler eller andra åtgärder – gäller den maximala gränsen på 60 dagars väntetid på nytt. Detta ska jämföras med dagens gräns för behandlingsgaranti, som är 90 dagar, men då endast omfattar operation eller påbörjad behandling – inte undersökningar, skopier eller provtagningar till exempel. Både i vårt förslag och i nuvarande system gäller vårdgarantins tidsgränser först när ett beslut har fattats om nästa åtgärd för patienten och när åtgärden är medicinskt motiverad. Även här är det, liksom i dag, ansvarig profession som avgör tidsgränsen för väntetiden för patienten.

Vi bedömer att 60 dagar är en acceptabel maximal väntetid ur ett patientperspektiv på en undersökning, operation eller annan åtgärd. En kortare tidsgräns bedöms som orimlig för regionerna att klara av.

Gränsen på 60 dagar överensstämmer med förslag på tidsgränser som vi har tagit emot under utredningens gång. Det är vidare samma tidsgräns som Tillgänglighetsdelegationen kom fram till som mest

lämplig för undersökningar – även om de ville ha en längre gräns för behandling. Flera remissinstanser till den utredningen var positiva till förslaget om att ha 60 dagar som tidsgräns – både privata och offentliga aktörer.[53] Samtidigt fanns det oro, hos SKR och vissa regioner, för att det skulle bli svårt att uppnå en tidsgräns, på grund av brist på personal och andra resurser. En sådan oro kan tänkas kvarstå även nu.

Utredningen har övervägt en längre tidsgräns än 60 dagar men kommit fram till att det skulle vara en för liten förändring jämfört med nuvarande behandlingsgaranti. Med alla argument sammanvägda och med hänsyn till att det finns kapacitet som kan användas mer effektivt, så bedömer vi den föreslagna tidsgränsen som rimlig.

Vårdprocessen ser olika ut för olika patienter

För de patienter som får beslut om fortsatt specialiserad vård efter den medicinska bedömningen kan vårdprocessen se väldigt olika ut.

För en del patienter, i figur 7.2 nedan kallad patientgrupp 1, finns en garanterad tidsgräns för väntetiden på maximalt 90 dagar (30 + 60 dagar) för hela vårdprocessen, från det att remissen kommer in till specialistvården till avslutad vård. Det handlar om patienter som får ett beslut om planerad vård senast vid den medicinska bedömningen, som senast sker på dag 30. Dessa patienter förväntas ha ett tydligt avslut på sin vård och inom en förhållandevis kort tid, 90 dagar. Det skulle till exempel kunna handla om en höftoperation.

För andra patienter, i figur 7.2 nedan kallad patientgrupp 2, blir den totala garanterade väntetiden längre än 90 dagar. Det kan finnas medicinska skäl till att en patient inte kan ges vård inom en viss tid, som inom 60 dagar. Den medicinska bedömningen kan till exempel ge utfallet att patienten själv behöver vidta åtgärder innan nästa steg i vårdprocessen tar vid, till exempel att sluta röka inför en operation. För dessa patienter börjar de 60 dagarna att räknas så småningom, men inte just vid gränsen på 30 dagar. Även denna grupp får en mer omfattande vårdgaranti än vad som gäller i dagens behandlingsgaranti, inte minst eftersom garantin täcker även exempelvis undersökningar.

[53] Bland positiva remissvar fanns bland annat Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdföretagarna, Funktionsrätt Sverige och Sjukhusläkarna.

Det kan alltså uppstå ett ”glapp” i form av förlängd väntetid även i vårt förslag till vårdgaranti. I den föreslagna vårdgarantin handlar det dock endast om ett glapp som uppstår av medicinska skäl – inte för att åtgärden eller undersökningen i fråga inte ingår i vårdgarantin, som det är i dagens system. Det är en viktig skillnad.

Nationella riktlinjer och medicinska måldatum kan ange andra tidsintervall som gäller framför vårdgarantin

Nationella riktlinjer eller standardiserade vårdförlopp för till exempelvis cancer kan ange andra tidsintervall som är medicinskt motiverade för det aktuella förloppet och dessa kan vara både kortare och längre än 60 dagar. I så fall gäller dessa riktlinjer framför vårdgarantin. På så vis skiljer sig inte den behovsstyrda vårdgarantin från dagens – hälso- och sjukvårdsförordningen (HSF) anger redan i dag att vid bedömning av uppfyllelse av vårdgarantin ska inte tid räknas då den enskilde av medicinska skäl inte kan ges vård.[54]

Den medicinska bedömningen kan också ge utfallet att ingen ytterligare åtgärd ska vidtas i den specialiserade vården. I de fallen gäller inte garantin om 60 dagar. Även detta är precis som i dag.

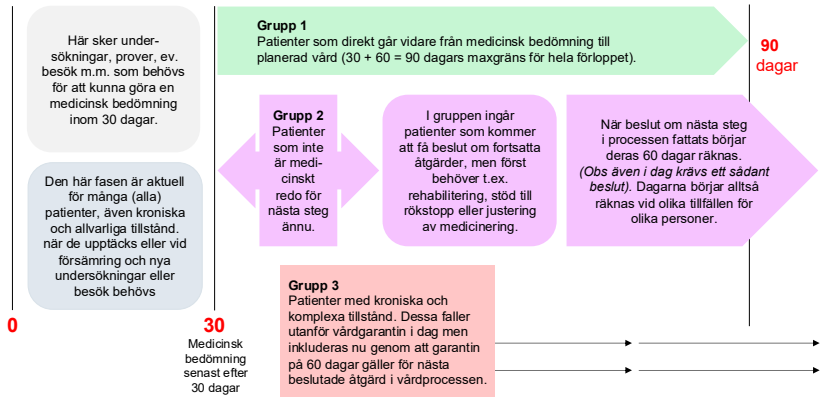
Patienter med kroniska eller allvarliga tillstånd utesluts i praktiken från dagens vårdgaranti. En garanti om ett första besök respektive operation eller påbörjad behandling är inte så relevant när patienten återkommande behöver vård. I den konstruktion av vårdgaranti som vi föreslår får även dessa patienter en garanti för sin väntetid – garantin på 60 dagar gäller för nästa beslutad åtgärd i vårdprocessen, oavsett vilken slags åtgärd det handlar om (se patientgrupp 3 i figur 7.2). Om patienter med kroniska tillstånd ändå skulle falla utanför vårdgarantin, för att de är i behov av en planerad uppföljning, gäller det medicinska måldatumet som garanti för att väntetiden blir rimlig, precis som i dag. Se mer om detta nedan.[55]

[54] 6 kap. 2 § hälso- och sjukvårdförordningen (2017:80), HSF.
[55] Se även om medicinskt måldatum i kapitel 6.

Figur 7.1 Medicinsk bedömning och planerad vård i den nya vårdgarantin



Figur 7.2 Exempel på tre patientgrupper som omfattas av den nya vårdgarantin



När undersökningar inkluderas omfattas fler patienter och risken för undanträngningseffekter minskar

Som vi beskrivit tidigare i kapitlet bedömer vi att det finns goda chanser för att undanträngningseffekterna minskar när fler patienter omfattas av vårdgarantin – vilket blir resultatet när undersökningar inkluderas i garantin.

Undersökningar är grundläggande för att ställa diagnos, utesluta sjukdomar, bedöma omfattningen av problem samt för att besluta om behandling och utgör på så vis en väsentlig del av hälso- och sjukvårdens insatser. Som vi konstaterade i kapitel 6 så är det svårt att hitta uppgifter om hur långa väntetiderna till undersökningar är i den specialiserade vården. Det finns bara uppgifter om väntetider till några typer av undersökningar och det är bara vissa regioner som rapporterar in dessa data. Den statistik som utredningen har tagit

del av visar att väntetiderna till undersökningar kan vara långa. Uppgifterna visar också regionala skillnader och att väntetiderna varierar mellan olika typer av undersökningar.

Om undersökningar ingår i vårdgarantin kommer troligen uppföljningarna av väntetiderna till den delen av vårdkedjan förbättras. Om inte annat skulle de få större uppmärksamhet än de får i dag, när det inte finns lagstadgad gräns för väntetiden.

Att inkludera undersökningar i vårdgarantin är ingen omöjlighet – i Region Halland är det sedan länge en del av den regionala målsättningen. Den uppsatta tidsgränsen i Halland på 60 dagar gäller såväl för besök i den specialiserade vården som för utredningar (undersökningar, tester och prover) och eventuell operation.[56]

Återbesök blir en del av vårdgarantin, men inte planerade uppföljningar

Även återbesök ingår i vårt förslag till behovsstyrd vårdgaranti. Liksom vad gäller undersökningar så bedömer vi att risken minskar för undanträngning av patienter som väntar på sitt återbesök om även dessa inkluderas i vårdgarantin.

Enligt Socialstyrelsens termbank är ett återbesök ett öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde, vårdcentral eller motsvarande.[57] Inom ramen för den vårdgaranti som vi föreslår är det tänkbart att fler än ett besök kan behövas för att göra den medicinska bedömningen. Detsamma gäller även steget för patientens planerade vård, eftersom det även då kan behövas flera besök. Med detta synsätt ingår alltså återbesök i vår föreslagna vårdgaranti. Om ett återbesök skulle bli aktuellt efter att den planerade vården har avslutats bör det i stället omfattas av bestämmelsen om medicinsk bedömning och därför ske inom 30 dagar. Då är patienten tillbaka i ”steg 1” igen i vårdgarantin med andra ord. Här menar utredningen att även akutisering eller försämring av redan kända diagnoser och tillstånd ska omfattas.

Som vi konstaterar i kapitel 6 har vi mött blandade synpunkter på att ha med återbesök i en ny vårdgaranti. De flesta är dock positiva.

[56] Även i Region Stockholm har regionen valt att inkludera undersökningar i den regionala målsättningen men i det fallet är inte alla slags undersökningar inkluderade.
[57] Socialstyrelsen, ”Socialstyrelsens termbank” (återbesök), hämtad 2025-08-14.

Planerade uppföljningar styrs av medicinska måldatum även framöver

Vi menar att det huvudsakliga skälet till att inkludera återbesök är att fler patienter på så vis kommer att omfattas av vårdgarantin. Vi anser däremot inte att återbesök i form av planerade uppföljningar bör ingå. Planerade uppföljningar kan till exempel handla om att bedöma om en fraktur har läkt på rätt sätt efter ett visst antal veckor, eller regelbundna årliga uppföljningar vid kroniska diagnoser. Tidpunkterna för sådana besök styrs ofta av rekommendationer och nationella riktlinjer och vad som är en lämplig tidpunkt för planerad uppföljning skiljer sig tidsmässigt åt beroende på diagnos och patientens situation. Vi menar därför att det inte är lämpligt att inkludera de planerade uppföljningarna i en lagstadgad vårdgaranti. Det är givetvis viktigt att dessa uppföljningar sker i tid, men de styrs mer lämpligt genom medicinska, individuella måldatum och inte av lagstadgade tidsgränser. Ett medicinskt måldatum kan infalla före eller efter vårdgarantins tidsgränser och kan ändras om patientens tillstånd förändras.

Det har under utredningens gång uttryckts oro för att återbesöken kan komma att tränga undan de planerade uppföljningarna – just för att de senare inte ingår i den nya vårdgarantin. Om sådan undanträngning sker skulle det riskera att drabba kroniskt sjuka patienter, som är en viktig patientgrupp inom planerade uppföljningar. Vi bedömer att vårt förslag till vårdgaranti på det hela taget ökar chanserna för att kroniskt sjuka patienter omfattas av vårdgarantin. Argumenten för att inte inkludera planerade uppföljningar i garantin är starka och överväger risken för eventuella undanträngningseffekter.

Vårdgarantin ska vara generell även framöver

Dagens vårdgaranti är generell och gäller oavsett diagnos, grad av sjukdom, ålder eller kön. Vårdgarantin fungerar som yttre, bortre tidsgränser för när vissa nedslag i vårdkedjan senast ska äga rum.

I kapitel 6 gick vi igenom tänkbara upplägg för en differentierad vårdgaranti. En sådan skulle till exempel kunna ha olika utformning beroende på patientens diagnos. En annan möjlig modell är en vårdgaranti som differentieras beroende på inom vilket vårdområde som patienten får vård. I Danmark och Norge har man exempelvis valt att

ha särskilda tidsgränser för personer med cancer (Danmark) respektive unga personer med psykisk ohälsa eller missbruk (Norge).

En tänkbar fördel med att införa differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde är att sådana vårdgarantier skulle kunna ges ett mer precist innehåll än vad som är möjligt i en vårdgaranti som omfattar alla patienter på samma sätt. Det är även tänkbart att sådana vårdgarantier skulle få en högre grad av legitimitet hos professionen, eftersom medicinsk kunskap skulle beaktas i utformningen av vårdgarantierna. Om en vårdgaranti ska vara differentierad så behöver den dock vara rimligt enkel. Den får inte leda till undanträngning och den ska inte medföra omfattande byråkrati. Detta är sådant som framkommit under utredningens gång och som har påverkat våra vägval.

Just att vårdgarantin ska vara ”rimligt enkel” är ett skäl till att inte införa differentierade vårdgarantier efter diagnos eller vårdområde – en sådan konstruktion skulle kräva noggranna överväganden för att avgöra och motivera vilka diagnoser eller vårdområden som skulle omfattas av en särskild vårdgaranti. Det skulle också vara svårt att avgöra och motivera skillnader i innehåll och tidsgränser mellan olika garantier. Den huvudsakliga nackdelen med att differentiera vårdgarantin utifrån diagnos eller vårdområde är att patienter kan ha mer eller mindre brådskande behov oavsett vilken diagnos de har eller inom vilket vårdområde de får vård. Det är därför svårt att utforma en reglering som prioriterar vissa diagnoser eller vårdområden framför andra, samtidigt som behovsprincipen om att den som har störst behov av vård ska få vård först är styrande.

Mot denna bakgrund bedömer vi att vårdgarantin även i fortsättningen ska vara generell.

Den generella vårdgarantin har en särskild reglering för BUP

Gränserna på 30 respektive 60 dagar som vi beskrivit ovan gäller alltså för alla patienter och vårdområden, om det inte finns medicinska skäl till annat. Undantaget är väntetiderna till BUP och tidsgränsen på 60 dagar.

Vad gäller BUP har vi ett särskilt uppdrag, att föreslå en lagstadgad vårdgaranti som innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård vid psykisk ohälsa inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning och efterföljande behandling. Maximalt 60 dagars väntan på planerad vård skulle innebära en alltför lång väntan för barn och unga som söker vård inom BUP. I det fallet föreslår vi därför en kortare tidsgräns. Detta utvecklar vi i kapitel 8.

7.3 En förtydligad reglering av regionernas ansvar för att se till att patienter får vård i tid

Förslag

Regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när regionen bedömer att vårdgarantins tidsgräns för medicinsk bedömning eller planerad vård inte kommer att uppfyllas. Det ska ske inom garantins gränser och utan extra kostnad för patienten.

Ändringen berör 2 kap. 4 § patientlagen och 9 kap. 2 § HSL.

Skälen för utredningens förslag

Regionerna har redan i dag ansvar för att patienter får vård inom vårdgarantins tidsgränser. Om regionen inte uppfyller besöks- eller behandlingsgarantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.[58] Detta gäller såväl specialiserad öppen som sluten vård.

Vi menar att regionernas ansvar behöver förtydligas. Med vårt förslag blir det tydligare att regionen ska ta initiativ till att söka en annan vårdgivare så snart regionen bedömer att den inte kommer

[58] 9 kap. 2 § HSL.

kunna erbjuda vård i hemregionen inom vårdgarantins tidsgränser för den specialiserade vården.

Regionerna behöver agera tidigare för att hjälpa patienter vidare

Att en region som misslyckas med någon del av vårdgarantin för den specialiserade vården behöver hjälpa patienten att få vård i en annan region är den yttersta konsekvensen av vårdgarantin.[59] I praktiken är det inte ovanligt att det dröjer till vårdgarantins yttersta gräns innan regionen hjälper patienten till en annan vårdgivare. Det innebär att det är för sent för patienten att få tid inom vårdgarantins gräns. Det har också framkommit att regioner avstår från att skicka patienter vidare eftersom det anses bli för dyrt.

I dag läggs ett stort ansvar på patienten, när det kommer till att söka vård i en annan region. Det gör att vården riskerar att bli ojämlik. Vi vill lyfta fram vikten av att regionerna inte inväntar tidpunkten då patientens vårdgaranti i den specialiserade vården överskridits innan åtgärder vidtas. Vården ska ges inom vårdgarantins tidsgränser, även om det behöver ske hos en annan vårdgivare för att tidsgränserna ska kunna hållas.

Det är regionen som ska ta initiativ att hitta en annan vårdgivare

Tillgänglighetsdelegationen lyfte fram att det faktum att det är regionen som har ansvar för att initiera ett ärende har ett egenvärde, oavsett hur det påverkar väntetiderna. Delegationen bedömde också att en ökad tillämpning av patienters möjligheter att välja vård i andra delar av regionen eller i andra regioner, utan att andra patienters väntetider påverkas negativt, skulle innebära ett bättre kapacitetsutnyttjande som kan påverka tillgänglighet och väntetider positivt. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys höll med om förslaget och uttryckte i sitt remissvar att ett tydliggörande av regionens skyldighet att se till att patienten får vård i en annan region kan bidra till kortare väntetider för den enskilde patienten och öka patientrörligheten.[60] Utredningen delar den bedömningen.

[59] Prop. 2009/10:67 s. 79.
[60] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, remissyttrande över betänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet* (SOU 2022:22).

Med vårt förslag om kortare tidsgränser i vårdgarantin (se avsnitt 7.2.4) kommer de tillfällen i en patients vårdprocess när regionen behöver bedöma om den kan erbjuda en medicinsk bedömning respektive planerad vård att infalla tidigare än i dag. Genom att vi även föreslår att undersökningar omfattas av vårdgarantin kommer regionerna dessutom vid fler tillfällen än i dag behöva göra en bedömning av om de behöver hjälpa patienten till en annan vårdgivare. Det bör leda till att regionerna vidtar nödvändiga åtgärder i sitt arbete med tillgänglighet för att klara av de förändrade tidsgränserna inom den egna regionen. Vår bedömning är att förändringarna även kan leda till att fler patienter får vård i en annan region än hemregionen. Det kan bidra till att den samlade vårdkapaciteten i landet utnyttjas bättre, genom att fler patienter får vård snabbare än i dag.

Det är viktigt att det finns rutiner, så att fler patienter kan känna sig trygga med att tacka ja till vård i en annan region. I dag händer det att patienter tackar nej av olika praktiska skäl, som oklarheter kring ersättning från hemregionen exempelvis. Detta beskrev vi i avsnitt 6.8.3.

En mer utförlig analys av förslagens konsekvenser finns i kapitel 13.

7.3.1 Regionerna ska planera och organisera för en god tillgänglighet i vården

Förslag

Regionen ska planera och organisera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet.

Ändringen berör 7 kap. 2 § HSL.

Skälen för utredningens förslag

Regionerna har en avgörande roll för vårdens tillgänglighet. I HSL nämns tillgänglighet i två bestämmelser.[61] Ingen av dessa reglerar dock regionens skyldighet att organisera och planera sin verksam-

[61] Dels i 5 kap. 1 § 5 som en av grundpelarna i begreppet god vård, dels i 13 a kap. 1 § 2 som en del av primärvårdens grunduppdrag.

het så att den främjar en god tillgänglighet. Vi bedömer att en sådan reglering behöver införas, i syfte att förtydliga regionernas ansvar.

Begreppet tillgänglighet ska ges samma betydelse som det har i dag, det vill säga handla om sådant som rådgivning, tidsbokning, bedömning, behandling, geografisk tillgänglighet, öppettider, jourtjänstgöring, kötider, tillgång till information eller en vård som anpassats till patientens förutsättningar.[62] En nära och lättillgänglig vård kan även uppfyllas genom digitala och andra tekniska lösningar.[63]

Utredningens förslag innebär inte någon detaljreglering av *hur* regioner organiserar och planerar sin verksamhet för att främja god tillgänglighet – det är upp till regionen att bedöma vilka åtgärder som är lämpliga. Exempel på sådana åtgärder kan vara inrättande av vårdlotsar och vårdgarantikanslier, digitala tjänster för kontakt mellan vårdgivare och patienter eller en kombination av dessa. Regionen ska i enlighet med HSL beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare vid planeringen av hälso- och sjukvården.[64]

7.3.2 Det behövs ingen särskild reglering av valet av utförare när regionen inte uppfyller vårdgarantin

Bedömning

Möjligheten för patienter att fritt välja utförare i de fall vårdgarantins tidsgränser överskrids, bör inte regleras i särskild ordning.

Skälen för utredningens bedömning

Vi bedömer att det inte behövs någon särskild reglering av patientens möjlighet att välja utförare i de fall då regionen inte ger vård inom vårdgarantins tidsgränser.

Möjligheten att välja utförare i den öppna vården är redan reglerad: patienter har enligt lag möjlighet att välja utförare i hemregionen eller i andra regioner om det gäller öppen vård som primärvård eller öppen specialiserad vård. Detta gäller oavsett om vårdgarantins tidsgränser överskrids eller inte. Här behövs inte någon ytterligare reglering.

[62] Prop. 2019/20:164 s. 13, prop. 1981/82:97 s. 57 och 117.
[63] Prop. 2017/18:83 s. 23, prop. 2019/20:164 s. 79.
[64] 7 kap. 2 § HSL.

När det gäller patienter som väntat på sluten, specialiserad vård längre än vårdgarantins yttre tidsgränser så bör patientens önskemål om vårdgivare beaktas.[65] Inom sluten specialiserad vård så har regionerna möjlighet att beakta patientens önskemål om utförare genom riksavtalet. Möjligheten att välja utförare i den slutna vården är däremot inte reglerad i lag. Vi återkommer till val av utförare inom den slutna vården i kapitel 9.

Inga fördelar med en särskild reglering av möjligheten att välja

Utredningen kan inte se några stora fördelar med en särskild reglering av möjligheten att fritt välja utförare, i de fall då patienter väntat längre än vårdgarantins yttersta tidsgränser. Det viktiga i dessa lägen är rimligtvis att hitta en vårdgivare med kapacitet att erbjuda den vård som behövs och i tid. För de patienter som önskar en annan vårdgivare av andra skäl är det sannolikt att det önskemålet uttryckts tidigare.[66]

7.4 Finansieringen av omställning till en ny vårdgaranti

Förslag

Regionerna bör få ett tillskott av medel under åren 2027, 2028 och 2029 för att hantera de tillfälliga kostnader som uppstår i omställningen till en vårdgaranti med kortare tidsgränser. Tillskottet bör även kunna användas för omställningsarbetet som rör BUP.

Skälen för utredningens förslag

För att nå upp till en ny lagstadgad vårdgaranti med kortare tidsgränser krävs ett effektivt och samlat arbete i regionerna. Omställningen kan innebära vissa tillfälliga kostnader. Vi bedömer därför att regionerna bör få ett tillfälligt tillskott av medel under tre års tid. Medlen behövs för omställningsarbetet, men också för att generellt

[65] Prop. 2013/14:106 s. 85.
[66] Se vidare i kapitel 9.

korta köerna, det vill säga att ett större antal väntande patienter ska få vård på kort tid. Vårt förslag är att 1 miljard kronor avsätts per år under åren 2027, 2028 och 2029, genom en ökning av anslaget 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna, utgiftsområde 9. Beräkningarna för förslaget och fler detaljer återger vi i kapitel 13.

I de sedan tidigare beräknade medlen på anslag 1:11 (cirka 7 miljarder kronor år 2027 exempelvis) finns satsningar som kommer att underlätta i omställningen och i arbetet med att korta vårdköerna, vilket vi har tagit hänsyn till i vår uppskattning av kostnaderna. Till exempel finns redan en beräknad satsning på kortare vårdköer på 750 miljoner kronor år 2027 respektive 500 miljoner kronor år 2028.

Vid fördelning av medel föreslår vi att hänsyn även tas till standardkostnaden för hälso- och sjukvården

Regionerna ska kunna ge sina invånare likvärdig service oberoende av inkomster eller strukturella skillnader. Beroende av invånarnas ålderssammansättning, vårdbehov eller geografiska skillnader varierar kostnaderna att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet. Inom ramen för det kommunalekonomiska utjämningssystemet beräknas därför en regions standardkostnad för hälso- och sjukvård.[67] En sådan standardkostnad 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 regioner. Syftet med kostnadsutjämningen är att jämna ut för de kostnads- och behovsskillnader som regionerna inte kan påverka.

Trots regionernas olika förutsättningar har de tillfälliga statsbidragen inom hälso- och sjukvårdsområdet oftast fördelats utifrån invånarantal. Enligt utredningen har detta bidragit till en ökad ojämlikhet mellan regionerna, bland annat när det gäller deras förutsättningar att erbjuda en god tillgänglighet. Det har även påverkat patienternas möjligheter att få en jämlik och behovsstyrd vård. Vid fördelning av medel till regionerna föreslår vi att hänsyn inte bara tas till invånarantal, utan även till standardkostnaden för hälso- och sjukvården.

Vi återkommer till de kostnader som förslagen kan tänkas medföra i kapitel 13 Konsekvenser.

[67] Se förordning om kommunalekonomisk utjämning (2004:881).

8 En lagstadgad vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatrin

Den psykiska ohälsan[1] har ökat bland barn och unga och allt fler söker vård inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP).

BUP är specialiserad, psykiatrisk vård för barn och unga upp till 18 år. Det kan handla om öppen eller sluten vård. I båda fallen handlar det om åtgärder som rör barn och ungas psykiska hälsa som kräver särskilda medicinska, tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Om det rör lindriga till måttliga vårdbehov för psykisk ohälsa omfattas dessa i stället av primärvårdens ansvar.

Sedan 2011 finns en målsättning om en ”förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa”[2], som innebär att barn och unga inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning och inte längre än ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling.[3] Målsättningen uttrycks i överenskommelser mellan regeringen och SKR och är inte lagstadgad. I praktiken är det dock dessa tidsgränser som tillämpas som målsättning för väntetiderna inom BUP. Detta återspeglas i statistiken över väntetiderna, som även den utgår från gränserna på 30 + 30 dagar. Utredningen har i uppdrag att föreslå en lagstadgad vårdgaranti för BUP med dessa tidsgränser.

[1] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har enats om en gemensam och enhetlig användning av begreppen inom området. Begreppet psykisk ohälsa innefattar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Se publikationen *Begrepp inom området psykisk hälsa, 2024.*
[2] Se till exempel *Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regione*r, 2025, s. 3.
[3] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2025.

8.1 Vårdgarantin reglerar inte hur prioriteringar ska göras inom BUP

Precis som för andra vårdområden så reglerar inte den överenskomna vårdgarantin om en patient ska få vård inom BUP eller inte, eller vilken vård det i så fall handlar om. Prioriteringar utgår fortfarande från de prioriteringsriktlinjer som riksdagen beslutat om.[4] Vidare ställer vårdgarantin inte några krav på vårdens kvalitet, hur vårdprocessen ska fungera för patienten eller hur kontakten med vården ska se ut. Det hanteras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, i nationella riktlinjer samt i vårdens olika kunskapsstöd. Vårdgarantin reglerar inte heller hur snart en åtgärd för en specifik sjukdom bör ske. Den uttalar däremot att vården ska ske senast inom viss tid. Samtidigt råder LEON-principen – vård ska ges på den lägsta nivån som är effektiv för patientens behov, inte per automatik i den specialiserade vården med andra ord.

8.2 Allt fler barn och unga söker vård på grund av psykisk ohälsa

Folkhälsomyndigheten och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) har undersökt barn och ungas psykiska hälsa. Tre av fyra i åldern 16–25 år uppger att de har ett gott psykiskt välbefinnande.[5] Andelen är högre bland killar än bland tjejer, 81 procent respektive 71 procent. Samtidigt har det har skett en ökning under de senaste decennierna av barn och unga som rapporterar ett nedsatt psykiskt välbefinnande. 43 procent av unga i åldern 16–25 år har lätta besvär av ängslan, oro eller ångest och 17 procent har svåra besvär av detta. Skillnaden mellan könen är tydlig, där pojkar rapporterar ett bättre mående än flickor.[6]

Förekomsten av depression och ångest bland barn och unga i Sverige har ökat sedan 2010.[7] Enligt Socialstyrelsen fördubblades nästan antalet rapporterade fall av depression och ångestsyndrom

[4] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186. Dessa beskrivs mer utförligt i kapitel 3.
[5] Folkhälsomyndigheten och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF), *Att inte bara överleva utan att faktiskt också leva – en kartläggning om ungas psykiska hälsa*, 2023.
[6] Ibid.
[7] Socialstyrelsen, *Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018*, 2019.

bland barn och unga vuxna mellan åren 2010 och 2018. Denna ökning återspeglas både i antalet diagnoser som ställs inom hälso- och sjukvården och i förskrivningen av läkemedel som används vid behandling av dessa tillstånd.[8]

Enligt Folkhälsomyndigheten finns det troligtvis flera faktorer som bidrar till ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige. Det handlar bland annat om brister i skolans funktion samt ökad medvetenhet hos unga om de ökade krav som förändringarna på arbetsmarknaden medför.[9]

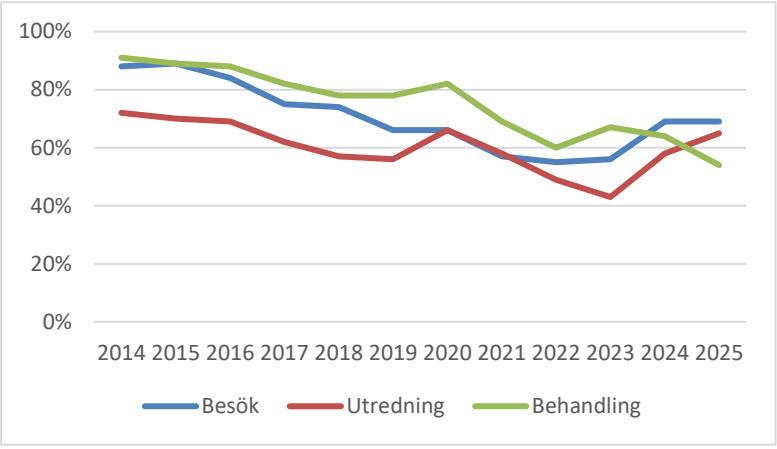
8.2.1 Fler söker vård inom BUP och många får vänta för länge

Rapporter, utredningar och statistik pekar på att fler patienter tas emot inom BUP. Behovet av vård ökar dock samtidigt snabbare än den tillgängliga kapaciteten.[10] Sedan 2017 har andelen barn som varit i kontakt med BUP ökat med 35 procent. Under samma period har kapaciteten inom BUP, mätt i arbetade timmar, ökat med 22 procent.[11]

När vi jämför data från 2014 och framåt så är det tydligt att väntetiderna till BUP har ökat under det senaste decenniet och att allt färre får vård inom ramen för den förstärkta vårdgarantin på 30 dagar. År 2014 genomfördes 88 procent av de första besöken samt 72 procent av utredningarna och 91 procent av behandlingarna inom den förstärkta vårdgarantins gränser. Under 2025 genomfördes i stället 69 procent av de första besöken samt 65 procent av utredningarna och 54 procent av behandlingarna inom den förstärkta vårdgarantins gränser.

[8] Ibid.
[9] Folkhälsomyndigheten, *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*, 2018.
[10] Se till exempel Socialstyrelsen, *Förekomst av psykisk ohälsa bland barn*, 2024.
[11] SKR, *Psykiatrin i siffror – Barn- och ungdomspsykiatrin 2024*, 2025.

Figur 8.1 Andel genomförda besök, utredningar och behandlingar inom 30 dagar



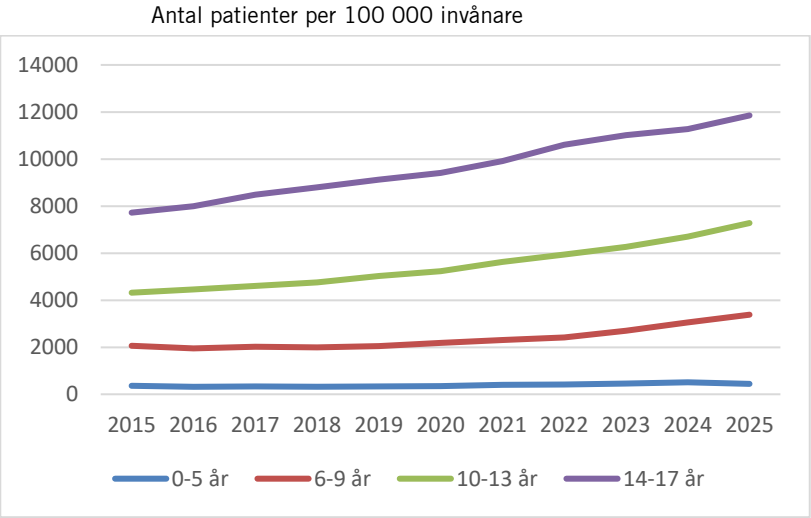
Anm.: Tillgängligheten följs upp inom ramen för SKR:s väntetidsdatabas. Varje månad ger en ögonblicksbild av antalet väntande det sista datumet i månaden. Detta innebär att en person som väntar flera månader räknas en gång varje månad. Det går därför inte att se unika väntande individer vid summering av flera månader. Ny uppföljningsmodell from 2021.
Källa: Väntetidsdatabasen.

År 2025 hade cirka 95 000 barn och unga mellan 0–17 år minst ett läkarbesök i den specialiserade psykiatriska öppenvården.

De senaste tio åren har antalet barn per 100 000 invånare som haft minst ett läkarbesök i den specialiserade psykiatriska öppenvården, ökat med drygt 60 procent.[12] Ökningen har varit störst i åldrarna 10–17 år, se figur 8.2.

[12] Socialstyrelsen, *Statistik om specialiserad psykiatrisk vård*, 2023.

Figur 8.2 **Barn och unga i olika åldersgrupper med minst ett läkarbesök inom specialiserad psykiatrisk öppen vård**



Anm.: Under 2024 började även vårdkontakter hos andra yrkeskategorier än läkare inom öppenvårds-psykiatrin rapporteras till patientregistret. Enligt Socialstyrelsen är besök hos sjuksköterska vanligast bland barn och utgör 30 procent av samtliga besök inom öppenvårdspsykiatrin som främst består av vårdkontakter med BUP. Psykologbesök står för 26 procent av samtliga besök medan läkarbesök utgör 18 procent. Besök hos kurator eller hälso- och sjukvårdskurator utgör 14 procent av samtliga besök bland barn.[13]
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Det finns olika anledningar till att barn och unga får vård i den öppna specialiserade psykiatrin

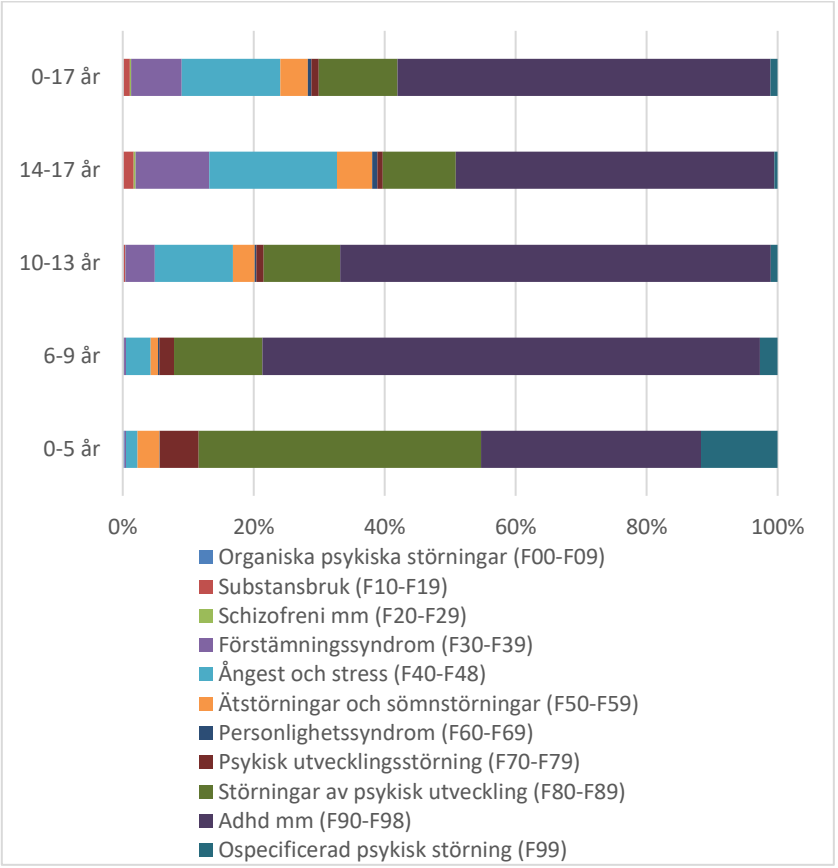
Orsaken till att barn och unga vårdas inom den öppna specialiserade psykiatrin skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper, se figur 8.3. Cirka 43 procent av patienterna i åldern 0–5 år hade en huvuddiagnos inom kategorin störningar av psykisk utveckling, där exempelvis autism ingår. I övriga åldersgrupper, det vill säga barn 6–17 år, var diagnosgruppen där adhd ingår vanligast.[14] I åldersgruppen 6–9 år hade 76 procent av patienterna ett läkarbesök med en huvuddiagnos

[13] Socialstyrelsen, Statistik om specialiserad psykiatrisk vård 2024 – fokus på ny inrapportering, 2026.
[14] Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter om begränsningar av förordnande och utlämning av vissa läkemedel (HSLF-FS 2017:74) får läkemedel som innehåller narkotika och som är godkända för behandling av adhd lämnas ut från apotek endast om det förskrivits av läkare med specialistkompetens i barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri, rättspsykiatri, neurologi eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Om det finns särskilda skäl kan Läkemedelsverket besluta om undantag (dispens).

inom denna diagnosgrupp. Även bland de äldre barnen var detta vanligast men diagnosgruppen utgjorde där inte en lika stor andel.[15]

Figur 8.3 Diagnosfördelning bland läkarbesök i specialiserad öppen vård 2025

Andel inom respektive diagnosavsnitt för psykiska sjukdomar



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

[15] Socialstyrelsen, *Statistik om specialiserad psykiatrisk vård*, 2023.

8.2.2 Stora regionala skillnader när det gäller väntetider till BUP

Det är stora skillnader mellan regionerna när det gäller hur stor andel av barn och unga som fått sitt första besök hos BUP inom 30 dagar. År 2025 varierade andelen mellan 16 och 95 procent, beroende på vilken region det handlade om. Detta illustreras i figur 8.4. Barnombudsmannen (BO) har konstaterat att var i landet barnet råkar bo är avgörande för om barnet får hjälp i tid. Enligt BO är det oacceptabelt och inte förenligt med barnkonventionen.[16]

På nationell nivå fick en lika stor andel sitt första besök hos BUP 2024 och 2025 inom 30 dagar: 69 procent av patienterna.

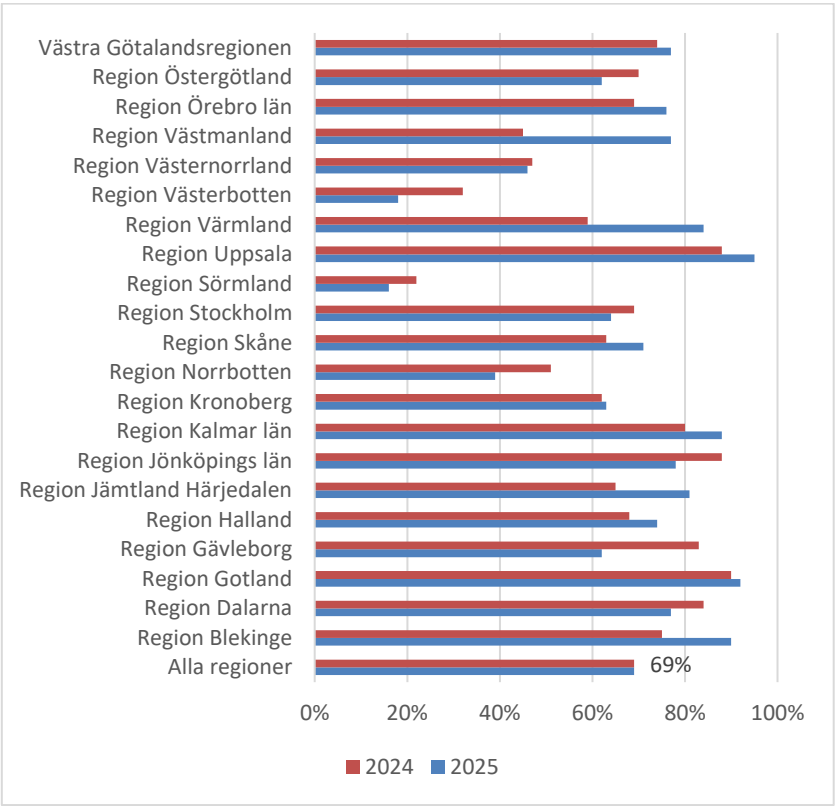
Enligt SKR kan besök på distans vara ett sätt för BUP-verksamheterna att ge fler barn och unga vård tidigare.[17] En distanskontakt definieras som en vårdkontakt där personal och patient är rumsligt åtskilda.[18] Kontakten kan till exempel ske via videolänk, telefon eller säker e-kommunikation. Statistik visar att regioner som tar emot fler patienter per invånare ofta har en högre andel distanskontakter.[19]

Enligt uppgifter till utredningen kan de stora regionala skillnaderna i väntetider bland annat bero på olikheter i rapportering. Liksom för andra vårdområden finns det brister i data för väntetider inom BUP. Det gör att det är svårt att veta hur långa väntetiderna egentligen är. SKR arbetar med att skapa mer likartade definitioner och rutiner för att få en mer enhetlig registrering till väntetidsdatabasen när det gäller BUP. Samtidigt pågår förändringar när det gäller uppföljningen. I april 2025 beslutade regeringen att regionerna ska lämna uppgifter om väntetider inom hälso- och sjukvården till Socialstyrelsen, i stället för till SKR.[20] Detta utvecklar vi i kapitel 10.

[16] Barnombudsmannen, *Hur dåligt måste man må egentligen? Samhällets insatser för att främja barns psykiska hälsa*, 2024.
[17] SKR, *Psykiatrin i siffror – Barn- och ungdomspsykiatrin – Kartläggning*, 2024.
[18] En distanskontakt definieras enligt Socialstyrelsens termbank som en vårdkontakt där personal och patient är rumsligt åtskilda.
[19] SKR, *Psykiatrin i siffror – Barn- och ungdomspsykiatrin – Kartläggning*, 2024.
[20] Förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Figur 8.4 Andel nybesök inom 30 dagar 2024 respektive 2025

Jämförelse mellan regioner



Källa: Väntetidsdatabasen. Flera regioner har genomgått byten av vårdinformationssystem som påverkar rapportering och datakvalitet. Detta berör Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Halland, Region Norrbotten, Region Sörmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland och Region Örebro.

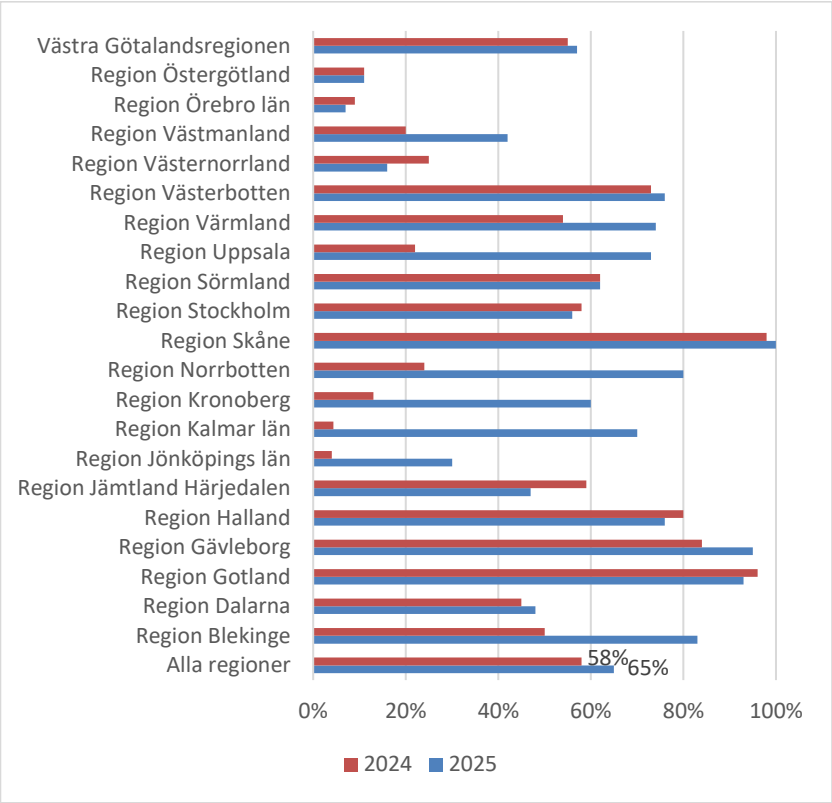
Andelen påbörjade utredningar inom 30 dagar har ökat

Det är även stora skillnader mellan regionerna när det gäller hur stor andel av barn och unga som fått sin utredning påbörjad inom 30 dagar. År 2025 varierade andelen mellan 7 och 95 procent.

Antalet påbörjade utredningar inom BUP ökade från 19 573 år 2024 till 21 863 utredningar 2025, sett över hela landet. Under 2024 fick 58 procent av patienterna fick sin utredning påbörjad inom 30 dagar. Motsvarande siffra för 2025 var 65 procent.

Figur 8.5 Andel påbörjade utredningar inom 30 dagar 2024 respektive 2025

Jämförelse mellan regioner



Källa: Väntetidsdatabasen. Flera regioner har genomgått byten av vårdinformationssystem som påverkar rapportering och datakvalitet. Detta berör Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Halland, Region Norrbotten, Region Sörmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland och Region Örebro.

Andelen behandlingar inom 30 dagar har minskat samtidigt som antalet totalt sett har ökat

Det är stora skillnader mellan regionerna när det gäller hur stor andel av barn och unga som fått sin behandling inom 30 dagar. År 2025 varierade andelen mellan 13 och 100 procent.

Antalet påbörjade behandlingar inom BUP ökade med cirka 50 procent mellan 2024 och 2025 (från 24 799 år 2024 till 37 539 behandlingar år 2025), sett över hela landet. Trots detta minskade andelen patienter som fick sin behandling i tid. Under 2024 fick 65 procent

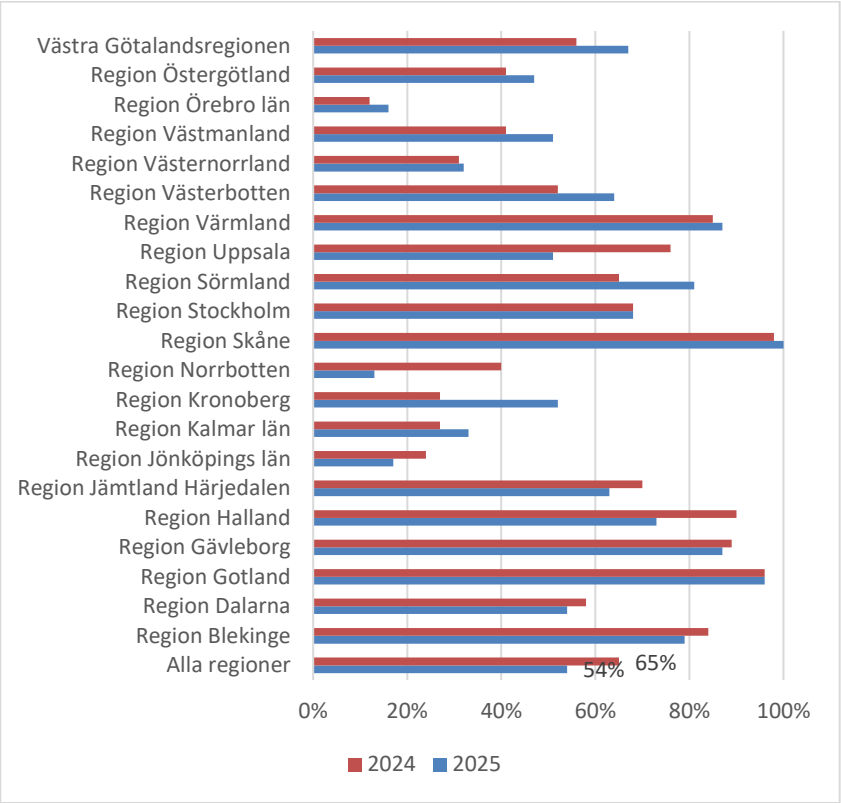
av patienterna sin behandling inom 30 dagar. Motsvarande siffra för 2025 var 54 procent.

IVO har analyserat patientklagomål riktade mot BUP samt lex Maria-anmälningar från vårdgivare inom BUP under perioden 2022–2024. Drygt 40 procent (26 av 63) av de klagomål där IVO kritiserar vårdgivaren handlar om bristande behandling. Enligt IVO har försenad eller utebliven behandling lett till allvarliga konsekvenser för patienterna, såsom hög skolfrånvaro med social isolering och ökande ångest som följd. I de mest allvarliga fallen har det lett till självskadebeteenden, självmordsförsök och i några fall även haft kopplingar till självmord.[21]

[21] IVO, *Iakttagelser i korthet. Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatrin riskerar barn och ungas hälsa*, 2025.

Figur 8.6 Andel påbörjade behandlingar inom 30 dagar 2024 respektive 2025

Jämförelse mellan regioner



Källa: Väntetidsdatabasen. Flera regioner har genomgått byten av vårdinformationssystem som påverkar rapportering och datakvalitet. Detta berör Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Halland, Region Norrbotten, Region Sörmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland och Region Örebro.

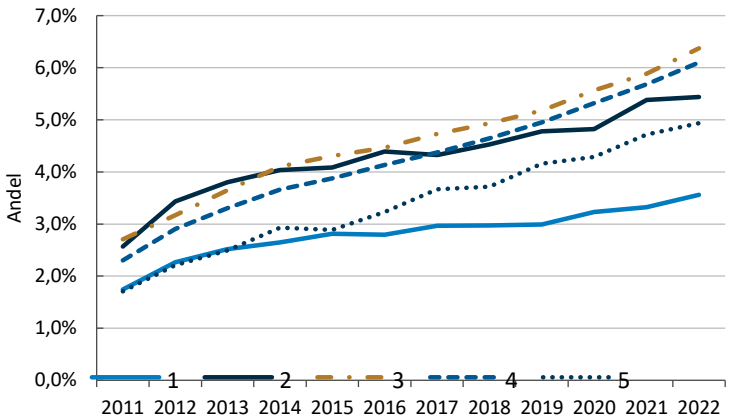
Tillgången till BUP är ojämlik

Socialstyrelsen konstaterar att ökningen av den inom BUP vanligast förekommande diagnosen, adhd, är som störst i socioekonomiskt priviligierade områden. Samtidigt når BUP inte barn i socioekonomiskt utsatta områden i den utsträckning som behövs,[22] se figur 8.7. Barn i socioekonomiskt utsatta områden har ofta ett större behov av vård för till exempel adhd och andra barn- och ungdomspsykiatriska

[22] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården – Nationella planeringsstödet. Delrapport 1 – Barn- och ungdomspsykiatrin*, 2025.

tillstånd. Oproportionerligt många barn som får diagnoser och insatser inom BUP bor dock inte i dessa områden utan i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Denna utveckling går emot intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen samt den etiska plattformens mål om rättvis och behovsstyrd vård.[23] Enligt dessa ska ju den som har störst behov av vård få vård först.

Figur 8.7 Andel barn och unga (10–17 år) i befolkningen med läkarbesök inom BUP med diagnosen adhd, utifrån socioekonomiska områden



1. Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar. 2. Områden med socioekonomiska utmaningar. 3. Socioekonomiskt blandade områden. 4. Områden med goda socioekonomiska förutsättningar. 5. Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.
Källa: Socialstyrelsen.

8.2.3 Ökad efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar

Under senare år har efterfrågan på vård relaterad till neuropsykiatriska diagnoser som adhd ökat, vilket har resulterat i en mer ansträngd situation för BUP. Enligt Socialstyrelsen är cirka 70 procent av alla läkarbesök inom BUP i åldern 10–17 år relaterade till adhd-diagnoser.[24]

Hälso- och sjukvård kan generellt bedrivas inom den offentligt finansierade vården eller inom den som är privat finansierad. Vad gäller den offentligt finansierade vården så kan den antingen vara i regional regi eller utföras av en privat vårdgivare på uppdrag av en

[23] Ibid.
[24] Ibid.

region.[25] Därutöver väljer vissa patienter att vända sig till en privat vårdgivare och finansiera vården själv, så kallad privat-privat vård. Denna finansieringsform har på senare år fått en särskilt stor betydelse just inom området BUP. Avsnitten nedan handlar om denna typ av vård.

Allt fler bekostar neuropsykiatriska utredningar på egen hand

Långa väntetider och stora skillnader i väntetider mellan regionerna har lett till att allt fler bekostar bedömningar, utredningar och behandlingar av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar på egen hand, utanför den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Det kan handla om att snabbare få tillgång till hälso- och sjukvård eller att få ett bredare utbud av insatser.[26] Detta gäller framför allt barn och unga. Det här har resulterat i en ökande marknad för företag med inriktning mot utredning av barn med misstänkta neuropsykiatriska svårigheter. Det är okänt hur många utredningar som bekostas av patienten själv.[27] Socialstyrelsen konstaterar att en del av de utredningar som genomförs av vissa privata aktörer brister i kvalitet. I flera fall har diagnoserna ifrågasatts när patienterna remitteras åter till den regionalt finansierade vården för behandling. Även om privat bekostade utredningar kan ge barn och unga snabbare tillgång till en bedömning och kortsiktigt avlasta den regionfinansierade barn- och ungdomspsykiatrin, innebär det ofta merarbete för den regionala vården. Det beror delvis på det administrativa arbetet som det innebär att remittera patienter mellan privat-privat och regionfinansierad vård.

Uppdrag att kartlägga risker och nyttor med privatfinansierad vård

Utbudet av privatfinansierad vård har ökat. Som en effekt av det har regeringen gett Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att kartlägga och analysera konsekvenserna, såväl risker som nyttor, med viss privatfinansierad vård. Myndigheten ska göra en bedömning av fortsatta utvecklingsbehov inom området, inklusive en bedömning av even-

[25] Som en del i samverkan för ökad kapacitet avhandlas betydelsen av avtal mellan regioner och privata vårdgivare på andra ställen i betänkandet samt i vår PM *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården*.
[26] Regeringsbeslut S2025/00254.
[27] Det är detta som vi omnämner ”privat-privat vård”.

tuella behov av reglering eller andra insatser. Uppdraget slutredovisas den 30 september 2027.

IVO har genomfört en särskild tillsynsinsats av privata vårdgivare som gör neuropsykiatriska bedömningar, utredningar och behandlingar.[28] Tillsynen visar att samtliga tio verksamheter som IVO granskat har brister som innebär att kraven på god och säker vård inte uppfylls i alla delar.

Nästan alla vårdnadshavare beskriver att bristande tillgänglighet inom den offentligt finansierade vården har bidragit till att de kontaktat en privat vårdgivare för att få hjälp och i de flesta fall betalat vården själva. Flera av vårdnadshavarna berättar om oro eller erfarenhet av negativa konsekvenser för barnet och familjen i väntan på vård. Många var först i kontakt med den offentligt finansierade vården och fick besked om långa väntetider och köer.

Kortare utredningsprocesser och ökad förväntan på diagnosticering

Socialstyrelsen menar att kortare utredningsprocesser inom både privatfinansierad (privat-privat) vård och offentligt finansierad vård innebär att diagnostiken blir mer osäker, och riskerar att ytterligare öka antalet barn med diagnoser. Det påverkar tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin på ett negativt sätt.[29]

Adhd-diagnosen är en funktionsnedsättning, och det krävs ofta intyg och utlåtanden från behandlande läkare för att den enskilde ska kunna få stödjande insatser i skolan eller omvårdnadsbidrag. Enligt SKR upplevs det från vårdens sida att det finnas en ökad förväntan på diagnosticering från samhället. Detta påverkar bland annat vårdens möjligheter att ge tidiga insatser baserade på symtom snarare än diagnoser, eftersom insatserna ibland inte anses vara tillräckliga.[30]

Många patienter i behov av neuropsykiatrisk utredning kommer till vården på remiss från skolan. Inflödet av dessa patienter är ojämnt fördelat med toppar i slutet på höst- och vårtermin. Detta gör att besöken behöver ske när patienter ofta är lediga och kapaciteten i

[28] Uppdraget gavs genom en ändring i IVO:s regleringsbrev för 2025. Uppdraget redovisades i januari 2026.
[29] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården – Nationella planeringsstödet. Delrapport 1 – Barn- och ungdomspsykiatrin*, 2025.
[30] SKR, *Pusselbitar och perspektiv – Första linjen och BUP:s erfarenheter av barn och ungas psykiska ohälsa*, 2025.

verksamheten lägre. Många gånger behövs även kontakt tas med skolan för att kunna genomföra utredningar och det kan därför bli svårt att genomföra en utredning under skolloven.

8.3 BUP är i många fall den primära instansen för barn och unga med psykisk ohälsa

Åtgärder som rör barn och ungas psykiska hälsa som kräver särskilda medicinska, tekniska resurser eller annan särskild kompetens ska utföras av BUP, alltså inom den specialiserade vården. Insatserna kan ges som öppen eller sluten vård. Sedan 2024 finns även nationell högspecialiserad vård för barn med ätstörningar, könsdysfori och svårbehandlat självskadebeteende.

Trots att BUP är en specialistvårdsverksamhet finns det enligt SKR en viss förväntan på att BUP ska vara en generell samling för all psykisk ohälsa hos barn och unga, oavsett grad av behov.[31] SKR menar också att vårdsystemet har byggts upp för att så många barn och unga som möjligt ska bedömas, utredas och behandlas inom BUP. Även nationella insatser har framför allt riktats mot den specialiserade nivån. Det har därför saknats tillräcklig kompetens inom psykisk hälsa för barn och unga i primärvården.[32]

8.3.1 En första linje för barn och unga med psykisk ohälsa

Åtgärder som rör barn och ungas psykiska hälsa som kräver särskilda medicinska, tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens ska alltså utföras av BUP. Lindriga till måttliga besvär av psykisk ohälsa omfattas i stället av primärvårdens grunduppdrag. Regionerna har dock valt att organisera omhändertagandet av barn med lindriga till måttliga besvär på olika sätt. Enligt en rapport från SKR från 2022 hade tolv regioner organiserat sin första linje inom primärvården och nio inom den specialiserade vården.[33] Första linjen är verksamheter som tar emot barn och unga med tidiga tecken på psykiska besvär och psykiatriska tillstånd av lindrig till måttlig grad, oavsett orsak.

[31] Ibid.
[32] Ibid.
[33] SKR, *Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa*, 2022.

I regioner som organiserat sin första linje inom primärvården förekommer det att regioner har inrättat separata första linje-mottagningar eller att det är ett uttryckligt uppdrag för alla eller vissa vårdcentraler. Det förekommer även att första linje-mottagningar har ett delat huvudmannaskap med kommunen. I regioner som har organiserat sin första linje inom specialistnivån tillhör den oftast BUP eller den somatiska öppna specialistvården, till exempel barn- och ungdomshälsan.

Som ett stöd i avgränsningen mellan vårdnivåer formulerades 2019 en nationell överenskommelse där barn och unga med lindriga till måttliga psykiatriska besvär ska få stöd inom första linjen, medan barn och unga med medelsvåra till svåra tillstånd ska hänvisas till specialistnivå. Socialstyrelsen konstaterade i en kartläggning av första linjen från 2021 att skillnaderna i landet riskerar att skapa ett ojämlikt omhändertagande.[34] Även den statliga utredningen Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga från 2021 framhöll detta och bedömde att projekt kring första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver integreras i primärvårdens uppdrag.[35]

Enligt SKR finns det ett visst motstånd från vårdnadshavare att ta emot stöd från första linjeverksamheter. Detta bottnar dels i att det saknas kunskaper om första linjens syfte och roll, dels att det finns en förväntan på att det är hos BUP som den ”riktiga vården” börjar.[36] Det finns också skillnader i hur resurserna fördelas över landet mellan första linjen och BUP. I nuläget är antalet årsarbetare inom första linjen färre än inom BUP i samtliga regioner. Läkemedelsbehandling av barn med psykisk ohälsa sker sällan i primärvården, oavsett art och svårighetsgrad av tillståndet. Det gör att dessa patienter i större utsträckning hänvisas till den specialiserade vården.

8.3.2 En väg in – en kontaktväg till primärvården och BUP

Många regioner har skapat ett regionalt samarbete, med en gemensam kontaktväg in till primärvården och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, *En väg in.* Remisser från till exempel skolan kan

[34] Socialstyrelsen, *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa*, 2021.
[35] SOU 2021:34.
[36] SKR, *Pusselbitar och perspektiv – Första linjen och BUP:s erfarenheter av barn och ungas psykiska ohälsa*, 2025.

också omhändertas via En väg in. Syftet är att öka tillgängligheten till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa. Det finns skillnader både vad gäller organisation, lokalisering och arbetssätt mellan regionerna. Alla mottagarfunktioner kan exempelvis inte boka patienten direkt till BUP eller till första linjen.

Socialstyrelsens kartläggning av En väg in visar att verksamheten finns i 17 regioner.[37] I de fyra resterande regionerna är en uppstart planerad. Socialstyrelsens bedömer att En väg in har bidragit till flera positiva resultat, bland annat bättre bedömningar och en tydligare ingång till vården. Socialstyrelsen konstaterar samtidigt att En väg in inte har lett till en mer jämlik vård, eftersom vården inte i någon större uträckning getts till dem med störst behov. En utmaning är hur vården bättre ska nå barn och unga i utsatta områden.[38] När det gäller ökad tillgänglighet genom snabbare vård har Socialstyrelsens utvärdering inte heller kunnat påvisa kortade köer till BUP generellt. En bidragande förklaring till det bedöms vara det ökade inflödet av patienter över tid. Samtidigt finns det tydliga indikationer på att arbetssättet bidragit till effektivare resursanvändning trots ökande volymer av patienter. Genom att lyfta ut vissa arbetsuppgifter, som triagering, tidsbokning, rådgivning eller remisshantering från kringliggande verksamheter har en avlastning skett som varit märkbar för verksamheterna, främst för BUP.[39]

8.4 Skolan har en viktig roll för ungas psykiska hälsa

Barn och unga tillbringar en stor del av sin tid i skolan. Skolan har därför en betydande roll för barn och ungas psykiska hälsa.

I och med 2010 års skollag samlades skolhälsovården, den särskilda elevvården och de specialpedagogiska insatserna i en samlad elevhälsa. Målsättningen med elevhälsan som ett eget verksamhetsområde var bland annat att stärka samverkan mellan skolans olika delar och personalgrupper utifrån utgångspunkten att arbetet med elevhälsa borde ses som en del av skolans lärandeuppdrag och det samlade

[37] Socialstyrelsen, *Utvärdering av arbetssättet En väg in. En rapport om införandet av centraliserade funktioner för telefontriagering av vård för barn och unga med psykisk ohälsa*, 2025.
[38] Ibid.
[39] Ibid.

arbetet för en god hälsa, med betoning på det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.[40]

Enligt 2 kap. 25 § andra stycket skollagen (2010:800) ska alla barn i skolan ha tillgång till elevhälsa med skolläkare, skolsköterska, psykolog, kurator och specialpedagog eller speciallärare. Elevhälsan ska främst arbeta förebyggande och hälsofrämjande och vid behov samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

8.4.1 Regeringen har tagit emot förslag om en förbättrad elevhälsa

Utredningen om en förbättrad elevhälsa har föreslagit ändringar i skollagen som syftar till att undanröja hinder för att en utredning om särskilt stöd för en elev ska inledas.[41] Förslaget innebär att det inte ska finnas något krav på att annat stöd ska ha getts innan en utredning om särskilt stöd inleds. Den föreslagna ändringen syftar till att elever i behov av stöd ska få det mer skyndsamt än i dag.

Utredningen om en förbättrad elevhälsa har även föreslagit att elevhälsan ska erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser vid lättare fysiska och psykiska vårdbehov.[42] Det kan handla om en första bedömning av icke-akuta besvär och rådgivning, som huvud- eller buksmärta, stress eller tidiga tecken på ätstörning och allergier. Det kan också handla om samtalsstöd vid lättare psykiska vårdbehov för att hantera vardagliga händelser. Förslaget syftar till att elever i behov av enklare hälso- och sjukvårdsinsatser snabbare ska få insatser och innan behoven blivit mer omfattande.

Utredningen om en förbättrad elevhälsa har även föreslagit att eleverna ska garanteras en första bedömning av lättare fysiska och psykiska vårdbehov av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom elevhälsan inom sju dagar.[43] En första bedömning innebär att elevhälsans professioner ska ta ställning till om elevens behov kan tillgodoses inom elevhälsan eller om eleven bör remitteras till regionens hälso- och sjukvård.[44] Det finns även förslag på lagstadgade krav på att elevhälsans professioner ska finnas tillgängliga i skolans lokaler

[40] Prop. 2009/10:165, s. 275 f.
[41] SOU 2025:44.
[42] SOU 2025:113.
[43] Ibid.
[44] Ibid.

med en viss regelbundenhet.[45] Förslagen bereds i Regeringskansliet när vi lämnar vårt betänkande.

Förslag om att samverkan mellan elevhälsa och regionens hälso- och sjukvård ska förbättras

I dag saknas det en tydlig och välfungerande vårdkedja för samverkan mellan elevhälsa och hälso- och sjukvård, som till exempel första linjen och BUP. Detta kan få stora konsekvenser för enskilda elever som väntar på att få komma i kontakt med någon av dessa funktioner.

Utredningen om en förbättrad elevhälsa har föreslagit att varje skolhuvudman som bedriver utbildning[46] ska ingå en samverkansöverenskommelse med regionen i länet som den bedriver skolverksamhet i.[47] Samverkansöverenskommelsen ska avse hur skolan tar kontakt och samverkar med hälso- och sjukvården vad gäller elever som har behov av insatser från regionens hälso- och sjukvård. Överenskommelsen ska även handla om hur informationen ska överföras för dessa elever om de efter kontakt med regionens hälso- och sjukvård är i behov av fortsatt stöd från elevhälsan eller skolan i övrigt. Det kan exempelvis handla om tydliggörande vid remissförfarande och återkoppling efter behandling. Förslaget ska tydliggöra ansvarsfördelningen mellan elevhälsan och hälso- och sjukvården. Det ska bidra till en ökad likvärdighet för elever som är i behov av samordnande insatser.[48] Även dessa förslag bereds i Regeringskansliet vid tiden när vi lämnar vårt betänkande.

8.5 Staten genomför flera insatser för att stärka BUP

Regeringen har avsatt medel till barn och unga med psykisk ohälsa under lång tid. Inom ramen för den så kallade tillgänglighetssatsningen fördelades cirka 200 miljoner kronor per år till de dåvarande landstingen åren 2007 och 2008, i syfte att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Vidare ingick

[45] Ibid.
[46] Detta gäller i de obligatoriska skolformerna samt i gymnasieskolan och den anpassade gymnasieskolan.
[47] SOU 2025:113.
[48] Ibid.

regeringen en överenskommelse med dåvarande SKL 2008 om att utreda förutsättningarna för att på sikt förkorta väntetiderna till BUP.[49]

Från och med 2009 utgick prestationsmedel till de landsting som klarade målet om att ta emot mer än 90 procent av alla barn för ett första besök inom 30 dagar och inleda utredning eller behandling efter ytterligare 30 dagar. Villkoren för de prestationsbaserade statsbidragen reglerades genom årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL.[50]

Under perioden 2016–2022 avsatte staten mer än 3 miljarder kronor till regionerna för att uppnå målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP för att öka tillgängligheten till vård och insatser för barn och unga med psykisk ohälsa.[51] Medel avsattes bland annat inom ramen för överenskommelserna för psykisk hälsa och ökad tillgänglighet. Under 2023 och 2024 avsattes över 600 miljoner kronor till BUP inom ramen för överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Samtidigt beror inte den bristande tillgängligheten endast på resursbrist då barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter beskriver att det administrativa arbetet är kostsamt, ineffektivt och att arbetet tar allt för mycket resurser från kärnuppdraget.[52] Socialstyrelsen har identifierat ett behov av nationellt stöd för att förbättra hur resurser fördelas och hur verksamheternas kapacitet styrs i förhållande till vårdbehov. Det finns därför ett behov av en stärkt produktions- och kapacitetsstyrning.[53]

8.5.1 Överenskommelse om ökad tillgänglighet till BUP för 2025–2026

I budgeten för 2025 beslutades om en så kallad ”BUP-miljard”, vilket var en större satsning än tidigare år.[54] Vidare slöt regeringen och SKR i februari 2025 en överenskommelse om ökad tillgänglighet

[49] Regeringen och SKL, *Överenskommelse mellan regeringen och SKL om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa*, 2009.
[50] Se till exempel *Överenskommelse mellan staten och SKR om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022* och *Överenskommelse mellan staten och SKR om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024*.
[51] Socialstyrelsen, *Utvärdering av arbetssättet En väg in – En rapport om införandet av centraliserade funktioner för telefontriagering av vård för barn och unga med psykisk ohälsa*, 2025.
[52] Socialstyrelsen, ”Nationellt utvecklingsteam för barn- och ungdomspsykiatrin”, hämtad 2026-02-06.
[53] Socialstyrelsen, *Nationellt utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården*, 2025.
[54] Prop. 2024/25:1.

till BUP för 2025–2026. Det var första gången som BUP behandlades i en egen överenskommelse. Som vi har beskrivit i kapitel 4 ersattes vid samma tid (början av 2025) den bredare överenskommelsen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården av en förordning om statsbidrag till regioner.[55] Motsvarande förändring har alltså inte ännu gjorts för BUP.

Överenskommelsen för 2025 och 2026 innehåller två block, utvecklingsarbete respektive prestationsbaserade ersättningar. Inom ramen för utvecklingsarbetet ska regionerna bland annat genomföra en analys av hur olika delar av BUP-verksamheten kan effektiviseras, samt hur första linjen och primärvården kan organiseras, stärkas och utvecklas för att säkerställa omhändertagande på rätt vårdnivå. Totalt 840 miljoner kronor av de medel som fördelas via överenskommelsen 2026 är prestationsbaserade. Det är medel som regionerna kan ta del av genom att uppnå en god genomsnittlig nivå eller uppvisa en förbättring av andelen genomförda första besök, påbörjade utredningar respektive påbörjade behandlingar inom BUP, som sker inom den förstärkta vårdgarantins 30 dagar, samt prestationskrav kopplat till ökad produktivitet och kapacitet att korta vårdköer till ett första besök inom BUP. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp överenskommelsen.[56] Under 2026 ska myndigheten bland annat hantera utbetalningar av medel utifrån prestationskrav för väntetider respektive vårdköer till regionerna samt samarbeta med SKR för att säkerställa att den information och data som ligger till grund för SKR:s analys- och utvecklingsstöd till regionerna i största möjliga utsträckning överensstämmer med myndighetens väntetidsdata avseende BUP.[57]

Den övergripande inriktningen på överenskommelsen om ökad tillgänglighet till BUP gäller även under 2026, men med vissa justeringar. Det handlar bland annat om mer flexibla och ändamålsenliga övergångar mellan primärvårdsnivån och BUP samt mellan BUP och vuxenpsykiatrin, liksom en ambitionshöjning avseende första besök.[58] Lika mycket medel – en miljard kronor – avsätts inom ramen för överenskommelsen detta år.

[55] Förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252).
[56] Regeringsbeslut S2025/01282.
[57] Regeringsbeslut S2026/00201.
[58] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026. Ändringsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2026.

8.5.2 Nationella utvecklingsteam ska stötta den specialiserade psykiatrin

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra fortsatta insatser för att utveckla arbetet med nationella utvecklingsteam.[59] Det nationella utvecklingsteamets arbete syftar till att på olika sätt stärka verksamheter inom den specialiserade psykiatrin. Utvecklingsteamet arbetar med flera olika stöd som initialt har avgränsats till BUP. Stöden är framtagna tillsammans med verksamheterna och utgår från uttryckta behov. Utvecklingsteamet erbjuder bland annat ett stöd där flera olika BUP-mottagningar skattar och värderar sin egen verksamhet och utbyter erfarenheter med andra BUP-verksamheter. På sikt är målet att stödet ska bidra till en jämlik, tillgänglig och effektiv vård med god kvalitet till patienter utifrån deras behov. Under det första årets pilotverksamhet deltog sex regioner. Flera ytterligare regioner har anmält sig till nästa omgång. Med stöd av Prioriteringscentrum och en expertgrupp från BUP arbetar utvecklingsteamet även med utgångspunkt från den etiska plattformen fram ett stöd för prioriteringar inom BUP med syfte att öka kunskapen om prioriteringar med utgångspunkt från en barnpsykiatrisk kontext. Teamet stöttar också i kartläggning av administrativa arbetsuppgifter som tar tid från patientarbete samt kartläggning av vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa. Med syfte att bidra med ökad kunskap om vårdkedja och dimensionering av densamma samt identifiera eventuella sårbara grupper. Arbetet med utvecklingsteam ska slutrapporteras mars 2028 och utvärderas fortlöpande både internt på Socialstyrelsen samt av följeforskning från Karolinska institutet.

8.5.3 Stärkt tillsyn inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Regeringen har gett IVO i uppdrag att stärka och utveckla tillsynen inom området psykisk hälsa och suicidprevention.[60] I uppdraget ingår bland annat att fortsatt utveckla verktyg och nödvändig datatillgång för att analysera risker inom området. Myndigheten ska särskilt fokusera på de områden där utvecklingsbehoven för uppföljningen

[59] Regeringsbeslut S2025/00657.
[60] Regeringsbeslut S2025/01452.

är som störst. IVO ska även genomföra förstärkta tillsynsinsatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdraget ska slutredovisas i mars 2029.

8.5.4 Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Statens skolverk, ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga till och med 20 års ålder.

Syftet med ett nationellt hälsoprogram för barn och unga är bland annat att skapa goda förutsättningar för hälsa och utveckling, samt att uppnå en sammanhållen, regelbunden och jämlik hälsouppföljning, oavsett var i landet barnet eller den unge bor. Målet är att skapa en jämlik hälsa för alla barn och unga i Sverige.

Regeringen har beslutat att Socialstyrelsen ska redovisa innehållet i det nationella hälsoprogrammet i augusti 2026.

8.6 Utredningens förslag och bedömning för BUP

8.6.1 En lagstadgad vårdgaranti med en särskild tidsgräns för planerad vård inom BUP

Förslag

En vårdgaranti med en särskild tidsgräns för planerad vård ska införas för verksamhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri. Barn och unga ska inte behöva vänta längre än:

- 30 dagar på planerad vård inom BUP.
- Om ett beslut fattas om ytterligare vård ska den ges inom 30 dagar från beslutet.

Förslaget berör 2 kap. 3 § patientlagen och 9 kap. 1 § HSL. Tidsgränsen om 30 dagar regleras i den nya bestämmelsen, 6 kap. 1 a § HSF.

Skälen för utredningens förslag

Vi har valt att utforma en vårdgaranti som är generell – gränserna på 3 och 10 arbetsdagar respektive 30 och 60 dagar, som vi föreslår i kapitel 7, gäller för alla patienter och vårdområden. Undantaget är gränsen på 60 dagar för planerad vård, där vi bedömer att det behövs en särskild reglering för väntetiderna till BUP på 30 dagar.

Vad gäller BUP har vi ett särskilt uppdrag: att föreslå en lagstadgad vårdgaranti som innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård vid psykisk ohälsa inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning, samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning och efterföljande behandling.

30 dagars väntan på en bedömning inom BUP regleras genom vårt förslag om medicinsk bedömning för all vård (se kapitel 7). Vad gäller maximalt 30 dagars väntan på en fördjupad utredning eller behandling så har vi formulerat en specifik vårdgaranti för planerad vård inom BUP.

Det har framförts till utredningen att en lagstadgad vårdgaranti för BUP inte får medföra undanträngningseffekter av svårare sjuka eller en försämrad kontinuitet och kvalitet i den barnpsykiatriska vården. Utredningen vill i detta sammanhang lyfta fram behovsprincipen, det vill säga att den som har störst behov av vård ska få vård först. Självklart är denna styrande även för prioriteringar inom BUP.

I praktiken används ”den förstärkta vårdgarantin” framför den lagstadgade

Det har visat sig under utredningens gång att många redan i dag agerar som att gränserna för väntetiderna till BUP på 30 + 30 dagar är reglerade i lag – fast att de endast är uttalade i överenskommelser mellan regeringen och SKR.

Ordningen, med dels en överenskommelse om en ”förstärkt,” icke lagstadgad vårdgaranti för BUP, dels en lagstiftad vårdgaranti, skapar otydlighet. En reglering av den så kallade förstärkta vårdgarantin ökar förutsättningarna för en mer jämlik vård och skapar en tydlighet för patienterna vad gäller vilka krav som gäller för tillgängligheten till BUP. Det skulle också innebära en ökad tydlighet mot verksamheterna och berörda myndigheter genom att vårdgarantin för BUP får samma juridiska status som den generella vårdgarantin.

Vårdgarantin ska samtidigt inte vara styrande när det gäller hur regionerna väljer att organisera vården för unga med psykisk ohälsa. Enligt uppgifter till utredningen har vissa regioner, mot bakgrund av hur den förstärkta vårdgarantin är formulerad i överenskommelsen, uppfattat att en första bedömning alltid behöver ske inom BUP, även i de fall då en utförlig bedömning redan genomförts på primärvårdsnivå. Utredningen anser att det är upp till huvudmännen att organisera omhändertagandet av barn och unga med psykisk ohälsa på det sätt som de bedömer är lämpligast inom ramen för deras uppdrag. Utredningen anser vidare att en lagstiftning om en förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa innebär högre krav på regionerna att prioritera, planera och organisera omhändertagandet av dessa patienter på ett mer ändamålsenligt sätt än vad som är fallet i dag. Detta gäller både BUP och andra berörda aktörer, som till exempel primärvård och skola.

Vi konstaterar sammantaget att målsättningen om en förstärkt vårdgaranti för barn och unga är välkänd och att den redan tillämpas i verksamheterna. Den har även stort genomslag hos myndigheterna. Något som visar på det senare är exempelvis ett tillsynsbeslut från IVO.[61] I beslutet påtalar IVO brister i form av långa vårdköer till BUP och hänvisar då till den överenskomna förstärkta vårdgarantin om 30 dagar – den icke lagstadgade garantin med andra ord.

Regionernas avtal med privata vårdgivare är underutnyttjade

På samma sätt som inom andra vårdområden är, enligt uppgifter till utredningen, regionernas avtal med privata vårdgivare inom BUP underutnyttjade. Det verkar vara samma orsaker som inom övriga vårdområden till att avtalen inte används mer: Vissa regioners ekonomiska situation gör att regionen hellre väljer att ställa patienter i kö, än att använda sig av tillgängliga avtal. Ett annat skäl 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 till väga. 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.

[61] IVO, beslut 2025-06-09 dnr 3.5.1–27473/2023–6.

Regionernas vårdgarantifunktion har alltså också en viktig roll även när det gäller BUP.

Tidsfrister för remisshantering och information gäller även för BUP

Förslaget om att inkludera tidsfrister för remisshantering och information till patienten i vårdgarantin, som vi redogör för i kapitel 7, gäller även för BUP. Det handlar om två nya tidsgränser, på tre respektive tio arbetsdagar, som bland annat reglerar att en ny informationsgaranti införs och blir en del av vårdgarantin. Patienten ska inom tre arbetsdagar få besked om att remissen har tagits emot och inom tio arbetsdagar ska vårdgivaren informera patienten om när den medicinska bedömningen kommer att ske. Dessa förslag gäller alltså även för BUP.

En särskild reglering för planerad vård inom BUP

Utredningen anser att bedömningsgarantin för BUP bör ha samma utformning som den generella bedömningsgarantin som beskrivs i kapitel 7.

Den särskilda vårdgarantin för planerad vård inom BUP innebär att patienter ska få planerad vård inom 30 dagar från det att vårdgivaren beslutat om detta. Eftersom den förstärkta vårdgarantin är så pass etablerad vore det inte önskvärt att ”utöka” antalet dagar till 60, vilket är den gräns som vi föreslår för övriga vårdområden. Det skulle även strida mot våra direktiv att ange en gräns på 60 dagar.

Uttrycken ”fördjupad utredning” och ”påbörjad behandling” uttrycks i överenskommelserna mellan regeringen och SKR om ökad tillgänglighet och i våra direktiv.[62] Dessa begrepp menar vi ryms inom ramen för formuleringen *planerad vård*. Fördjupad utredning och efterföljande behandling ingår med andra ord i vårt förslag på vårdgaranti, det kommer alltså inte att innebära någon förändring för dessa patienter jämfört med i dag. Inom ramen för begreppet planerad vård ryms även andra vårdinsatser. Detta gör det lättare att följa behovsprincipen, eftersom vårdgarantin inte styr mot specifika vårdinsatser eller patientgrupper. Vårdgivaren styrs inte mot att prio-

[62] Se exempelvis Regeringen och SKR, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024*, 2023.

ritera nya patienter eller nya och enskilda besök framför till exempel kontinuitet i behandlingar för att uppfylla vårdgarantin.

På samma sätt som för den allmänna vårdgarantin föreslår utredningen att 30-dagarsgränsen för BUP gäller även om det beslutas att patienten ska genomgå ytterligare en åtgärd. Det innebär exempelvis att en patient inom BUP, som efter en utredning ska få en behandling, ska få inleda behandlingen inom 30 dagar från att beslut om behandling fattats av vårdgivaren. Detta gäller även en eventuell tredje vårdinsats, det vill säga patienten ska få en sådan inom 30 dagar från det att beslut fattats, om en sådan behövs. Detta gör att patienter inte behöver vänta på fortsatt vård.

Det förekommer även att barn eller ungdomar har flera parallella utredningar eller behandlingar för olika tillstånd. I dessa fall bör vårdgarantin tillämpas för respektive tillstånd och vårdinsats på det sätt som är medicinskt motiverat.

Det har även framförts till utredningen att det är viktigt att patienten i väntan på den planerade vården inte lämnas helt utan stöd. Det behöver vara tydligt för patienten och dennes anhöriga var de kan vända sig vid behov av stöd, till exempel om behoven förändras eller blir mer akuta.

8.6.2 Barn och unga bör erbjudas tidiga och stegvisa insatser

Bedömning

Lagstiftningen om en förstärkt vårdgaranti för BUP är inte tillräcklig i sig för att lösa problemet med långa väntetider. Arbetet med att erbjuda barn och unga tidiga och stegvisa insatser bör fortsätta och stärkas. På sikt kan detta minska risken för förvärrade besvär och därmed behovet av specialiserad vård.

Skälen för utredningens bedömning

Utredningen menar, i likhet med många andra, att väntetiderna till BUP inte är en isolerad fråga. I vissa fall kan en första kartläggning och tidiga stödinsatser, i förskolan, skolan eller via ungdomsmottagningen, i primärvården eller första linjen vara tillräckligt och då behövs ingen utredning och diagnos. Barn och unga som erbjuds sådana tidiga

insatser har en mindre risk för att senare behöva insatser inom BUP. Tidig upptäckt av psykisk ohälsa, tidigt omhändertagande och en välfungerande samverkan kan alltså i sin tur leda till bättre tillgänglighet inom BUP för barn och unga med mer omfattande psykisk ohälsa. Primärvårdens förutsättningar att omhänderta psykiska vårdbehov behöver stärkas. Om detta inte görs är det sannolikt att inflödet till BUP fortsatt kommer att vara stort.

Satsningar behöver fortsatt också riktas mot första linjen för barn och ungas psykiska ohälsa

Under perioden 2016–2022 avsatte staten mer än 3 miljarder kronor till regionerna för att uppnå målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. Arbetet med att bygga ut första linjen för barn och ungas psykiska ohälsa, inklusive primärvården, har inte varit föremål för motsvarande satsningar.

Utredningen ser positivt på att nuvarande överenskommelse mellan regeringen och SKR även avser strategiska insatser för att utveckla omhändertagandet av barn och ungdomar i första linjen och i primärvården. Under 2026 fördelas 400 miljoner kronor till regionerna för att stärka primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.[63] I februari 2026 beslutade riksdagen i enlighet med regeringens proposition Nästa steg för en god och nära vård, som innehåller förslag om att förtydliga att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov.[64] Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2026.[65] Detta beskrivs även i kapitel 4.

För att BUP som specialistverksamhet ska ha förutsättningar att möta patientgrupper med omfattande och komplexa psykiatriska behov behöver primärvårdens omhändertagande av patienter med lindrigare vårdbehov av psykisk ohälsa fortsätta utvecklas.

[63] Regeringsbeslut S2025/02147.
[64] Prop. 2025/26:19, bet. 2025/26:SoU23.
[65] Ibid.

Även andra delar av samhället har en roll i att minska behovet av specialiserad psykiatri för barn och unga

Genom hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser vid behov kan behovet av specialiserad psykiatri minskas. Regeringen har nyligen presenterat en nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Den nationella strategin ska ge en långsiktig inriktning för arbetet under perioden 2025 till 2034 och skapa förutsättningar för en gemensam riktning för hela samhället i arbetet med psykisk hälsa och suicid-prevention.[66]

Skolan har en särskilt viktig roll. Det har framförts till utredningen att den stora efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar delvis kan förklaras av krav från skolan på diagnos för att få hjälp, och att den stora efterfrågan har medfört långa väntetider för utredning, tid då barnet eller den unga inte får hjälp för sina besvär och tid som kan förvärra situationen. Enligt nationella riktlinjer ska barn med adhd-symtom som exempelvis koncentrationssvårigheter och impulsivitet först få stöd genom anpassningar i skola och förskola samt vägledning för föräldrar. Om dessa insatser inte är tillräckliga kan elevhälsan eller första linjen remittera barnet för utredning inom den specialiserade vården. Efter diagnos ska barnet och föräldrarna i första hand erbjudas fortsatta anpassningar och psykopedagogiska insatser. Skollagen ställer inga formella krav på en diagnos men eftersom diagnosen innebär ett erkännande av en problematik kan det underlätta att ha en diagnos för att få tillgång till stöd. I skollagen är rätten till stöd starkare för elever med en funktionsnedsättning.[67] Andelen elever som får särskilt stöd innan en dokumenterad adhd-diagnos är lägre 2024 än 2014.[68] Det blir således både ett problem att skolor avvaktar med att sätta in stödinsatser i väntan på att eleven får en diagnos och att långa köer på BUP förhindrar att elever skyndsamt får en diagnos.[69] Det informella kravet på diagnos leder till att stöd till de elever som är i behov av det fördröjs och är även en bidragande faktor till långa köer och väntetider hos BUP.[70]

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) genomförde under sommaren 2024 en enkätundersökning med syfte

[66] Skr. 2024/25:77.
[67] 3 kap. 2 § andra stycket skollagen (2010:800).
[68] SOU 2025:113, s. 133.
[69] Ibid.
[70] Ibid.

att efterfråga medlemmarnas syn på diagnostik och behandling av adhd. Av de svarande upplevde 45 procent att såväl tidiga insatser som basala anpassningar vid konstaterad adhd alltför sällan erbjuds. Många rapporterade att patienterna ofta endast får farmakologisk behandling. Regeringen har gett Läkemedelsverket i uppdrag att öka kunskapen hos berörda aktörer om användningen av adhd-läkemedel i Sverige med fokus på att främja en jämlik, säker och ändamålsenlig användning. Läkemedelsverket ska slutredovisa uppdraget den 1 juni 2027.

Skolan har en särskilt viktig roll

Utredningen anser att det är viktigt att fortsätta utveckla samarbetet mellan hälso- och sjukvården och skolan, inklusive elevhälsan, men att lägga förslag på skolans område ligger utanför utredningens direktiv. Utredningen vill dock i detta sammanhang lyfta de förslag som lämnats av Utredningen om en förbättrad elevhälsa.[71] Av den beslutade budgeten för 2026 framgår[72] att statsbidraget för personalförstärkningar förstärks för elevhälsan, för att ge elever förbättrad tillgång till elevhälsans kompetenser.

[71] SOU 2025:113.
[72] Prop. 2025/26:1, bet. 2025/26:UbU1, rskr. 2025/26:124.

9 Patientens möjligheter att välja utförare inom sluten vård

Patienter har enligt lag möjlighet att välja utförare i hemregionen eller i andra regioner när det gäller primärvård och öppen specialiserad vård.[1] När det gäller den slutna vården har regionerna sedan länge varit överens om att patienter ska ges möjlighet att välja utförare i hela landet. Den möjligheten är dock inte reglerad i lag.

Vi har i uppdrag att analysera och föreslå hur patientens möjlighet att fritt välja utförare av offentligt finansierad specialiserad vård i hela landet ska utökas till att även omfatta den slutna vården.

9.1 Regionerna ska planera för de patienter som omfattas av regionens ansvar

Historiskt sett har möjligheten att välja vårdgivare varit begränsad av var patienten bor. Patientens möjlighet att välja har utvecklats successivt sedan 1990-talet. En stor förändring skedde när lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft. Lagen har gett regionerna nya förutsättningar att upphandla olika vårdgivare som invånarna kan välja mellan.

Sedan 2010 är det obligatoriskt att använda vårdvalssystem i primärvården.[2] Ett fåtal regioner har dessutom infört vårdvalssystem i den specialiserade vården. Flest vårdvalssystem inom den specialiserade vården finns i Region Stockholm, Region Uppsala och Region Skåne.

Vid planeringen av vården ska regionen ta hänsyn till den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.[3] I frågor om hälso- och sjukvård som rör flera regioner ska regionerna samverka. HSL reglerar

[1] 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL.
[2] 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[3] 7 kap. 2 § andra stycket HSL.

dock inte hur samverkan eller ersättning mellan regioner ska gå till.[4] Den typen av frågor regleras i riksavtalet för utomlänsvård och i olika avtal mellan regioner. Riksavtalet är en överenskommelse mellan regioner om hanteringen av situationer när en patient får vård i en annan region än sin hemregion.[5] Syftet är att vägleda samverkan mellan regionerna när det inte finns någon annan reglering.[6]

9.1.1 Patienten har enligt lag rätt att välja utförare i öppen vård

Regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos de som omfattas av regionens ansvar. I det ansvaret ingår den egna regionens invånare, men också invånare från andra regioner, eftersom patienter kan söka öppen vård i hela landet.

Patienters möjligheter att välja och få öppen vård i andra regioner stärktes genom införandet av patientlagen 2015.[7] Sedan dess gäller att patienten har möjlighet att välja både offentliga och privata utförare inom offentligt finansierad öppen vård i hela landet, så länge utföraren har avtal med regionen.

Patienter är generellt positiva till att kunna välja mellan olika vårdgivare, framför allt i hemregionen, men även utanför sin region.[8]

9.1.2 Hemregionen bekostar patientens vård även när den sker i en annan region

Det är patientens hemregion som bekostar vården även när den sker i en annan region, under förutsättning att de remissregler som gäller i hemregionen följs.[9] Det gäller för både den öppna och för den slutna vården och oavsett om det är på grund av att hemregionen inte klarar vårdgarantin eller för att patienten valt en utförare i en annan region.

[4] 7 kap. 7–8 §§ HSL.
[5] Riksavtalet tecknades 2004. Uppdateringar har skett 2015 och senast 2025. SKR, *Riksavtal för utomlänsvård. Med giltighet fr.om 1 september 2025*.
[6] SKR, *Hur får regionerna använda andra regioners avtal och LOU, utformning av kontrakt. Svarar riksavtalet på det?* presentation, 2025-06-05.
[7] Enligt 9 kap. 1 § första stycket PL ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ha möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård, både inom hemregionen och i andra regioner.
[8] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag om kräver omtag. Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, 2021, s. 97.
[9] Jfr 8 kap. 3 § andra stycket HSL.

När det gäller den slutna vården krävs först ett godkännande av hemregionen.[10]

Förutsättningarna för patienter att få vård utanför sin hemregion varierar mellan olika regioner, både vad gäller öppen och sluten vård. Det beror bland annat på att remissreglerna ser olika ut och att regionernas arbete med tillgänglighet varierar.

9.1.3 Hemregionen står inte för andra kostnader som uppstår när patienten själv väljer vård i en annan region

Vi har tidigare redogjort för att patienten inte ska ha några merkostnader i samband med utomlänsvård som ges när hemregionen inte klarar vårdgarantins tidsgränser (se kapitel 6). När patienten själv väljer en utförare i en annan region – inom ramen för sitt fria val enligt patientlagen – gäller andra förutsättningar. Då finns det inget krav på att regionerna ska ersätta eventuella merkostnader som uppstår i samband med vården.

Frågan om det är patienten som ska stå för merkostnader för resor och logi när han eller hon söker vård hos en utförare i en annan region diskuterades av patientmaktsutredningen. Sådana fall jämställdes då med de fall när vård söks i ett annat land inom EES, och där patienten själv står för eventuella merkostnader. Utredningen lyfte fram att kostnaderna för enskilda patienter kunde bli ansenliga, och att det skulle kunna hindra vissa patienter från att utnyttja valmöjligheterna. Konsekvenserna av att låta landstingen stå för patientens merkostnader bedömdes dock som orimliga.[11] Regeringen delade utredningens bedömning att patienten ska stå för eventuella merkostnader i samband med utomlänsvård som sker med anledning av att patienten själv valt en vårdgivare i en annan region.[12]

[10] SKR, *Riksavtal för utomlänsvård. Med giltighet fr.om 1 september 2025*.
[11] SOU 2013:2 s. 222.
[12] Prop. 2013/14:106 s. 89.

9.1.4 Kunskapen om orsakerna till utomlänsvård är begränsad

Det finns ingen samlad statistik över orsakerna till att patienter får vård i en annan region. Utomlänsvården kan ske på grund av att patienten själv önskat att få vård där, men det kan också handla om att hemregionen inte har kunnat erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser. En annan anledning kan vara att hemregionen har avtal med en annan region om ett visst vårdutbud.[13] Endast några regioner kan särskilja hur mycket av utomlänsvården som beror på att patienten väntat för länge på vård och hur mycket som beror på patientens eget val. Det gör det svårt att analysera och dra slutsatser om utomlänsvården.

Det förefaller dock som att de ökade möjligheterna att välja utförare i den öppna vården, som infördes genom patientlagen, inte har medfört några stora förändringar av hur patienter rör sig över regiongränserna – den totala mängden utomlänsvård är ungefär densamma.[14] Skillnaderna mellan regionerna är stora och likartade över tid. Störst andel patienter som får öppen specialiserad vård i en annan region har Region Sörmland. Region Uppsala är den region som vårdar störst andel patienter från andra regioner. Region Västerbotten tar också emot många patienter från andra regioner.[15]

9.1.5 Patientens möjlighet att välja utförare i ett annat land

Patientens möjlighet att söka och få ersättning för vård utomlands har ökat genom tillämpning av patientrörlighetsdirektivet (2011/24/EU).[16] I vissa avseenden ger EU-rätten mer långtgående rättigheter när det gäller patienters rörlighet än patientlagen.[17]

Det är relativt vanligt att svenska medborgare söker specialiserad vård utomlands. Vanliga orsaker är att slippa vänta på vården, men

[13] Socialstyrelsen, *Patientströmmar över landstingsgränsen*, 2018 s. 21 och s. 36.
[14] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag. Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, 2021, s. 12.
[15] Socialstyrelsen, ”Statistik om patienter som får vård i en annan region”, hämtad 2026-03-26.
[16] I oktober 2013 genomfördes patientrörlighetsdirektivet genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom EES. Syftet var både att göra det lättare att få tillgång till säker gränsöverskridande hälso- och sjukvård av god kvalitet och att uppmuntra till samarbete mellan medlemsstaterna inom EES på hälso- och sjukvårdsområdet. Försäkringskassan, *Planerad vård utomlands*, 2017.
[17] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017*, 2017, s. 87.

det kan också handla om att få tillgång till en behandling som inte erbjuds i Sverige.

Under 2025 fick drygt 3 400 personer ersättning för vård utomlands. Majoriteten av dessa fick sin vård i Danmark. De flesta av de svenska medborgare som fick ersättning för vård i något annat land är hemmahörande i Region Skåne, Region Norrbotten eller Region Stockholm.[18]

Det ingår inte i vårt uppdrag att utreda möjlighet till vård utomlands. Patientens möjlighet att välja utförare avgränsar vi därför till vård inom landets gränser.

9.2 När en patient vill välja utförare av sluten vård i en annan region

9.2.1 Möjligheten att välja utförare av sluten vård i en annan region finns genom avtal

Möjligheten att välja utförare av sluten vård utanför hemregionen är inte lagreglerad, utan regleras genom riksavtalet.[19] Enligt avtalet ska patienter ha möjlighet att under vissa förutsättningar välja behandling i andra regioner även inom den slutna vården. När patientens vårdbehov fastställts kan hemregionen utfärda en remiss.[20] Regionen får dock inte prioritera planerad sluten vård av utomlänspatienter på bekostnad av de egna invånarnas vårdbehov. Undantag gäller när det handlar om omedelbar vård, nationell högspecialiserad vård eller samverkansregionsvård.[21]

För en del regioner finns det mellanlänsavtal, regionavtal eller avtal med privata och idéburna vårdgivare som reglerar förutsättningarna för sluten vård i andra regioner ytterligare. Patienten kan även få hälso- och sjukvård utanför hemregionen om regionerna kommer överens om det, eller om det är fråga om högspecialiserad vård.

Antalet patienter som får sluten vård utanför sin hemregion har inte förändrats i någon större utsträckning de senaste tio åren – det handlar om cirka 30 000 patienter varje år.[22] Preliminära analyser visar att utomlänsvården på årsbasis uppgår till omkring 12 procent

[18] Försäkringskassan, ”Statistik om internationell vård”, hämtad 2026-03-26.
[19] Jfr 8 kap. 3 § HSL och 9 kap. 1 § PL.
[20] SKR, *Riksavtal för utomlänsvård. Med giltighet fr.om 1 september 2025*.
[21] Ibid.
[22] Socialstyrelsen, ”Statistik om patienter som får vård i en annan region”, hämtad 2026-03-26.

av den planerade slutna vården samt runt 4 procent av den totala genomförda planerade vården (specialiserad öppen vård och sluten vård).[23] Andelen utomlänsvård är något högre i specialiserad sluten vård än i specialiserad öppen vård: cirka 5,9 procent respektive 4,7 procent 2019.[24] En förklaring till det kan vara att den slutna vården kan kräva kompetens eller utrustning som inte finns i alla regioner.[25]

9.3 Tidigare utredningar har bedömt att valfriheten inte bör omfatta sluten vård

Tidigare utredningar har fört fram argument mot att låta patientens valfrihet även omfatta sluten vård.[26] Patientmaktsutredningen övervägde om möjligheten att välja utförare skulle omfatta den slutna vården, men begränsade sina förslag till den öppna vården. Det huvudsakliga skälet var de dåvarande landstingens behov av att ha långsiktiga förutsättningar för att planera sin verksamhet. Den slutna vården bedömdes vara dyrare, platserna begränsade och vårdepisoderna längre än i den öppna vården. Enligt utredningen fanns det ändå anledning att låta patienters önskemål få stort utrymme inom den slutna vården, vilket till viss del skulle kunna ske genom riksavtalet för utomlänsvård. Utredningen lyfte fram behovet av att landstingens remissregler på sikt harmoniseras, så att de inte utgör ett hinder för patienten att välja sin vård.[27]

Tillgänglighetsdelegationen kom fram till samma slutsats utifrån liknande argument. Kostnaderna för den slutna vården bedömdes dessutom öka. De bedömde också att valfrihet i sluten vård är en fråga om valfrihet för patienter som i dag får vård inom vårdgarantins gränser, och inte en faktor som i någon större omfattning skulle påverka köer och väntetider. Den höga specialiseringsgraden i den slutna vården sågs som en anledning för regionerna att behålla kontrollen över resurser och kompetens för att på så sätt skapa långsiktiga planeringsförutsättningar.[28]

[23] E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Nationell vårdförmedling. Delredovisning av regeringsuppdrag (S2023/02119): genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*.
[24] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag*, 2021 s. 107.
[25] Socialstyrelsen, *Patientströmmar över landstingsgränsen* 2018 s. 11.
[26] SOU 2013:2 och SOU 2022:22.
[27] SOU 2013:2 s. 213–216.
[28] SOU 2022:22 s. 484 f.

9.3.1 Förskjutningen från sluten till öppen vård kastar nytt ljus på frågan

Som vi tidigare beskrivit pågår det en reformering av hälso- och sjukvården och en förskjutning från sluten till öppen vård. Den öppna vården ansvarar för mer och mer av sådan vård som tidigare bara kunde utföras av den specialiserade slutna vården. Förändringen drivs på av den medicinska kunskaps- och teknikutvecklingen, som till exempel gör det möjligt att vård som tidigare krävde inläggning på sjukhus nu kan utföras över dagen i den öppna vården.

Förskjutningen från sluten till öppen vård syns i patienters fördelning mellan vårdformerna. Antalet patienter i den slutna vården minskar, medan antalet patienter i den öppna vården ökar. Det syns också i kostnadsutvecklingen, där nettokostnaderna för den öppna vården har ökat, medan nettokostnaderna för den slutna vården har minskat marginellt. Antalet vårddagar i den slutna vården har också minskat stadigt över tid. År 2006 var vårdtiden i genomsnitt en dag per invånare och 2023 var samma siffra 0,7 per invånare.[29]

9.4 Förslag om hur möjligheten att välja utförare kan omfatta sluten vård

Förslag

Patientens möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad vård i hela landet ska även omfatta sluten vård. Hemregionen får ställa krav på att sluten vård i en annan region ska godkännas av hemregionen innan den svarar för kostnaderna.

Ändringarna berör 9 kap. 1 § patientlagen och 8 kap. 3 § HSL.

Skälen för utredningens förslag

Regionerna är sedan länge överens om att patienter ska erbjudas möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvård i hela landet. Genom införandet av patientlagen stärktes patientens möjlighet att välja öppen specialiserad vård i andra regioner. När det gäller möjligheten

[29] SKR, *Hälso- och sjukvårdsrapporten. Om läget och utvecklingen i den regionala sjukvården* 2024 s. 31.

att välja utförare av sluten vård i andra regioner finns ingen reglering i lag. Av riksavtalet framgår dock att patienter ska kunna välja utförare även i dessa fall, efter att behovet fastställts och utomlänsvården godkänts i patientens hemregion.

Ett skäl till att reglera valfriheten inom sluten vård i lag är att utöka patienters möjlighet att fritt välja utförare av vård, oavsett i vilken region de är bosatta. Patientens möjlighet att välja utförare i hela landet omfattar då all vård.

Utredningens bedömning är att vad som framgår av ett avtal mellan regionerna riskerar att bli otydligt för både patienter och medarbetare i vården. I vilken utsträckning skrivningen i riksavtalet tillämpas är dessutom oklart. Det innebär att det krävs god insyn i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet för att en patient ska känna till att möjligheten att välja utförare även inom den slutna vården finns. En reglering kan göra patienters möjlighet att välja utförare i hela landet tydligare för både patienter och regioner.

Hemregionen behöver ha kontroll över de kostnader som uppstår i samband med utomlänsvård

Vi bedömer att en lagreglering av valfriheten behöver följas av en reglering som gör det möjligt för regionerna att ha kontroll över de kostnader som uppstår i samband med utomlänsvård. Detta särskilt som den slutna vården är dyrare än den öppna vården. Vårt förslag innebär att hemregionen får möjlighet att fastställa och godkänna sluten vård i en annan region. Förslaget innebär således i princip att den skrivning som i dag finns i riksavtalet för utomlänsvård förs in i patientlagen.

Genom att valfriheten villkoras av ett godkännande från hemregionen skapas en ventil som ger hemregionen bättre planeringsförutsättningar, än om valfriheten hade varit obegränsad. En obegränsad valfrihet skulle också innebära ett alltför stort ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

Vi bedömer inte att skälen för regionens beslut att godkänna eller inte godkänna en patients önskemål om sluten utomlänsvård behöver regleras särskilt. En region har i dessa fall redan i dag utrymme att hantera sådana önskemål med hänsyn till medicinska och ekonomiska överväganden. Utredningen anser att det är hemregionen som ska bära kostnader för patienter som erbjuds vård i en annan region, även

när det gäller sluten vård. Av detta skäl föreslår utredningen ingen ändring av 8 kap. 3 § andra stycket HSL om att hemregionen svarar för kostnader för vård som ges enligt 8 kap. 3 § första stycket HSL.

Utredningen vill samtidigt framhålla betydelsen av att ett nekande av en patients önskemål om utomlänsvård, på samma sätt som andra beslut inom ramen för vården av patienten, kommuniceras med patienten i enlighet med kraven i patientlagens tredje kapitel.

Bör regionerna stå för merkostnader som uppstår i samband med vård i annan region på grund av patientens fria val?

Det finns en viss risk för att en utökad möjlighet att välja utförare i hela landet inom sluten vård främst kommer att nyttjas av en starkare patientgrupp. Samtidigt bedömer vi det inte som sannolikt att en lagreglering kommer att påverka rörligheten i någon större utsträckning, och därmed inte heller jämlikheten i den slutna vården.

Som vi har beskrivit ovan går det inte att se någon sådan effekt i den öppna vården, där den möjligheten infördes genom patientlagen 2015.

Det har i tidigare utredningar diskuterats om patienter som vill ha sin vård utförd i en annan region borde få ersättning för de merkostnader som uppstår i samband med sådan vård. Då skulle patienter inte avstå från att söka vård i en annan region av ekonomiska skäl. Det kan vara ett sätt att minska risken för en mindre jämlik vård. Samtidigt skulle en sådan ordning kunna försvåra regionernas planering av verksamhet och budget. Vi återkommer till detta i kapitel 14.

10 Uppföljning av vårdgarantin

Det är viktigt för förtroendet för hälso- och sjukvården att det finns en stabil nationell uppföljning av väntetider som bygger på tillförlitliga och relevanta data. Detsamma gäller den statliga tillsynen (se kapitel 11), som också är beroende av uppgifter för att kunna utöva tillsyn över vårdgarantin.

Vi har i uppdrag att analysera och föreslå hur en förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin i den specialiserade vården ska utformas med fokus på lärande och ansvarsutkrävande.

10.1 Brister i data om väntetider

Väntetidsdatabasen utgör den huvudsakliga källan på nationell nivå till data om väntetider i vården. Samtidigt är det välkänt att rapporteringen till databasen varierar mellan regioner och att det finns brister som påverkar kvaliteten och tillförlitligheten i de uppgifter som lämnas in. Två myndigheter som har lyft fram detta är Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Riksrevisionen. Kraven på privata vårdgivare att rapportera behöver stärkas och samtliga regioner behöver rapportera detaljerade data. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har även påtalat behovet av att analysera hanteringen av patientvald väntan.[1]

Riksrevisionen konstaterade i en granskning 2023 att väntetidsdatabasen har brister som gör den svår att använda för analys. Riksrevisionen rekommenderade regeringen att se till att det finns nationell väntetidsstatistik av god kvalitet och täckningsgrad, som går att använda till analys och uppföljning över tid.[2]

[1] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2017 och Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.
[2] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.

10.2 Insamling av uppgifter om väntetider

Det övergripande syftet med datainsamlingen är att data om väntetider ska kunna användas som en del i arbetet med att korta väntetiderna i vården och i den statistiska uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvårdens kapacitet och tillgänglighet.[3]

Fram till och med 2025 har regionerna rapporterat sina uppgifter om väntetider till SKR:s väntetidsdatabas.[4] Det ursprungliga syftet med väntetidsdatabasen var att informera patienter, allmänhet och vårdgivare om aktuella väntetider för den specialiserade vården vid sjukhus. Databasen uppstod genom en överenskommelse mellan dåvarande Landstingsförbundet och regeringen år 2000.[5] SKR har haft ansvaret för drift och utveckling av databasen och huvudmännen för att uppgifterna varit aktuella, tillförlitliga och kvalitetssäkrade. Över tid har uppföljningen utvecklats, antalet mätpunkter har blivit fler, och inrapporteringen från regionerna har ökat.

Väntetidsdatabasen har inte omfattats av de kvalitetskriterier som finns för Sveriges officiella statistik. Det handlar bland annat om särskilda kvalitetskrav på noggrannhet och jämförbarhet.[6] Eftersom SKR inte är en myndighet har den inte heller omfattats av reglerna om offentlighet och sekretess. Riksrevisionen har kritiserat denna ordning – att SKR används som en myndighet trots att det är en privaträttslig organisation.[7] Vidare har kraven på inrapportering inte varit bindande för regionerna och har inte kunnat likställas med till exempel en rättsligt bindande föreskrift.[8]

SKR har fått kritik för att ha hanterat personuppgifter i väntetidsdatabasen utan att ha haft tillräckligt lagstöd. I november 2021 inledde Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) en granskning av SKR:s behandling av personuppgifter i väntetidsdatabasen. I december 2024 meddelade IMY sitt beslut – att SKR inte har tillräckligt stöd i lagstiftningen för att behandla personuppgifter i databasen.[9] IMY beslutade vidare att SKR skulle få 24 månader på sig att vidta åtgärder.

[3] Socialstyrelsen, *Uppdrag att förbereda insamling av uppgifter om väntetider*, 2025 s. 12.
[4] Detta enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[5] Hanning och Edhag, *Väntetider i vården – en utmaning*, 2006.
[6] Lag (2001:99) om den officiella statistiken.
[7] Riksrevisionen, *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, 2017.
[8] SOU 2024:43.
[9] IMY, DI-2021-9333.

10.2.1 Regeringen har flyttat ansvaret från SKR till Socialstyrelsen

I april 2025 beslutade regeringen att regionerna ska lämna uppgifter om väntetider inom hälso- och sjukvården till Socialstyrelsen, i stället för till SKR.[10]

Socialstyrelsen hade tidigare haft i uppdrag att utveckla förutsättningarna för att samla in väntetidsdata och att förbereda för att samla in uppgifter från regionerna.[11] Det framgår av det uppdrag som gavs i december 2024 att regeringen ansåg att data om väntetider behövde utvecklas och kvaliteten förbättras. Uppgifterna skulle möjliggöra jämförelser inom och mellan regioner. Det skulle också vara möjligt att jämföra väntetider utifrån exempelvis diagnos, kön och ålder.[12] Utifrån uppgifterna skulle det även vara möjligt att följa upp i vilken utsträckning regionerna lever upp till vårdgarantin.

Socialstyrelsen har tagit över insamlingen av väntetidsdata

Sedan juli 2025 sammanställer och rapporterar regionerna uppgifter om väntetider till Socialstyrelsen. Enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, ska regionerna rapportera in följande uppgifter till Socialstyrelsen:

- aktivitet,
- tidpunkt för aktivitet,
- patientinformation,
- medicinsk patientinformation,
- vårdkontakt, och
- vårdgivare.[13]

Databasen får inte innehålla personnummer, och uppgifter som inkommer till Socialstyrelsen omfattas av statistiksekretess. Det innebär i praktiken att det går att begära ut uppgifter för olika ändamål,

[10] Förordning (2025:312) om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[11] Regeringsbeslut, Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata, S2021/06332 och Uppdrag att förbereda för att samla in väntetidsdata, S2024/02236.
[12] Regeringsbeslut, Uppdrag att förbereda för att samla in väntetidsdata, S2024/02236.
[13] 6 kap. 3 § HSF.

men att regionerna inte har samma tillgång till uppgifterna som de hade när insamlingen gjordes av SKR. Uppgifter från Socialstyrelsen kan lämnas ut på det sätt som tillåts enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, men möjligheterna för vilken information myndigheten kan göra tillgänglig för andra är begränsad. Det behövs sätt att tillgängliggöra data som inte riskerar att röja uppgifter om enskilda, men som samtidigt ger den detaljnivå som de externa användarna behöver.[14]

10.3 Statlig uppföljning av väntetider och vårdgarantin

Uppföljning används inom i princip alla samhällssektorer. I stort sett handlar uppföljning om att ta fram information om var en insats befinner sig i förhållande till målen för insatsen.[15]

> Uppföljning innebär att samla in information om hur hälso- och sjukvården presterar, i till exempel hälsodataregister, medan utvärdering innebär en bedömning av om syftet med exempelvis en ny lagstiftning har uppnåtts och varför detta har, eller inte har, skett.[16]

På så sätt kan uppföljning ge kunskapsunderlag för beslut om vilka insatser som bör förändras eller ersättas för att nå bättre måluppfyllelse.

10.3.1 Syftet med att följa upp vårdgarantin

Syftet med att följa upp vårdgarantin är att bidra till ett lärande om hur regionerna lever upp till vårdgarantin över tid. Genom uppföljningen får regeringen och berörda aktörer kunskapsunderlag för att vidta åtgärder, i syfte att korta väntetiderna till vården. Underlagen är även viktiga för den statliga tillsynen av vårdgarantin. Uppföljning bidrar också med transparens kring tillgängligheten i hälso- och sjukvården, vilket ökar möjligheterna till insyn för media och allmänhet.

[14] Socialstyrelsen, *Uppdrag att förbereda insamling av uppgifter om väntetider*, 2025 s. 30.
[15] Lindgren, 2008 samt Vedung, 1998.
[16] SOU 2025:62, s. 143.

10.3.2 Dagens uppföljning av tidsgränserna

I dag sker uppföljningen av väntetider på i huvudsak två sätt: det första handlar om uppföljning av hur länge de patienter väntat som fått sitt besök eller sin vårdåtgärd (från beslut om remiss eller beslut om planerad vård) – genomförd vård. Det andra handlar om väntetiden för de patienter som har fått ett beslut om remiss eller beslut om planerad vård, men ännu inte fått sitt besök eller sin åtgärd – väntande patienter.

Att enbart mäta de vårdinsatser som har genomförts skulle ge en otillräcklig bild av hur vårdgarantin uppfylls, eftersom de som fortfarande väntar på vård då inte omfattas. Att enbart mäta de som väntar ger i stället en otillräcklig bild av hur snabbt patienter får sin vård utförd.[17] Vår bedömning är att båda måtten kommer att vara relevanta även med den nya vårdgarantin, men uppföljningen behöver anpassas efter vårdgarantins nya konstruktion.

10.3.3 Väntetider och vårdgarantin har följts upp av olika aktörer

Socialstyrelsens uppföljning

Socialstyrelsen har enligt sin instruktion ett löpande uppdrag att analysera och rapportera om hälso- och sjukvård, bland annat genom statistikframställning, uppföljning och utvärdering. Från och med mars 2026 ska Socialstyrelsen även följa, stödja och främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården, bland annat när det gäller tillgänglighet, väntetider och vårdkapacitet.[18]

Socialstyrelsen har haft flera särskilda uppdrag från regeringen att följa upp regionernas arbete med tillgänglighet och utvärdera vårdgarantins resultat. Uppföljningsuppdragen har anpassats efter hur styrningen i övrigt har utvecklats. Under åren 2022–2025 gjordes till exempel flera uppföljningar utifrån överenskommelser om tillgänglighet mellan regeringen och SKR.[19] Från och med 2025 ersatte förordning (2024:1252) om statsbidrag till regioner för stärkt till-

[17] Jfr Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2017, s. 44 f.
[18] 5 a § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[19] Se till exempel Socialstyrelsen, *Uppföljning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022* och *Uppföljning av överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023 och 2024 Slutredovisning av regionernas insatser*.

gänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården de tidigare överenskommelserna. Detta har vi beskrivit bland annat i kapitel 4. Enligt förordningen ska Socialstyrelsen årligen lämna en samlad redovisning till regeringen av de bidrag som betalats ut.[20] Detta är inte en uppföljning av tillgängligheten i stort, men en uppföljning utifrån de insatser som regionerna väljer att göra inom ramen för medlen.

Uppföljning, utvärdering och granskning av andra aktörer

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa upp vårdgarantins effekter ur ett patientperspektiv. Myndigheten ska även utvärdera regeringens satsningar på att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård och korta vårdköerna under perioden 2019–2025.[21] Regeringen har även tillsatt utredningar, varav vår utredning är en, som haft i uppdrag att se över vårdgarantins konstruktion.[22] I januari 2026 tillsatte regeringen även en nationell samordnare som ska bidra till att den statliga styrningen, kontrollen och uppföljningen stärks och får ett större genomslag i regeringens arbete med att korta vårdköerna.[23] Utöver regeringens initiativ till uppföljning har även Riksrevisionen granskat statens styrning genom vårdgarantin.[24]

10.4 Olika typer av kunskapsunderlag till regeringen

10.4.1 Uppföljning av tillgänglighet och kapacitet

Det arbete som Socialstyrelsen har bedrivit under några år, bland annat i form av strategiska dialoger med regionerna, kan också ses som en form av uppföljning av regionernas arbete med att klara vårdgarantin. Syftet har i första hand varit att öka regionernas tillgänglighet och kapacitet, men det har också handlat om att följa utvecklingen i regionerna. Socialstyrelsen har i uppdrag att löpande följa den nationella utvecklingen av vårdkapacitet och behovet av personal-

[20] Myndigheten lämnar sin första redovisning enligt förordningen i maj år 2026.
[21] Regleringsbrev, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, S2025/02147.
[22] Dir. 2020:81, dir. 2021:107 och dir. 2024:50.
[23] Dir. 2026:3.
[24] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.

resurser i regionerna för att främja en hållbar personalförsörjning. I uppdraget ingår bland annat att stödja regionernas produktions- och kapacitetsstyrning för att uppnå de nationella riktvärdena för antalet disponibla vårdplatser och beläggningsgrad. Uppdraget slutredovisas i oktober 2027.[25]

10.4.2 Patientregistret utvecklas som stöd för nationell uppföljning

Patientregistret är ett av Sveriges största hälsodataregister. Det innehåller patientuppgifter om alla vårdtillfällen i sluten vård liksom om läkarbesök i specialiserad öppen vård. Det ger på så vis en helhetsbild av den specialiserade vård som utförs i landet. Registret var från början tänkt som ett epidemiologiskt register, men har över tid kommit att användas även för verksamhetsutvärderingar och kvalitetsuppföljningar.[26] Patientregistret ger ofta stöd för att visa utvecklingen över tid, vilket gör att stora delar av vårdens verksamheter kan följas upp och analyseras utifrån olika perspektiv.

Det pågår ett arbete med att utvidga patientregistret

År 2024 föreslog utredningen om ett nytt hälsodataregister att patientregistret skulle utvidgas till att innehålla uppgifter om patienter väntande till vård, vårdkontakter till andra yrkesgrupper än läkare och även uppgifter från primärvården. Uppgifterna skulle motsvara en stor del av dem som i dag samlas in till väntetidsdatabasen.

Under 2025 har Socialstyrelsen arbetat med att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården till patientregistret.[27] Den utökade insamlingen omfattar bland annat uppgifter från den öppna vården. I februari 2026 fick Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra förberedelser för ett nytt regelverk om hälsodataregister, och utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården.[28] I uppdraget ingick bland annat att genomföra nödvändig utveckling

[25] Regeringsbeslut, Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå, S2024/01058.
[26] Socialstyrelsen, *Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt,* 2022.
[27] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården, S2025/00940.
[28] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra förberedelser för nytt regelverk om hälsodataregister och utökad insamling, S2026/00384.

och etablering av IT-stöd, kvalitetssäkring och dokumentation av de nya uppgifterna. Socialstyrelsen ska även fortsätta arbetet med att ta fram nödvändiga föreskrifter, inklusive stödmaterial och vägledning till vårdgivare.

10.5 Socialstyrelsen bör följa upp den nya vårdgarantin med hjälp av patientregistret

Bedömning

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp efterlevnaden av den nya vårdgarantin. I uppdraget bör det ingå att utreda och definiera de uppgifter som ska rapporteras in till patientregistret samt att arbeta för en enhetlig tolkning av begrepp och definitioner.

Skälen för utredningens bedömning

Vi bedömer att uppföljningen av vårdgarantin bör ske av Socialstyrelsen, genom patientregistret. Uppgifterna om väntetider kan på så vis kopplas till personnummer, vilket skapar förutsättningar för en mer kvalitetssäkrad uppföljning än i dag. Genom patientregistret finns det redan en etablerad insamling av uppgifter. På sikt skulle det inte behövas någon särskild lösning för att följa upp väntetider i vården. Det kan i sin tur minska den administrativa bördan för regionerna. Vidare har Socialstyrelsen erfarenhet av att förvalta och utveckla registret.

Uppföljningen av vårdgarantin bör vara regelbunden och utvecklas

Vi bedömer att det bör vara ett regelbundet uppdrag för Socialstyrelsen att följa upp vårdgarantin. Det är Socialstyrelsen som kunskapsmyndighet och som förvaltare av väntetidsdatabasen, som är bäst lämpad att ge regeringen underlag om i vilken utsträckning vårdgarantin uppnås. Uppdraget stämmer också väl överens med

Socialstyrelsens instruktionsenliga uppdrag att följa och rapportera om hälso- och sjukvård.

Det bör ingå i uppdraget att utreda och definiera de uppgifter som ska rapporteras in till patientregistret. Det innebär också att arbeta för en enhetlig tolkning av begrepp och definitioner. Socialstyrelsen bör ha löpande dialog med regionerna, både på grund av det nya regelverket och på grund av att ansvaret för insamlingen av väntetidsdata nyligen övergått från SKR. Det behövs också en bedömning av om nya föreskrifter ska tas fram.[29]

Socialstyrelsens uppföljning av vårdgarantin bör på sikt utvecklas för att åstadkomma ett ökat lärande på regional nivå. Det kan handla om att vårdgarantin följs upp utifrån aspekter som exempelvis socioekonomi, demografi, geografiska förutsättningar och medicinskt verksamhetsområde.

Det är svårt att uppfylla olika aktörers förväntningar på snabb delning av aggregerade data från patientregistret. Det behövs en balans mellan data av god kvalitet och data som är tillgänglig för regioner, patienter, myndigheter och andra aktörer. Dessa olika målgrupper har olika behov av data. Vi bedömer att det är viktigt att Socialstyrelsen tar hänsyn till detta i sitt arbete.

Patientregistret bör användas och utvecklas för uppföljning av vårdgarantin

Socialstyrelsen har utrett olika alternativ för att hantera väntetidsdata och har föreslagit att patientregistret utvecklas för detta ändamål. Ett utökat patientregister med fler uppgifter om beslutstidpunkt eller tidpunkt för utfärdande av remiss kan ge ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.[30] Att uppgifterna i patientregistret är kopplade till personnummer ger förutsättningar för att bygga uppföljningen av vårdgarantin på mer tillförlitliga data. Utredningen instämmer i Socialstyrelsens bedömning.

Utredningen konstaterar att fler och delvis andra uppgifter bör samlas in till patientregistret för att kunna följa upp den föreslagna

[29] Socialstyrelsen har möjlighet att utfärda föreskrifter enligt förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.
[30] Socialstyrelsen, *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*, 2022.

vårdgarantin. Till exempel innehåller registret inga uppgifter om vård från andra yrkeskategorier än läkare i den specialiserade öppna vården. Det behövs för att följa upp den vårdgaranti som vi föreslår, då den medicinska bedömningen kan göras av läkare *eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal*. Enligt uppgift från Socialstyrelsen pågår ett sådant arbete och ett förslag kommer att redovisas under år 2026.[31]

Vidare saknas det uppgifter i patientregistret om start och slut av behandling i den planerade vården. Detta är uppgifter som behövs för att det ska vara möjligt att följa upp väntetider i den planerade vården. När det gäller våra förslag om vårdgarantin handlar det om att kunna följa tiden från att remiss inkommer till den specialiserade vården, eller om någon remiss inte är nödvändig, från den dag den enskilde sökt kontakt med den specialiserade vården till medicinsk bedömning. Det handlar också om tiden från att beslut har fattats om fortsatt planerad vård till att patienten får sin beslutade åtgärd.

Socialstyrelsen bör även beakta andra omständigheter när uppgifterna används för uppföljning på nationell nivå. Exempelvis har nio regioner bytt journalsystem under 2024 och 2025, vilket medfört brister i inrapporteringen till flera datakällor.[32]

Uppföljningen bör inkludera undersökningar och återbesök

Den vårdgaranti som vi föreslår omfattar såväl undersökningar och utredningar, som återbesök. För att uppföljningen ska bli relevant behöver den anpassas efter dessa förändringar.

Uppgifter om när medicinska vårdåtgärder genomförts finns redan i väntetidsdatabasen. När det gäller undersökningar är statistiken däremot bristfällig. Det finns bara uppgifter om väntetider till några typer av undersökningar och det är bara vissa regioner som rapporterar in dessa data. Eftersom vi föreslår att undersökningar och utredningar ska omfattas av vårdgarantin är det viktigt att dessa följs upp.

Förslaget om att vårdgarantin även ska omfatta återbesök är en viktig förändring av dagens regelverk. Som vi beskrivit i kapitel 6 fungerar uppgifterna om återbesök i dag som en slags ”restpost” som inkluderar de kontakter som inte klassas som första kontakt, operation eller åtgärd, undersökning eller akut kontakt. Det går därför inte

[31] Möte med företrädare för Socialstyrelsen 2025-12-02.
[32] Det handlar om följande regioner: Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Halland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro.

att urskilja i statistiken hur stor del av återbesöken som till exempel utgörs av planerade uppföljningar och hur stor del som är andra typer av återbesök. Eftersom vi föreslår att återbesök ska ingå i vårdgarantin behöver även dessa följas upp och kunna urskiljas från planerade uppföljningar.

Det har under utredningens gång uttryckts oro för att återbesöken kan komma att tränga undan de planerade uppföljningarna – just för att de senare inte ingår i den nya vårdgarantin. Om sådan undanträngning sker skulle det riskera att drabba kroniskt sjuka patienter, som är en viktig patientgrupp inom planerade uppföljningar.

Vi lämnar inga förslag på kvantitativ uppföljning av planerade uppföljningar, men bedömer att det är något att ta ställning till längre fram. För att det ska vara genomförbart behöver bland annat definitionerna av återbesök och planerad uppföljning utvecklas först.

Även information till patienten bör ingå i uppföljningen

Information till patienten är en viktig och ny del av vårdgarantin, som även den behöver följas upp. Vårt förslag till reglering rör tidsgränser för en viss del av vårdprocessen (se kapitel 7). Det är viktigt att Socialstyrelsen utvecklar uppföljningen så att det är möjligt att följa upp hur det nya regelverket efterlevs i regionerna.

Uppföljningen av utomlänsvården behöver utvecklas

För att kunna följa upp hur stor del av utomlänsvården som består av vård till följd av vårdgarantin behöver Socialstyrelsen utveckla uppföljningen av utomlänsvården. Det finns uppgifter i patientregistret om antalet vårdtillfällen som har skett i en annan region. Däremot går det inte att se hur stor del av utomlänsvården som består av vård på grund av patientens fria val och hur stor del som beror på vårdgarantin. Det gör det svårt att följa upp hur många patienter som skickas vidare till en annan region på grund av att hemregionen inte klarar vårdgarantins tidsgränser.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten (EHM) har uppmärksammat att det finns behov av att utreda möjligheterna till en mer robust uppföljning av utomlänsvård, exempelvis genom utökad inrapportering av uppgifter från regionerna till patientregistret.

10.6 Fortsatt uppföljning och användning av avtal för att använda vårdkapaciteten bättre

10.6.1 Arbetet med förmedling av vård bör utvecklas

Bedömning

- EHM och Socialstyrelsen bör fortsätta arbetet med att utveckla en nationell vårdförmedling. Uppföljning av väntetider behöver utvecklas för att snabbt kunna ge en aktuell bild av väntetider, till exempel för nationell vårdförmedling.
- Regeringen bör ge Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och EHM stödja regionernas arbete med att identifiera och minska administrativa hinder som försvårar användningen av upphandlade avtal inom hälso- och sjukvården.
- Regionerna bör utforma sina avtal så att de tar hänsyn till behovet av vård hos de egna regioninvånarna samt till behovet av vård hos andra regioners invånare. Regionerna bör på ett enklare sätt än i dag kunna använda varandras avtal när det behövs.

Skälen för utredningens bedömning

För att kunna erbjuda vård i en annan region, behöver regionen känna till hos vilka vårdgivare det finns ledig kapacitet. Uppgifter om väntetider i olika regioner kan användas i direkt syfte att hjälpa patienter att få vård inom vårdgarantins tidsgränser.

I dagsläget finns det ingen samlad nationell bild av vårdgivares möjligheter att ta emot patienter från andra regioner. På senare år har dock ett utvecklingsarbete påbörjats för att få en bild av om det finns ledig kapacitet hos vårdgivare med kortare väntetider, bland annat genom att utveckla och etablera en nationell vårdförmedling (se beskrivning av vårdförmedlingen i avsnitt 4.3.1). Arbetet har utförts inom ramen för olika uppdrag till Socialstyrelsen och EHM.[33]

[33] Regeringsbeslut, Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas, S2022/01372, Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, 2023/02117, Uppdrag att genomföra insatser som stödjer

Av den nationella lägesbild[34] som EHM har utvecklat framgår medianväntetider för utförda åtgärder. Dessa kan utgöra en indikation om en vårdgivares möjlighet att ta emot patienter från andra regioner. Informationen hämtas från nationella kvalitetsregister. Under 2026 är planen att den så kallade Vårdförmedlingstjänsten ska testas inom området kataraktoperationer. Det pågår ett arbete med att föra över ett urval av väntetidsdata från väntetidsdatabasen till EHM.[35] Uppdraget ska slutredovisas i februari år 2027.[36]

Myndigheternas arbete med nationell vårdförmedling fyller ett annat syfte än den uppföljning vi föreslår ska göras genom patientregistret. För att en region ska kunna förmedla vård i en annan region krävs snabb tillgång till uppgifter på vårdgivarnivå. Vi bedömer därför att det arbete som EHM och Socialstyrelsen påbörjat behöver fortsätta.

Upphandlade avtal bör användas i större utsträckning

Som vi beskrev i den promemoria som lämnades till regeringen i januari 2025 (se bilaga 3) finns det administrativa hinder som gör att regionerna inte använder sig fullt ut av tillgänglig kapacitet i upphandlade vårdavtal.

För att kunna utnyttja den samlade vårdkapaciteten på ett bättre sätt, och på så sätt bidra till att korta väntetiderna, behöver staten stödja regionerna i arbetet med att utveckla avtalen. Vi föreslår därför att regeringen ger Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att stödja regionerna i det arbetet. Uppdraget bör utföras i samråd med Socialstyrelsen och EHM.

Det är en utmaning för regionerna att både ta ansvar för de egna invånarnas vård och samtidigt planera för att kunna erbjuda vård till patienter från andra regioner. Det finns i vissa fall en oro för att den vård som upphandlats inte räcker till de egna regioninvånarna, om avtalen blir kända för andra regioner. Vi bedömer att regionerna bör

---

och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider, S2023/02119 samt Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling, S2025/00971.

[34] Den nationella lägesbilden ska ge en överskådlig bild av väntetiderna hos olika vårdgivare runt om i landet.

[35] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten *Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling Delredovisning*, 2026.

[36] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling, S2022/01372, 2023/02117, S2025/00971.

utforma sina avtal så att vård kan ges även till patienter från andra regioner. Utredningen ser positivt på det förslag som lämnats om att regioner ska lämna uppgifter för ingångna avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som upphandlats av eller uppdragits åt privata eller offentliga vårdgivare.[37]

10.7 Behov av en sammanhållen utvärdering

10.7.1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör utvärdera konsekvenserna av den nya vårdgarantin

Bedömning

Regeringen bör ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en utvärdering av konsekvenserna av den nya vårdgarantin ur ett patientperspektiv.
I utvärderingen bör särskilt fokus läggas vid de nya tidsgränserna, informationsgarantin och om det uppstått några undanträngningseffekter.

Skälen för utredningens bedömning

Våra förslag om en ny vårdgaranti innebär förändringar inom ett område där det varit svårt för staten att få genomslag för sin styrning. Det är därför rimligt att förslagen utvärderas. Utvärderingen bör genomföras under en tidsperiod om cirka 2–5 år så att slutsatser från utvärderingen kan vara en hjälp i implementeringsarbetet, och bidra till eventuella förbättringar i konstruktionen av vårdgarantin.

Utredningen bedömer att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få uppdraget att utvärdera den nya vårdgarantin. Myndigheten har tidigare erfarenhet av att utvärdera vårdgarantin och patientlagen ur ett patientperspektiv och bedöms ha den kompetens som är relevant för uppdraget.

Socialstyrelsen föreslås fortsättningsvis vara en av de aktörer som ansvarar för den regelbundna uppföljningen av väntetider. Myndigheten har också en viktig roll i arbetet med nationell vårdförmedling. Därför bedömer vi att det är bättre att Myndigheten för vård- och

[37] S 2024:A, *Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling*, 2025 s. 4.

omsorgsanalys utvärderar reformens konsekvenser. Eftersom myndigheten inte har någon roll i den regelbundna uppföljningen av vårdgarantin har den möjlighet att göra en mer oberoende utvärdering än Socialstyrelsen.

I den utvärdering som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys gör bör det ingå en analys av om, och i så fall vilka, undanträngningseffekter som har uppstått som en effekt av den nya vårdgarantin.

11 Tillsyn av huvudmännen när vårdgarantin inte följs

Vi har i uppdrag att analysera och vid behov föreslå åtgärder som stärker huvudmännens och vårdgivarnas förutsättningar att uppfylla vårdgarantin i den specialiserade vården och följa patientlagen (2014:821).[1] Uppdraget ändrades i denna del delvis genom det tilläggsdirektiv som beslutades av regeringen i oktober 2025.[2] Utredningen ska enligt de nya direktiven analysera och lämna förslag på ekonomiska sanktioner och andra lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten stegvis ska vidta mot huvudmännen i de fall när den lagstadgade vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför kostnader för patienten. I det här kapitlet lämnar vi förslag på sådana åtgärder och bedömningar kring hur tillsynen av tillgängligheten i vården kan utvecklas.

Vi har i tidigare kapitel beskrivit att regeringen vill öka det nationella ansvaret och ha en starkare statlig styrning av hälso- och sjukvården (se kapitel 4). Regeringen vill även öka den statliga kontrollen och uppföljningen av vården.

11.1 Tillsyn av hälso- och sjukvården

Tillsyn kan bidra till att upprätthålla grundläggande värden i samhället, som rättssäkerhet, effektivitet och demokrati. En tillsynsmyndighet kan ha olika möjligheter att utfärda sanktioner eller göra ingripanden. Det kan handla om att myndigheten

1. helt saknar sanktionsmöjligheter
2. kan besluta om anmärkning, varning eller liknande

[1] Dir. 2024:50.
[2] Dir. 2025:94.

3. kan dra in eller neka tillstånd
4. kan besluta om föreläggande som kan förenas med vite
5. kan besluta om sanktionsavgift
6. kan besluta om förbud mot att bedriva verksamhet
7. kan med författningsstöd besluta om åtalsanmälan.[3]

Tillsynen av hälso- och sjukvården i Sverige syftar till att säkerställa att vården är säker, lagenlig och håller god kvalitet. Det är framför allt Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som ansvarar för tillsynen, men flera andra aktörer har roller i systemet.

IVO:s sanktionsmöjligheter skiljer sig åt mellan de olika tillsynsområdena.[4] På hälso- och sjukvårdens område har IVO, om rätt förutsättningar är uppfyllda, tillgång till alla sanktionsmöjligheter ovan förutom punkterna 2 och 5. IVO har alltså inte möjlighet att besluta om anmärkning, varning eller liknande och inte heller möjlighet att besluta om sanktionsavgifter. Vi återkommer till detta i avsnitt 11.2.

11.1.1 Tillsyn av verksamhet och personal i hälso- och sjukvården

Utgångspunkten för IVO:s tillsyn är att kontrollera om vården och dess personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter, samt enligt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Därutöver ska tillsynen genom exempelvis råd och vägledning medverka till att skapa goda förutsättningar för god vård och hög patientsäkerhet. Tillsynen ska genomsyras av ett patient- och brukarperspektiv. Resultatet av tillsynen ska redovisas till de granskade verksamheterna och till den region eller den kommun som berörs.[5] Tillsynsarbetet ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser, så kallad riskbaserad tillsyn.[6]

IVO:s verksamhetstillsyn ska främst inriktas mot att granska att vårdgivare fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patient-

[3] Se exempelvis Statskontorets rapporter *På väg mot en bättre tillsyn? En studie av den statliga tillsynens utveckling*, 2020 och *Tänk till om tillsynen. Om utformningen av statlig tillsyn*, 2012.
[4] IVO bedriver tillsyn över hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
[5] Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.
[6] 2 § förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

säkerhetsarbete.[7] I förarbetena till patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, utvecklas detta och det anges att IVO av nödvändighet måste prioritera i sitt tillsynsuppdrag och att tillsynen över patientsäkerheten är prioriterad.[8]

Vad gäller hur tillsynsärenden inom hälso- och sjukvården inleds så finns klagomålsärenden, som inleds efter anmälan av en enskild, och initiativärenden, ärenden som inleds på IVO:s initiativ.

Förutom IVO finns det även andra myndigheter som bedriver tillsyn av hälso- och sjukvårdens aktörer – Diskrimineringsombudsmannen vad gäller diskriminering i hälso- och sjukvården, Konkurrensverket vad gäller tillsynen av exempelvis lagen (2008:962) om valfrihetssystem och Integritetsskyddsmyndigheten vad gäller tillsyn av personuppgiftsbehandling i hälso- och sjukvården.

Kapitlet kommer fortsättningsvis att inriktas mot IVO:s tillsyn, eftersom det är den myndighet som ytterst ansvarar för att granska och säkerställa att vårdens aktörer följer lagar, regler och god kvalitet.

11.1.2 IVO:s möjlighet att besluta om ett föreläggande

Om en tillsynsmyndighet finner att den som står under tillsyn inte följer aktuell lagstiftning är det vanligt att myndigheten har möjlighet att besluta om ett föreläggande (se punkt 4 i avsnitt 11.1 ovan). IVO har sådana möjligheter.[9] I föreläggandet kan IVO precisera mer exakt vad den som står under tillsyn ska göra eller underlåta att göra för att följa relevant lagstiftning.

IVO:s möjlighet att besluta om föreläggande som kan förenas med vite

Ett föreläggande får förenas med vite.[10] Att ett föreläggande förenas med vite innebär att tillsynsmyndigheten beslutar att den som står under tillsyn och får ett föreläggande riktat mot sig måste betala en viss summa pengar om inte föreläggandet följs. Vite är ett hot om ett betalningsansvar och är avsett att styra någons beteende i ett

[7] 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.
[8] Prop. 2009/10:210, s. 127.
[9] IVO har stöd av flera olika lagrum, se exempelvis 26 f § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och 28 kap. 9 § socialtjänstlagen (2025:400).
[10] Se exempelvis 7 kap. 25 § PSL.

enskilt fall. Om ett tidigare föreläggande inte har följts bör alltid ett nytt föreläggande utfärdas och förenas med vite.[11]

När vite föreläggs, ska vitet fastställas till ett belopp som med hänsyn till vad som är känt om adressatens ekonomiska förhållanden och till omständigheterna i övrigt kan antas förmå adressaten att följa det föreläggande som är förenat med vitet.[12] Detta blir något annorlunda då adressaten är ett offentligrättsligt organ.

> Vitet kommer inte (liksom inte heller i det fall då en privaträttslig juridisk person är adressat) att få till huvuduppgift att övervinna psykiskt motstånd hos adressaten själv; i stället torde föreläggandet främst avse att bryta motståndet hos en viss eller vissa befattningshavare eller ledamöter anknutna till det offentligrättsliga organet.[13]

Krav på förelägganden som har förenats med vite

Det har utvecklats vissa generella utgångspunkter i domstolspraxis som tillsynsmyndigheten måste beakta vid utformandet av ett föreläggande som har förenats med vite, ett så kallat vitesföreläggande.

Högsta förvaltningsdomstolen har till exempel uttalat att en myndighet måste ha uttryckligt författningsstöd för att besluta om vitesföreläggande och att ett föreläggande att vidta olika åtgärder enbart får avse sådant som följer av den aktuella lagstiftningen. Utgångspunkten vid en prövning av om ett vitesföreläggande är tillräckligt preciserat är att den som föreläggandet riktar sig till, för att följa föreläggandet och därmed undgå att vitet döms ut, måste vidta just de åtgärder som anges i föreläggandet. Den som ett föreläggande riktar sig till måste få tydliga uppgifter om vad denne ska göra för att följa föreläggandet.[14]

Liknande resonemang förekommer även i de domstolsprocesser som inleddes efter IVO:s granskning av antalet vårdplatser i akutsjukvården.[15]

[11] Prop. 2009/10:210, s. 226–227.
[12] 3 § lag (1985:206) om viten.
[13] Lavin, *Viteslagstiftningen. En kommentar*, kommentaren till 2 §.
[14] HFD 2020 ref. 28.
[15] Se Kammarrätten i Göteborgs dom i mål nr 4502-22 och Förvaltningsrätten i Stockholms dom i mål nr 3487-23.

11.1.3 Tillsyn av tillgänglighet, väntetider och vårdgarantin

IVO:s tillsyn av tillgänglighet i vården, inklusive väntetider och den lagstadgade vårdgarantin, tar sin utgångspunkt i patientsäkerheten och de allmänna bestämmelserna kring denna i PSL.[16]

Kopplingen mellan bristande tillgänglighet och patientsäkerhet, ofta i form av långa väntetider till vård, är välbelagd. Lång väntan kan förvärra symptom, försämra patientens tillstånd och leda till ett sämre kliniskt resultat.[17] Patientsäkerhetsarbetet är en central del av hälso- och sjukvården och syftar till att förebygga vårdskador, stärka vårdens kvalitet och säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.[18] Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.[19] Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård uppfylls. Vidare ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador.[20]

Därutöver finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete,[21] med mer detaljerade regler kring hur vårdgivare ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

IVO:s möjlighet att besluta om ett föreläggande på grund av bristande tillgänglighet

IVO:s möjlighet att besluta om föreläggande för bristande tillgänglighet riktar sig till vårdgivare. En vårdgivare har en lagstadgad skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) upprätthålls. Vidare ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.[22] Om vårdgivaren inte lever upp till dessa krav har IVO möjlighet att vid sin tillsyn utfärda ett föreläggande om att fullgöra sina skyldigheter

[16] Se 7 kap. 3 § 2 st. och 3 kap. PSL.
[17] Socialstyrelsen *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Februari 2018*, 2018.
[18] De övergripande bestämmelserna om systematiskt patientsäkerhetsarbete finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och PSL.
[19] 5 kap. 1 § HSL.
[20] 3 kap. 1§ 2 § PSL.
[21] SOSFS 2011:9.
[22] 3 kap. 1 och 2 §§ PSL.

kopplade till patientsäkerhetsarbetet.[23] För att IVO inte ska utfärda ett föreläggande krävs att den som granskas kan visa att bristerna snarast kommer att åtgärdas och att det har upprättats en konkret handlingsplan för när påtalade brister kommer att vara åtgärdade.

Som en yttersta åtgärd har IVO möjlighet att helt eller delvis förbjuda verksamheten om ett föreläggande inte följs och missförhållandena är av tillräckligt allvarligt slag.[24]

IVO har uppmärksammat kopplingen mellan patientsäkerhet och tillgänglighet

IVO har inte särskilt granskat uppfyllelsen av vårdgarantin inom ramen för sin tillsyn. Det har dock förekommit att IVO har beslutat om åtgärder mot verksamheter i de fall då patienters väntan på vård har påverkat patientsäkerheten. IVO har till exempel funnit att långa väntetider på vård ökar riskerna för psykisk ohälsa hos barn:

> Långa väntetider hos BUP får allvarliga konsekvenser för de drabbade barnen eftersom obehandlade depressioner och ångestsyndrom kan förvärra suicidala tendenser och självskadebeteenden. I ett fall har ett barn försökt ta sitt liv i väntan på behandling och i ett annat fall fick ett barn vänta i fem månader efter ett suicidförsök. […] Klagomålen visar att långa väntetider inom vården ofta leder till försämrat mående för patienter som drabbas.[25]

Även inom andra områden än barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) visar IVO:s lex Maria-beslut att det finns en koppling mellan långa väntetider och patientsäkerhet och att lång väntan kan leda till allvarliga vårdskador.[26]

[23] 7 kap. 24 § PSL.
[24] 7 kap. 26 och 27 §§ PSL.
[25] IVO, *Iakttagelser i korthet*, maj 2025.
[26] Se exempelvis IVO:s beslut 2024-08-18 i ärende med dnr 3.1.1-05819/2025-9 avseende bråck, beslut 2024-02-26 i ärende med dnr 3.1.1-35834/2023-5 avseende urinblåsecancer, beslut 2025-02-26 i ärende med dnr 3.1.1-36095/2024-3 avseende tarmundersökning, beslut 2025-04-08 i ärende med dnr 3.1.1-04262/2025-5 avseende koloskopiundersökning.

11.2 Förstärkt tillsyn av vårdgarantin

11.2.1 IVO får möjlighet att förelägga vårdgivaren med vite

Förslag

Om IVO finner att informationsgarantin i vårdgarantin eller informationsskyldigheten i patientlagen inte fullgörs får inspektionen förelägga vårdgivaren eller regionen i egenskap av huvudman att avhjälpa bristen. Föreläggandet får förenas med vite. En möjlighet att överklaga IVO:s beslut införs.

Ändringarna berör 7 kap. 25 § och 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen. En ny bestämmelse införs i 7 kap. 23 b § patientsäkerhetslagen.

Skälen för utredningens förslag

Vi föreslår en ny bestämmelse i PSL som ger IVO möjlighet att utöva tillsyn både över den nya, lagstadgade informationsgarantin i vårdgarantin[27] och över informationsskyldigheten som sedan tidigare regleras i patientlagen.[28] Genom det förra blir även vårdgarantin i sig föremål för tillsyn. IVO får möjlighet att förena ett föreläggande med ett vite, om det bedöms lämpligt. Detta gäller både den allmänna vårdgarantin och vårdgarantin för BUP. Vårt förslag till tillsyn syftar till att stärka patientsäkerheten och patientens rättigheter.

Tillsyn med utgångspunkt i patientsäkerhet

IVO:s tillsyn över tillgängligheten i vården tar sin utgångspunkt i patientsäkerheten och de allmänna bestämmelserna kring denna i PSL. I princip samtliga av IVO:s möjligheter att ingripa är beroende av att fara eller missförhållanden finns för patienters liv, hälsa eller personliga säkerhet.[29]

[27] 9 kap. 1 § HSL, 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821), PL och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.
[28] Enligt 3 kap. 1 och 2 §§ PL.
[29] Undantaget är en regel om att IVO får förelägga den som inte har fullgjort sin anmälningsskyldighet till vårdgivarregistret att fullgöra denna skyldighet. 7 kap. 23 a § PSL.

Detta är väsentligt när det gäller våra möjligheter att lämna förslag på ekonomiska sanktioner och andra lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten stegvis ska vidta mot huvudmännen i de fall när den lagstadgade vårdgarantin och patientlagen inte följs. Sådana förslag behöver alltså ha direkt koppling till patientsäkerhet. Information till patienten har en stark sådan koppling.

Information till patienten är central för att uppnå en god patientsäkerhet. Avsaknad av information till patienten riskerar i sig att försämra vårdförloppet för patienten och även att leda till vårdskador. Finns det brister i hur patienten får information behöver tillsynsmyndigheten agera för att snabbt avhjälpa sådana brister. Genom kopplingen mellan patientsäkerhet och information blir också tillsynen över information till patienter en del av IVO:s prioriterade tillsyn.[30]

Behov av förstärkt tillsyn av information

I vårt förslag till vårdgaranti (se kapitel 7) ingår en informationsgaranti, som en del i en stärkt vårdgaranti. Inom två specifika tidsgränser, tre respektive tio arbetsdagar, ska patienten få viktiga besked om sin vård. Samtidigt finns informationsskyldigheten i patientlagen sedan tidigare, som ytterligare stärker patientens rätt till information.

Patientlagen innehåller tydliga regler om att patienten bland annat ska få information om vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård, om möjligheten att välja utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård, samt om vårdgarantin.[31] Lagen har dock fått kritik genom åren för att inte ha fått något riktigt genomslag. Många patienter upplever att det finns brister i den information som ska ges. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys har utvärderat patientlagens genomslag och kommit fram till att det finns få tecken på förbättringar i lagens efterlevnad över tid. Myndigheten har lyft fram ett behov av en stärkt tillsyn av patientlagens efterlevnad och att avvikelser behöver leda till tydligare ansvarsutkrävande och konsekvenser för huvudmän och vårdgivare.[32]

[30] IVO:s verksamhetstillsyn ska främst inriktas mot att granska att vårdgivare fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I förarbetena till PSL utvecklas detta och det anges att IVO av nödvändighet måste prioritera i sitt tillsynsuppdrag och att tillsynen över patientsäkerheten är prioriterad. 7 kap. 3 § PSL, prop. 2009/10:210, s. 127. Se även avsnitt 11.1.1 ovan.
[31] 3 kap. 1 och 2 §§ PL.
[32] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag. Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, 2021, s. 17.

Sammantaget finns goda skäl till förstärkt tillsyn av patientens rätt till information.

Förslag om att införa föreläggande med vite för patientens rätt till information

Föreläggandet ska kunna riktas både mot huvudmän och vårdgivare

Regionen kan uppträda både som vårdgivare och huvudman.[33] Den nya bestämmelsen om föreläggande som vi föreslår ger tillsynsmyndigheten flexibilitet när den tar ställning till vilken aktör ett beslut bör ställas mot. Brister i informationen kan förekomma både på huvudmannanivå och på vårdgivarnivå, beroende av hur en region är organiserad och vilka typer av brister som avses. Det finns samtidigt aspekter av informationsskyldigheten och den nya informationsgarantin, där huvudmannen har ett större ansvar och där det framstår som rimligt att IVO skulle kunna rikta förelägganden mot regionen i den egenskapen. Det kan exempelvis handla om att huvudmannen har ett ansvar att se till att det finns faktiska möjligheter för vårdgivaren att ge patienter den information som ska ges enligt aktuella bestämmelser på ett lämpligt sätt. Det kan också handla om att huvudmannen har ett ansvar att se till att det finns rutiner som är lika mellan vårdgivare och som möjliggör informationsdelning mellan vårdgivare.

Reglerna i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11) riktar sig visserligen till vårdgivare och verksamhetschef, men utredningen bedömer att regionen som huvudman även kan ha ett ansvar för att dessa aktörer har en reell möjlighet att leva upp till föreskriftens krav. Dessa föreskrifter är tätt sammanlänkade med informationskravet eftersom det är genom remissystemet som patienter slussas mellan vårdgivare och det är många gånger då som patientens behov av information är som störst.

[33] Jfr 2 kap. 2 och 3 §§ HSL.

Ett föreläggande ska kunna förenas med vite

Utredningen konstaterar att reglerna om information i patientlagen som finns sedan tidigare[34] är konkreta och tydliga och att det går förhållandevis lätt att konstatera om en region inte följer dem. Detsamma gäller de nya reglerna om en informationsgaranti som vi föreslår ska ingå i vårdgarantin och som även de är reglerade i patientlagen.[35] Patienten ska få information *inom tre arbetsdagar* om att remissen i den specialiserade vården har tagits emot och *inom tio arbetsdagar* få information om när en medicinsk bedömning ska ske. Det är också tydligt att regionerna behöver agera på ett visst sätt för att kunna leva upp till författningskraven. Reglerna kompletteras av att Socialstyrelsen har föreskrifter om remisser som även fortsättningsvis ska följas.

Sammantaget finns goda skäl till vårt förslag om att IVO ska kunna utfärda ett föreläggande med vite mot en region som inte lever upp till författningskraven. Vi bedömer att IVO kommer ha stora möjligheter att formulera ett vitesföreläggande som även håller för en granskning i domstol.[36] Storleken på vitet ska anpassas till vad som bedöms nödvändigt och tillsynsmyndigheten får göra en bedömning i denna fråga i varje enskilt fall. Lagen (1985:206) om viten är tillämplig på de viten som en myndighet kan komma att förelägga. Det betyder att frågor om utdömande av viten som regel prövas av förvaltningsrätt på ansökan av myndigheten.

I likhet med andra förelägganden som IVO meddelar ska även förelägganden som rör informationsskyldigheten enligt patientlagen och informationsgarantin i vårdgarantin kunna överklagas. Ett tillägg föreslås därför i 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen som innebär att dessa beslut om förelägganden kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

[34] 3 kap. 1 och 2 §§ PL.
[35] Den nya vårdgarantin regleras i 2 kap. 3 § PL, 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 a § HSF.
[36] Jfr med HFD:s resonemang ovan under 11.1.2.

11.2.2 Överväganden om tillsyn över vårdgarantins tidsgränser

I princip samtliga av IVO:s möjligheter att ingripa genom tillsyn är alltså beroende av att fara eller missförhållanden finns för patienters liv, hälsa eller personliga säkerhet.[37] Det är med denna utgångspunkt som vi har övervägt möjligheter till tillsyn av vårdgarantins tidsgränser.

Vi konstaterar att de tidsgränser som ingår i vårdgarantin inte i det enskilda fallet kan beskrivas som patientsäkerhetsrisker så snart de överskrids. Det kommer finnas patienter som behöver vård tidigare än vad tidsgränserna anger, liksom det kommer finnas patienter som kan vänta längre – där ett överskridande av tidsgränsen inte innebär någon direkt patientsäkerhetsrisk.

Utredningen har övervägt sanktionsavgifter eller vite när vårdgarantins tidsgränser inte nås

Vi har inte haft i uppdrag att göra någon översyn av IVO:s grunduppdrag eller göra någon förändring i den inriktning som IVO:s tillsyn har. Vi ska inte heller lämna förslag kring *hur* regionerna uppnår vårdgarantin. Med utgångspunkt i hur tillsynen inom hälso- och sjukvården fungerar i dag är det därför oförenligt med gällande lagstiftning att införa en tillsyn av vårdgarantin som inte är inriktad på patientsäkerhetsrisker. Utan koppling till patientsäkerhet går det följaktligen inte att införa en tillsyn som bygger på måluppfyllelse av vårdgarantins tidsgränser. Att föreslå sanktionsavgifter när vårdgarantins tidsgränser överskrids är därför inte aktuellt.

Vi har även övervägt att ge IVO möjlighet till att förelägga huvudmän med vite, i de fall då regionerna inte når upp till vårdgarantins nya tidsgränser. För att föreläggande ska kunna förenas med vite krävs det enligt domstolspraxis (se avsnitt 11.1.2 ovan) att det finns en författningsreglering, inte bara av *vilket* resultat som ska uppnås, (kortare väntetider i det här fallet) utan även av *hur* resultatet ska uppnås. Detta behövs för att tillsynsmyndigheten ska kunna ange vilka åtgärder som ska vidtas.

Utredningen har inte föreslagit mer detaljerade regler för hur regionerna ska arbeta för att kortare väntetider och för att nå vård-

[37] Som ovan nämnt är undantaget en regel om att IVO får förelägga den som inte har fullgjort sin anmälningsskyldighet till vårdgivarregistret att fullgöra denna skyldighet. 7 kap. 23 a § PSL.

garantins tidsgränser. Vi bedömer att det, med hänsyn till det kommunala självstyret, är rimligt att det inte finns någon detaljreglering av det slaget. Det är därför inte lämpligt eller möjligt att föreslå några utvidgade föreläggandemöjligheter som inkluderar vite, när det handlar om att nå upp till vårdgarantins tidsgränser. IVO skulle inte ha rätt eller möjlighet att precisera vilka åtgärder som regionen ska vidta för att nå tidsgränserna i vårdgarantin. Därför är inte vitesförelägganden gentemot regionen möjliga. Denna problematik har uppmärksammats av både IVO och Riksrevisionen.[38]

Tillförlitliga data behövs för att kunna utöva tillsyn

För att IVO ska kunna utöva tillsyn över vårdgarantins tidsgränser behövs tillförlitliga data som kan ligga till grund för tillsynen. I kapitel 4 och kapitel 10 beskriver vi brister i data för väntetider i vården och att Socialstyrelsen nyligen har tagit över ansvaret för insamlingen av väntetidsdata från SKR. Utredningen bedömer i samma kapitel att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa upp den nya vårdgarantin med hjälp av patientregistret. Samma typer av uppgifter som Socialstyrelsen behöver för uppföljning är IVO i behov av för att på sikt kunna utöva en skarpare tillsyn över vårdgarantin. Utredningen konstaterar att dessa datakällor inte finns på plats i dagsläget.

11.3 IVO:s tillgång till uppgifter ur patientregistret

Bedömning

Det bör införas en ny sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör att IVO får tillgång till vissa individuppgifter ur patientregistret. Med en sådan förändring stärks IVO:s tillsyn av vårdgarantin.

Bestämmelsen bör införas först när Socialstyrelsen slutfört arbetet med insamlingen av uppgifter om väntetider till patientregistret.

[38] IVO, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2021, s. 61 och Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023, s. 32.

Skälen för utredningens bedömning

IVO har i dag inte någon samlad tillgång till uppgifter om enskilda patienters väntetider i vården. Även om den typen av uppgifter samlades i patientregistret hos Socialstyrelsen så skulle inte IVO få tillgång till uppgifterna på grund av sekretess.[39] Utredningen bedömer att det bör införas en sekretessbrytande bestämmelse som ger IVO tillgång till uppgifter om enskilda patienters väntetider i vården. Det skapar förutsättningar för en mer effektiv tillsyn av tillgänglighet i vården.

Innan den sekretessbrytande bestämmelsen införs bör Socialstyrelsen ha slutfört arbetet med att flytta väntetidsdata till patientregistret. Det behövs också uppgifter om den nya vårdgarantin, som kan ligga grund för tillsynen, innan bestämmelsen införs. Först då kan en ordentlig analys göras av vilka uppgifter IVO bör få tillgång till för att bedriva en effektiv tillsyn.

Utredningen bedömer inte att IVO är i behov av, eller att det är motiverat, att IVO får tillgång till *hela* patientregistret för att kunna bedriva ett effektivt tillsynsarbete. Vidare behöver det utredas hur en ny sekretessbrytande bestämmelse bör utformas juridiskt och vilka konsekvenser en sådan bestämmelse får för exempelvis den personliga integriteten. Detta är några av flera skäl till att vi inte lämnar något skarpt förslag utan endast en bedömning.

Ett utbyggt patientregister med väntetidsdata skulle göra skillnad

I tidigare kapitel har vi beskrivit hur ansvaret för att samla in uppgifter om väntetider i vården har flyttats från SKR till Socialstyrelsen (se kapitel 4 och 10). Socialstyrelsen planerar för att samla uppgifter om väntetider i patientregistret. Samtidigt är det ett faktum att långa väntetider i vården kan påverka patientsäkerheten.

IVO har i flera sammanhang fört fram behovet av tillgång till uppgifter ur hälsodataregister[40], vilket patientregistret är ett exempel på. I dag omfattas mer detaljerade uppgifter ur registret av så kallad statistiksekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen.

[39] Enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).
[40] Se exempelvis IVO:s remissvar till betänkandet *Ett nytt regelverk för hälsodataregister*, SOU 2024:57.

IVO har endast möjlighet att få ut uppgifter på aggregerad nivå. Om IVO hade tillgång till uppgifter på individnivå skulle tillsynen kunna utvecklas väsentligt.

Ett utbyggt patientregister med väntetidsdata skulle kunna ge värdefulla uppgifter om tillgänglighet och de tidsgränser som finns i vårdgarantin. Genom en sekretessbrytande bestämmelse som ger IVO tillgång till sådana uppgifter får IVO möjlighet att utveckla tillsynen av tillgänglighet och tidsgränserna i vårdgarantin.

Om IVO får tillgång till detaljerade uppgifter ur patientregistret kan det minska behovet av journaluppgifter, som IVO i dag behöver för sin tillsyn. I jämförelse med data som finns i patientregistret framstår uppgifter från patientjournaler som betydligt mer känsliga.

En ny sekretessbrytande bestämmelse skulle i första hand vara ett stöd för IVO att arbeta riskbaserat och identifiera situationer som kan granskas vidare, vilket ligger i linje mer hur IVO ska bedriva sin tillsyn enligt myndighetens instruktion. Utredningen bedömer det som mindre troligt att uppgifterna ur patientregistret ensamt skulle kunna ligga till grund för olika beslut i tillsynen.

12 Kontinuitet inom specialiserad vård

Kontinuiteten inom svensk hälso- och sjukvård brister och behöver stärkas. Det är viktigt inte minst för att uppfylla patientens behov av trygghet och säkerhet. Det finns även tydliga vinster med ökad kontinuitet för hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

Vi har i uppdrag att föreslå hur patienter med utdragna vårdförlopp eller med flera olika diagnoser kan få tillgång till en fast läkarkontakt i relevanta delar av den specialiserade vården. Vi ska även lämna nödvändiga författningsförslag. Det handlar sammantaget om förslag som kan leda till ökad kontinuitet i den specialiserade vården.

12.1 Kontinuitet främjar hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Vården ska tillgodose patienters behov av kontinuitet.[1] Kontinuitet handlar till exempel om att patienter ska få en fast vårdkontakt om de själva begär det eller om de anses ha behov av det.[2] Patienter ska även få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.[3] Kontinuitet kan också innebära att vårdpersonalen har tillgång till relevant information om patienten.

Fast vårdkontakt (för all hälso- och sjukvård) och fast läkarkontakt i primärvården är de samordnarfunktioner som är lagreglerade, men det kan finnas andra utsedda kontaktpersoner i hälso- och sjukvården också. De senare är vanligen specialiserade inom sitt område – till exempel finns samordnare i psykiatriska vården, kontaktsjuksköterska i cancervården, specialistsjuksköterska i barnsjukvården, samordnings-

[1] 5 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[2] 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL.
[3] 6 kap. 3 § PL.

sköterska och distriktssköterska på vårdcentraler samt distriktssköterska inom hemsjukvården. Dessa kontaktpersoner fyller också funktionen fast vårdkontakt.[4]

Ett flertal utredningar och rapporter om vårdens organisering har argumenterat för att kontinuitet bör vara en bärande princip som genomsyrar vårdens styrning, organisation och arbetssätt.[5] Kontinuitet mellan patienter och vårdens medarbetare anses främja vårdens kvalitet och effektivitet och är även centralt i upplevelsen för patienter och vårdens medarbetare. Trots att kontinuitetsaspekten ofta lyfts fram uppvisar svensk hälso- och sjukvård brister i kontinuitet i jämförelse med andra länder.[6]

12.1.1 Det finns olika typer av kontinuitet

I forskningslitteraturen beskrivs kontinuitet ofta med hjälp av tre olika dimensioner: informationskontinuitet, managementkontinuitet och relations- eller personkontinuitet.[7]

Informationskontinuitet innebär att vårdpersonalen som tar hand om en patient har tillgång till relevant information. Det handlar framför allt om de kontakter som patienten tidigare har haft med vården, oavsett om de ägt rum digitalt, på olika sjukhus, vårdcentraler eller mottagningar. Det viktigaste verktyget för att upprätthålla informationskontinuitet är journalen, som ska föras individuellt för varje patient och innehålla relevant information.[8] Informationskontinuitet innebär också att patienten får information om åtgärder och den planerade vårdprocessen. Strukturerad journalinformation, sammanhållen journalföring samt rutiner för informationsöverlämning är några faktorer som främjar informationskontinuiteten.

Managementkontinuitet, som ibland benämns koordinerande kontinuitet eller behandlingskontinuitet, syftar till att tillhandahålla sjukvård i rätt tid enligt gemensamma riktlinjer och vårdprogram. Managementkontinuitet uppnås genom ett effektivt samarbete mellan team

[4] Socialstyrelsen, *Fast vårdkontakt – När, var hur?* 2017.
[5] Se till exempel SOU 2016:2, kapitel 13.
[6] Se till exempel Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023*, 2024.
[7] Saultz JW, 2003. Haggerty J, Reid R, Freeman G, Starfield B, Adair CM, R, 2003. Deeny S, Gardner T, Al-Zaidy SB, I., Steventon A, 2017. Meiqari L, Al-Oudat T, Essink D, Scheele F, Wright P, 2019.
[8] 3 kap. 2 och 5 §§ patientdatalag (2008:355).

och över vårdgränser, för att ge en mer sömlös vård som motsvarar en patients behov över tid.

Relations- eller personkontinuitet avser vårdbesök till en och samma läkare eller annan vårdpersonal. Bestämmelserna om fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården kan främja olika typer av kontinuitet men syftar framför allt till att stärka relationskontinuiteten inom hälso- och sjukvården.

Även om kontinuitet beskrivs med hjälp av olika dimensioner så hänger dessa ihop, till exempel kan relationskontinuitet hjälpa till att bidra till bättre informationskontinuitet.

Hög relationskontinuitet i vården har goda effekter

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har undersökt vilka effekter relationskontinuitet har i hälso- och sjukvården för personer med astma eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom respektive personer med allvarlig psykisk sjukdom.[9] Studien visar att kontakt med samma läkare eller annan vårdpersonal under en längre tid har gynnsamma effekter. Det handlar både om en minskad risk för att dö i förtid och lägre kostnader genom ett minskat antal akutmottagningsbesök och sjukhusinläggningar.[10]

En utredning som lyft fram kontinuitetens betydelse i hälso- och sjukvården är betänkandet Effektiv vård.[11] På senare år har Produktivitetskommissionen konstaterat att brister i kontinuitet utgör en bakomliggande orsak till ineffektivitet i vårdsystemet.[12] Effektivitetsvinster av förbättrad kontinuitet kan till exempel handla om minskad tid för inläsning, minskade behov av överrapportering och ett minskat kommunikationsbehov för att etablera förtroende med nya patienter. Även behovet av onödig dubbeldokumentation och vissa laboratorieundersökningar kan minska med förbättrad kontinuitet, vilket också stärker patientsäkerheten.[13]

[9] SBU, *Kontinuitet i vården – En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter*, 2021.
[10] Ibid.
[11] SOU 2016:2.
[12] SOU 2025:96.
[13] Ibid.

12.2 Det finns en bestämmelse om fast läkarkontakt i primärvården

Regionerna ansvarar för att alla som omfattas av deras ansvar kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården där patienten är listad.[14] Regleringen om fast läkarkontakt i primärvården har funnits sedan mitten av 1990-talet. Enligt förarbetena till bestämmelsen ska den fasta läkarkontakten ansvara för att patienten undersöks, såvitt möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hälsotillståndet kräver och vidta andra åtgärder som kan vara nödvändiga.[15] Den fasta läkarkontakten ska också ge patienten vägledning i patientens övriga kontakter med hälso- och sjukvården. Om det krävs, ska samma person också samordna de utredningar och behandlingar som har gjorts. Läkaren ska även informera patienten om hälsotillståndet och om de behandlingsalternativ som finns tillgängliga och vilket av dessa som ur medicinsk synpunkt bedöms som mest lämpligt. Det är en viktig uppgift för läkaren att se till att patienten har en möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.[16]

Utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01) föreslog ett förtydligande av att patienten ska informeras om möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården. Detta då kunskapen om den möjligheten, och därmed andelen i befolkningen med en namngiven fast läkarkontakt i primärvården, är låg.[17] Förslagen blev verklighet genom en lagändring, som trädde i kraft den 1 juli 2022.[18]

Socialstyrelsen har tagit fram material för att stödja vård- och hälsocentraler i att dimensionera och utveckla uppdraget fast läkarkontakt på ett sätt som är förenligt med verksamhetens uppdrag och arbetsmiljö. Socialstyrelsen har även tagit fram ett nationellt riktvärde för antalet invånare som en läkare som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för. Riktvärdet är 1 100 invånare per specialist i primärvården och 550 invånare per läkare i specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin i mitten av sin specialistutbildning.[19]

[14] 7 kap. 3 § första stycket HSL.
[15] Prop. 1994/95:195 s. 41 f.
[16] Ibid.
[17] SOU 2018:39.
[18] Prop. 2021/22:72, bet. 2021/22:SoU22, rskr. 2021/22:225.
[19] Socialstyrelsen, *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt*, 2024.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har i uppdrag av regeringen att följa hur stor andel av befolkningen som uppfattar att den har en fast, namngiven läkarkontakt i primärvården.[20] Den första delredovisningen publicerades i oktober 2024. Den visade att cirka tre av tio i befolkningen uppfattar att de har en fast läkare. Andelen med en fast läkare är högre i grupper som generellt har ett högre vårdbehov.[21] Den andra delredovisningen som publicerades i mars 2026 visar att tillgången till fast läkare i primärvården ökade något mellan 2024 och 2025, från 26 procent till 31 procent. Behovet av fast läkare är dock betydligt större än tillgången, även i grupper med stora och komplexa vårdbehov.[22] Projektet slutredovisas i maj 2027.

12.3 Patienter har rätt till en fast vårdkontakt inom all hälso- och sjukvård

Sedan 2010 finns även bestämmelser om fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.[23] Bestämmelsen gäller all hälso- och sjukvård, det vill säga såväl primärvård som specialiserad vård. Beroende på vilket behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, en sjuksköterska eller en psykolog, men det kan även vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Patienter som har kontakt med flera olika delar av hälso- och sjukvården – olika enheter, vårdgivare och huvudmän – kan behöva ha mer än en fast vårdkontakt.

Enligt förarbetena till bestämmelsen är syftet att förbättra patientens ställning och se till att patienterna får möjlighet till delaktighet och självbestämmande i kontakterna med hälso- och sjukvården.[24] Verksamhetschefen ska alltid utse en fast vårdkontakt på patientens begäran, oavsett om det anses behövas eller inte. Patientens önske-

[20] Regeringsbeslut S2024/01007.
[21] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Fast läkarkontakt i primärvården – Behov och tillgång ur befolkningens perspektiv*, 2024.
[22] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En fast punkt? Uppföljning av förekomsten av fast läkarkontakt i befolkningen: delrapport*, 2026.
[23] 6 kap. 2 § PL.
[24] Prop. 2009/10:67 s. 61.

mål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten ska tillgodoses så långt det är möjligt.[25] Av förarbetena framgår också att för patienter med vissa sjukdomstillstånd kan en fast vårdkontakt behöva vara en läkare, till exempel för att följa en kronikers sjukdomsförlopp under en längre tid.[26] Någon närmare reglering om detta finns inte i nuläget.

För att stödja arbetet med att öka de fasta vårdkontakterna har Socialstyrelsen tagit fram en nationell vägledning och olika stödmaterial riktade till olika verksamheter.[27]

12.3.1 Nya bestämmelser för fast vårdkontakt

I februari 2026 beslutade riksdagen i enlighet med regeringens proposition Nästa steg för en god och nära vård.[28] Av propositionen framgår bland annat att en patient ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt samt hur patienten kan komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt.[29] Den aktuella kontakten behöver även namnges, det är inte tillräckligt att informera patienten om att det har utsetts en fast vårdkontakt inom en viss profession utan att tala om vem det är.[30] Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2026.

12.3.2 För patienter med livshotande tillstånd behöver den fasta vårdkontakten vara en legitimerad läkare

För patienter med livshotande tillstånd ska den fasta vårdkontakten i den specialiserade vården alltid vara en legitimerad läkare. Detta regleras av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling.[31] Det är verksamhetschefen som ansvarar för att en legitimerad läkare utses som fast vårdkontakt i dessa fall. Det ska göras så snart som möjligt efter det att en behandlande läkare har konstaterat tillståndet. Den fasta vårdkontakten har då ansvar för att samordna och planera patientens vård. Även i andra fall kan den fasta vårdkontakten vara en läkare men just när det gäller livshotande tillstånd måste den vara det.

[25] Ibid.
[26] Ibid.
[27] Se till exempel Socialstyrelsen, *Fast vårdkontakt – När, var hur?* 2017.
[28] Prop. 2025/26:19, bet. 2025/26:SoU23, rskr. 2025/26:157.
[29] Prop. 2025/26:19.
[30] Ibid.
[31] Se 2 kap. 3 § SOSFS 2011:7.

12.4 Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt inom specialiserad vård

Till skillnad från hur det är inom primärvården finns det i dag inget särskilt krav på att patienter i den specialiserade vården ska kunna få tillgång till en fast läkarkontakt. Det har dock tidigare funnits en bestämmelse om patientansvarig läkare (PAL).

Vi konstaterar nedan att det saknas heltäckande statistik om hur tillgången till fast vårdkontakt ser ut inom den specialiserade vården, liksom det saknas information om vilken profession den fasta vårdkontakten har.

12.4.1 När funktionen fast vårdkontakt infördes ersatte den regleringen om PAL

När bestämmelsen om fast vårdkontakt infördes togs det tidigare kravet på att vårdgivarna skulle utse en så kallad patientansvarig läkare (PAL) bort. PAL infördes 1991 och syftet var framför allt att förbättra kontinuiteten i vården.[32] Bestämmelsen innebar att patienten, vid sitt första besök i en vårdprocess, skulle få en ansvarig legitimerad läkare som därmed hade ett särskilt ansvar för patienten under hela vårdprocessen. Patienten skulle vid sitt första besök även informeras om vem som utsetts till PAL, samt få upplysning om när och hur läkaren kunde nås.[33] Bestämmelsen om att en PAL skulle finnas gällde då endast verksamheter som leddes av en chefsöverläkare.[34] I vilka fall och i vilka verksamheter en PAL skulle utses var sedan föremål för vissa ändringar: Den 1 januari 1997 ändrades hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, till att det för patienten skulle utses en patientansvarig legitimerad läkare om det behövdes med hänsyn till patientsäkerheten. Begreppet chefsöverläkare avskaffades vid samma tillfälle (utom vad gäller psykiatrin och smittskydd) och PAL kunde utses oavsett vilken typ av vårdinrättning patienten befann sig på.[35]

I samband med lagändringarna som trädde i kraft 1997 infördes även begreppet verksamhetschef. Verksamhetschefen fick då det sam-

[32] Prop. 1989/90:81.
[33] Prop. 1989/90:81, s. 34.
[34] Prop. 1989/90:81.
[35] Prop. 2005/06:115.

lade medicinska och administrativa ledningsansvaret över en sjukvårdsenhet. Verksamhetschefen behövde dock inte nödvändigtvis ha medicinsk kompetens utan kunde i stället uppdra åt någon annan inom verksamheten, som hade tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra vissa ledningsuppgifter.[36] Funktionen verksamhetschef regleras i dag i bland annat HSL.[37]

Utvärderingarna visar att PAL inte hade avsedd effekt

Bestämmelsen om PAL togs bort 2010. Beslutet fattades bland annat mot bakgrund av ett antal utvärderingar som Socialstyrelsen genomförde. Utvärderingarna visade att PAL inte hade avsedd effekt och att vården inte heller tillämpade funktionen på det sätt som var tänkt. Utvärderingarna visade också att ansvaret för patientens behov av samordning, kontinuitet och trygghet borde ligga på fler personer från flera yrkesgrupper som var i kontakt med patienten, det vill säga teamet, enheten eller avdelningen. Regeringen beslutade därför att ta bort bestämmelsen om PAL och ersätta den med en skyldighet för verksamhetschefen att utse en fast vårdkontakt.[38]

Enligt uppgifter från Sveriges läkarförbund tillämpar många kliniker så kallad informell PAL, i den utsträckning det är möjligt.[39] I detta sammanhang prioriteras patienter med lång behandlingshistoria (som palliativ vård inom onkologin) eftersom de anses ha störst behov.[40] Det är ovanligare och finns inte samma behov av läkarkontinuitet inom specialiteter där patienter får enstaka åtgärder (till exempel kirurgi). Då är i stället teamet viktigare.[41]

Hur ser patienterna på behovet av fast läkarkontakt inom den specialiserade vården?

Utredningen har diskuterat behovet av fast läkarkontakt inom den specialiserade vården med Patient- och brukarrådet vid Vård- och omsorgsanalys.

[36] Ibid.
[37] Se 4 kap. 2 § HSL.
[38] Prop. 2009/10:67, s. 32–33.
[39] Sveriges läkarförbund, *Behövs en ny PAL-reglering? Input till utredningen Behovsstyrd vård*, 2025.
[40] Ibid.
[41] Ibid.

Generellt framkommer det att patienten har olika behov av fast vårdkontakt i olika situationer och delar av ett vårdförlopp – det kan till exempel vara viktigare att ha en fast läkarkontakt vid spridd cancer och palliativ vård än i andra situationer i vården.

Patient- och brukarrådet lyfter också att det kan finnas delar av vårdförlopp och olika faser, då det finns behov av att ha en läkare som fast vårdkontakt. Det kan till exempel handla om fasen i samband med en kronisk sjukdom innan diagnosen har ställts: ”Det kan innebära att man är väldigt sjuk och genomgår en massa utredningar, innan man diagnostiserats och fått rätt behandling.”

När det gäller informationskontinuitet har patientrepresentanterna lyft till utredningen att det uppfattas som att olika professioner inte har tillgång till, eller inte väljer att ta del av, varandras journalanteckningar. Ur patientens synpunkt blir det en förtroendefråga och uppfattas också påverka möjligheten för teamets olika medlemmar att ha en samlad bild och göra en samlad bedömning av patientens behov. Det stärker bilden av att olika professioner i ett team kan vara viktiga under olika delar av patientens process. För patienten är samverkan mellan professionerna mer avgörande än vem som för stunden är den fasta kontakten.

Sammantaget anser Patient- och brukarrådet att en fast vårdkontakt är bra, det kan ibland vara en fördel att det är en läkare, men det är inte alltid avgörande.

Hur ser läkarprofessionen på behovet av fast läkarkontakt inom den specialiserade vården?

Från läkarprofessionens sida har det lyfts fram att kontinuitet ofta blir eftersatt på grund av att schemaläggning prioriteras, det beskrivs som att ”funktion ges företräde framför person”. Enligt uppgifter till utredningen är Sveriges läkarförbund tveksamt till om en ny PAL-lagstiftning skulle ge ökad läkarkontinuitet. Det finns en risk för att ett nytt lagkrav främst skapar administration och minskar flexibiliteten och att fokus blir att uppfylla lagkravet snarare än att ge ökad kontinuitet i praktiken.[42] Förbundet vill gärna se ökad läkarkontinuitet för fler patienter och menar att kontinuitet behöver genomsyra arbetet mer och att vården behöver organiseras så att kontinuitet blir

[42] Sveriges läkarförbund, *Behövs en ny PAL-reglering? Input till utredningen Behovsstyrd vård*, 2025.

möjlig.[43] Olika faktorer försvårar i dag kontinuitet inom specialiserad vård, bland annat bemanning, schemaläggning, utbildningsuppdrag och synen på kontinuitetens betydelse på den aktuella arbetsplatsen. En annan aspekt är att den specialiserade vården, till skillnad från primärvården, präglas av en omfattande sub-specialisering, vilket kan göra det svårt för en PAL att ta ett verkligt helhetsansvar.

Svenska Läkaresällskapet lyfter fram att det behöver beaktas att förutsättningarna för fast vårdkontakt delvis är andra än i en allmänmedicinsk kontext, både medicinskt, kompetens-och planeringsmässigt.[44]

12.4.2 Uppgifter om fast vårdkontakt finns framför allt för primärvården

Det saknas heltäckande statistik om hur tillgången till fast vårdkontakt ser ut, framför allt inom den specialiserade vården. De underlag som utredningen har tagit del av omfattar framför allt kontinuiteten i primärvården. Det saknas även information om vilken profession den fasta vårdkontakten har.

Vård- och omsorgsanalys har dock genomfört ett antal undersökningar där den generella tillgången till fast vårdkontakt har analyserats. Myndigheten har även konstaterat att regeringen och regionerna gemensamt bör verka för att berörda vårdgivare åläggs att kontinuerligt rapportera hur väl behovet av en fast vårdkontakt uppfylls, och på ett sådant sätt som patienter och befolkning enkelt kan ta del av. Regionerna bör även fortsatt arbeta med att informera patienter och vårdpersonal om patienters rätt till en fast vårdkontakt.[45]

Enligt en uppföljning av patientlagen från 2021 är det fortfarande många som saknar en fast kontakt i vården trots att de har behov av det. Endast 25 procent av de svarande uppger att de har fått information om fast vårdkontakt. Vård- och omsorgsanalys ser även brister i samordningen av patienters kontakter med vården, vilket myndigheten menar troligen delvis beror på avsaknaden av fasta kontakter.[46] År 2020 svarade 39 procent av patienterna att de har en fast läkar-

[43] Ibid.
[44] Svenska Läkaresällskapet, *Yttrande rörande utredningen Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet (dir. 2024:05)*, 2025.
[45] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, 2020.
[46] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lag som kräver omtag*, 2021.

kontakt på sin vård- eller hälsocentral och 9 procent att de har en annan fast vårdkontakt där. Totalt 14 procent uppgav att de har en annan fast vårdkontakt (vid sin vård- eller hälsocentral eller någon annanstans i vården). Både fast läkarkontakt och annan fast vårdkontakt är vanligare bland personer som uppger sig ha ett dåligt hälsotillstånd och bland dem som har en eller flera sjukdomar.[47]

Det är också vanligare att äldre har en fast vårdkontakt. Enligt en rapport från 2021 hade 69 procent[48] av personer som är 65 år och äldre en fast läkare eller sjuksköterska.[49] Att ha en fast vårdkontakt är vidare vanligare bland personer med kroniska sjukdomar.

I jämförelse med tio andra OECD-länder är Sverige det land där lägst andel patienter har en fast vårdkontakt.[50] Undersökningen visar att det är mindre vanligt att ha en fast vårdkontakt bland personer bosatta i glesbygdsområden jämfört med i städer. Personer som har en fast vårdkontakt har generellt bättre erfarenheter av vården.[51] Personer med en fast vårdkontakt svarar genomgående mer positivt på frågor om vården av deras kroniska sjukdomar än personer utan en fast vårdkontakt. De svarar oftare att de har diskuterat mål och prioriteringar för sitt hälsotillstånd. De svarar också oftare att de har fått instruktioner om symptom att bevaka, och att de har fått en behandlingsplan. De har oftare fått stöd för olika former av psykisk ohälsa när det behövts. De är också säkrare på att de kan hantera sitt hälsotillstånd än dem utan fast kontakt.[52] Av de olika kroniska sjukdomarna är det vanligast att ha en fast vårdkontakt bland diabetiker, där hade 88 procent en fast vårdkontakt 2021. Inom cancersjukvården svarade 73 procent att de hade en fast vårdkontakt. Samma siffra gällde bland dem med artros. Inom gruppen med hjärt- och kärlsjukdomar och de med psykisk ohälsa hade 76 respektive 74 procent en fast vårdkontakt. Bland astmatiker var motsvarande siffra 75 procent.

I rapporten lyfter Vård- och omsorgsanalys även fram att det är viktigt att poängtera att det saknas ett register över antalet individer i Sverige med fast vårdkontakt, samt att olika undersökningar och

[47] Ibid.
[48] Frågan som ställs i undersökningen syftar inte på om personen har en fast vårdkontakt i juridisk bemärkelse, utan om de har en person eller mottagning som de vanligtvis träffar. Vård- och omsorgsanalys bedömer att frågan kan vara bredare än vad patientlagen syftar på eftersom svaret bygger på personernas uppfattning av sin vård.
[49] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre International Health Policy Survey (IHP) 2021*, 2022.
[50] Ibid.
[51] Ibid.
[52] Ibid.

mätningar visat olika resultat beroende på målgrupp och hur frågan ställts.[53]

Tillgången till fast vårdkontakt har även analyserats i en rapport från 2024. Där framkommer att det inte är någon skillnad mellan könen i hur vanligt det är att ha en fast vårdkontakt. Rapporten visar även att personer med en fast vårdkontakt mindre ofta än personer utan en fast vårdkontakt har varit med om att deras ordinarie mottagning eller den specialiserade vården inte har tillgång till den information som de behöver. Det är också vanligare att personer med en fast vårdkontakt svarar att de har fått vara så delaktiga som de önskar i besluten om sin vård, jämfört med personer utan en fast vårdkontakt.[54]

I en enkätundersökning genomförd av Autism Sverige svarade 49 procent att de saknar en fast vårdkontakt trots att de har ett sådant behov.[55]

Tillgången till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården skulle kunna följas upp inom ramen för Nationell Patientenkät

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Samtliga regioner deltar i Nationell Patientenkät och arbetet samordnas av SKR. Vartannat år genomförs en undersökning inom specialiserad öppen- och slutenvård. Enkäten följer upp *Kontinuitet och koordinering.* Denna del i enkäten avser att belysa patientens upplevelser av vårdens förmåga till kontinuitet och koordinering, bland annat hur väl patientens vård samordnas internt och externt. Parametrar som följs upp är hur patienten upplever personalens förmåga att samarbeta med varandra i relation till patienten och patientens önskemål avseende kontinuitet. Enligt utredningen skulle en ytterligare parameter att följa upp i enkäten kunna vara tillgången till fast vårdkontakt.

Inera bedriver just nu ett arbete med att ta fram ett digitalt stöd för sammanhållen planering på 1177. Målet med det digitala stödet är bland annat att invånare och anhöriga ska kunna se dokumentation från olika aktörer inom hälso- och sjukvården på ett och samma ställe.

[53] Ibid.
[54] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv PM*, 2024.
[55] Autism Sverige, *Hälso- och sjukvårdsrapport*, 2024.

Planen är också att patienter via det digitala stödet ska kunna få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt samt begära och tilldelas en sådan kontakt. Även om det kan finnas patienter som behöver informeras på annat sätt kan tillämpningen av stödet vara ett effektivt sätt för regionerna att uppfylla lagstiftningens krav avseende fast vårdkontakt.

12.5 Utredningens bedömningar och förslag för ökad kontinuitet inom specialiserad vård

12.5.1 Patientens behov och önskemål ska beaktas vid valet av fast vårdkontakt

Förslag

Det ska förtydligas att:

- Vid valet av fast vårdkontakt ska hänsyn tas till patientens behov samt till patientens önskemål om vem som ska utses.

Ändringarna berör 6 kap. 2 § PL.

Skälen för utredningens förslag

Redan i dag gäller att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.[56] Detta är även något som patienten ska bli informerad om i sin kontakt med vården.[57] Utredningen visar dock att patienten inte alltid får sådan information.

I dag finns också bestämmelser om att vården ska utformas och genomföras i samråd med patienten.[58] Dessa bestämmelser är dock av övergripande karaktär. Vi menar att dessa inte ger tillräckligt tydligt stöd för att patientens önskemål om vårdkontakt ska beaktas. Utredningen föreslår därför ett förtydligande av att hänsyn ska tas till patientens behov (bland annat av trygghet, kontinuitet, samord-

[56] 6 kap. 2 § PL.
[57] 3 kap. 2 § 4 PL.
[58] Se 5 kap. PL.

ning och säkerhet), samt till patientens önskemål om vem som ska utses till fast vårdkontakt. I de förarbeten som utredningen tagit del av framgår att detta var lagstiftarens intention från början.[59]

Vi ser inte behov av en ny PAL-lagstiftning men kontinuiteten behöver prioriteras

Utredningen anser inte att det behövs en särskild reglering av tillgången till en fast läkarkontakt inom den specialiserade vården. Däremot gäller att de patienter som har behov av en läkare som fast vårdkontakt ska få det. Det ska även beaktas om patienten har en sådan önskan.

Den fasta vårdkontakten kan alltså vara en läkare, men vår bedömning är att det fortsatt bör finns en flexibilitet i regelverket vad gäller vilken profession som kan utses till fast vårdkontakt. Kontinuitet och samordning är inte beroende av just en läkare, utan snarare av olika professioner tillsammans. En fast vårdkontakt kan därför fortsatt vara alltifrån en administrativ funktion till en medicinskt ansvarig person. Vårdkontaktens uppgifter, ansvar och befogenheter behöver anpassas efter patientens behov.

I vilka fall kan den fasta vårdkontakten behöva vara en läkare?

Tillgången till läkare som fast vårdkontakt bör inte vara begränsad till patienter med livshotande tillstånd. Utredningen anser att det även kan finnas andra patienter som har ett särskilt behov av en läkare som fast vårdkontakt inom den specialiserade vården.

Primärvården ska med nuvarande lagstiftning samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården.[60] Av HSL framgår även att samordningsansvaret för primärvården undantar de patienter som bara har sin kontakt i den specialiserade vården. Vi tror att dessa patienter, som alltså inte omfattas av primärvårdens samordningsansvar, kan ha ett särskilt behov av att ha en läkare som fast vårdkontakt inom den specialiserade vården. Även patienter med kroniska sjukdomar som till exempel diabetes, hjärtsvikt, neurologiska sjuk-

[59] Prop. 2009/10:67, s. 61.
[60] 13 a kap. 1 § 5 HSL.

domar, KOL och astma som har behov av kontakter med vården under lång tid kan ha behov av en fast kontakt inom den specialiserade vården. Dessa patienter har ofta kontakt med flera olika vårdinrättningar på olika vårdnivåer och träffar därmed många olika läkare och annan sjukvårdspersonal. Även inom kronisk psykisk sjukdom finns personer som har multisjuklighet, vilket ställer krav på ett personcentrerat förhållningssätt som omfattar helhetssyn, samordning, delaktighet och kontinuitet. För sköra äldre, även de ofta med multisjuklighet, är det också viktigt med kontinuitet.

Ovanstående bedömning utesluter inte att även andra patienter kan behöva en temporär fast läkarkontakt inom den specialiserade vården vid ett mer begränsat vårdtillfälle. Viktigt att komma ihåg är också att patienter inte alltid efterfrågar kontinuitet och att anpassningar bör ske efter patientens behov, förutsättningar och preferenser. En annan aspekt är att patientens behov inte endast bör bedömas utifrån ett medicinskt perspektiv utan även efter patientens eget behov av trygghet och samordning.

12.5.2 Tillgången till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården bör följas upp

Bedömning

Regeringen bör ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att följa upp hur befolkningens tillgång till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården ser ut.

Skälen för utredningens bedömning

I samband med utredningens arbete har det blivit tydligt att kartläggningar och rapporter framför allt har fokuserat på att följa upp kontinuiteten inom primärvården på senare år. Det är naturligt med tanke på omställningen till en god och nära vård och med tanke på att kontinuitet inom primärvården är särskilt viktig. Samtidigt menar vi att det även finns ett värde i att följa upp kontinuiteten inom den specialiserade vården.

Bristen på uppföljning av tillgång till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården kan drabba vissa patienter mer än andra, till

exempel patienter som har utdragna vårdförlopp inom psykiatrin. Personer med psykisk ohälsa har ofta behov av insatser från en rad olika aktörer. Det ställer krav på en välfungerande samverkan och samordning inom och mellan olika verksamheter och delar av systemet. Utredningen anser att regeringen bör ge Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att kartlägga hur befolkningens tillgång till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården ser ut, samt vilken profession som utgör den fasta vårdkontakten. Myndigheten har tidigare kartlagt hur stor andel av befolkningen som har en fast vårdkontakt respektive en fast läkarkontakt i primärvården. Vi bedömer därför det som lämpligt att myndigheten även ges uppdraget att följa upp kontinuiteten inom den specialiserade vården.

13 Konsekvenser av förslagen

I det här kapitlet finns merparten av konsekvensanalyserna för utredningens förslag.[1] Undantaget är de som rör uppdraget om nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården, som beskrivs i kapitel 14.

Förslagen innebär positiva konsekvenser för patienter och bedöms öka tillgängligheten till vården. Fler kommer att omfattas av vårdgarantin som en effekt av våra förslag. Information om patientens väntan på vård stärks. Sammantaget ökar förutsättningarna för att fler får vård i tid.

Utredningens förslag får i huvudsak positiva konsekvenser för barn och unga. Barnets rättigheter enligt barnkonventionen stärks.

I några fall bedömer vi att förslagen kan innebära marginella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Dessa redogör vi särskilt för i avsnitten nedan. I de fall de förekommer är de väl motiverade och står i proportion till de fördelar som förslagen ger.

Genom de bedömda inskränkningarna i den kommunala självstyrelsen så aktualiseras finansieringsprincipen. Utredningen bedömer dock att regionernas kostnader för omställningsarbetet är av tillfällig karaktär och att förslagen på sikt kan leda till kostnadseffektiviseringar. Förslagen innebär inte några nya åtaganden för regionerna och inte heller någon ambitionshöjning, vilket utvecklas nedan. Sammantaget bedömer utredningen att det inte finns något skäl att göra någon ekonomisk reglering i enlighet med finansieringsprincipen.

[1] Kommittéförordningen (1998:1474), förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar och utredningens direktiv styr vilka konsekvenser som beskrivs. Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen anges konsekvenserna och de särskilda överväganden som har gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen.

13.1 Konsekvenser för patienter och anhöriga

De förslag och bedömningar som utredningen lämnar ger bättre förutsättningar för att patienter ska få en mer tillgänglig vård. Vårt förslag om en ny vårdgaranti bedöms på sikt kunna leda till att fler får vård inom kortare tid. Vi ser också ett stort värde för patienter att information om tidpunkten för den medicinska bedömningen ges i ett tidigt skede. Det kan minska oro och stress och förbättra patientens och anhörigas möjligheter att planera för kommande vårdtillfällen. Förslagen innebär inte några kostnadsökningar för patienter eller för befolkningen.

Väntan på vård kan påverka patienters livssituation betydligt. Det kan handla om ytterligare nedsatt funktionsförmåga, förvärrat lidande och försämrat hälsotillstånd. I värsta fall kan långa väntetider innebära en patientsäkerhetsrisk. Lång väntan på vård eller behandling kan även ha negativ inverkan på närstående. Det kan till exempel visa sig genom ökad oro för en familjemedlem som har ett obehandlat sjukdomstillstånd.[2] Många lider också av bristande information om sitt vårdförlopp.

I dag är det i praktiken bara en liten del av patienterna som omfattas av vårdgarantin eftersom den tillämpas för kontakt med primärvården, medicinsk bedömning inom primärvården, besök inom den specialiserade vården respektive planerad vård inom den specialiserade vården. Begreppet planerad vård (som det är uttryckt i lagstiftningen) har dock kommit att tillämpas snävt och en rad vårdåtgärder som till exempel undersökningar, utredningar och återbesök med mera har exkluderats. Av de besök som genomfördes i den specialiserade vården 2025 var 2,5 miljoner första besök och 12,7 miljoner återbesök. Genom att även inkludera återbesök i vårdgarantin (se avsnitt 7.2.4) kommer betydligt fler patienter omfattas av vårdgarantin än i dag. Detsamma gäller förslaget om att inkludera undersökningar – det kommer att leda till att fler patienter får en garanti för sin väntan på vård. Förändringen innebär bland annat att vårdgarantin blir relevant för patienter med kroniska sjukdomar och personer som utreds inom psykiatrin. En konsekvens av förslaget är också att vårdgarantin blir mer begriplig och sammanhängande för patienter. Det blir mer förutsägbart hur länge patienten som längst ska behöva vänta på sin vård.

[2] Inspektionen för vård- och omsorg (IVO), *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2021, s. 29.

13.1.1 Konsekvenser för barn och unga av en lagstadgad vårdgaranti för BUP

Sedan 1 januari 2020 gäller lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som svensk lag. Rättigheterna i lagen bygger på de mänskliga rättigheterna och ska ge barn medborgerliga, politiska, ekonomiska och sociala rättigheter, men också rättigheter som ger barnet särskilt skydd mot våld, övergrepp och olika former av utnyttjande. Av artikel 3 i barnkonventionen framgår att alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beakta vad som bedöms vara barnets bästa. Av artikel 24 om barns rätt till hälsa och sjukvård framgår bland annat att staterna ska vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att alla barn får nödvändig hälso- och sjukvård.

Utredningens förslag syftar till att stärka barnrättsperspektivet och se till att barn och unga vid behov får vård inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) inom rimlig tid. Enligt Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har försenad eller utebliven behandling lett till allvarliga konsekvenser för patienter, med hög skolfrånvaro, social isolering och ökande ångest som följd. I de mest allvarliga fallen har det lett till självskadebeteenden, självmordsförsök och i några fall även haft kopplingar till självmord. Tre månader i ett barns eller en ungdoms liv är en lång tid och i ett känsligt läge kan det vara avgörande för framtiden att insatserna ges snabbt. När primärvården bedömer att en specialistbedömning behövs finns det så stora problem att åtgärderna måste komma snabbt. Utredningens ambition har varit att skapa en lagstiftning som är tydlig och förutsägbar för både barn, unga, vårdnadshavare och de som ska tillämpa lagen. Förslaget om att den förstärkta målsättningen för väntetider till BUP regleras, kan leda till ökade förutsättningar för att alla barn och unga får tillgång till en likvärdig vård.

13.1.2 En vårdgaranti i enlighet med patientens behov

Den nya vårdgarantin ska utgå från patientens behov. Redan i dag är patientens behov tydligt inskrivet i hälso- och sjukvårdslagens (HSL:s) portalparagraf – den som har störst behov av vård ska få vård först.[3] Den etiska plattformen är beslutad av riksdagen och utgör grunden för prioriteringar i vården.[4]

Det är inte vårdgarantin som ska styra hur prioriteringar görs, men det är viktigt att vårdgarantins konstruktion ger utrymme för prioriteringar som är förenliga med den etiska plattformen och med riktlinjerna. Eftersom våra förslag omfattar fler delar av den planerade vården bedömer vi att de ger bättre utrymme för tillämpning av prioriteringsriktlinjerna än dagens vårdgaranti, som kommit att främst tillämpas för operationer.

Risken för undanträngning av patienter går inte att eliminera helt. Gentemot vårt förslag går det till exempel att hävda att patienter som väntar på en planerad uppföljning efter ett besök skulle kunna trängas undan av patienter som väntar på ett återbesök – eftersom det förra inte inkluderas i vårdgarantin, medan det senare gör det (se mer om detta i kapitel 7). Vår bedömning är likväl att risken för undanträngning av patienter minskar med våra förslag eftersom vi inkluderar fler delar av vårdkedjan och fler patienter. Det finns med vårt förslag helt enkelt färre möjliga scenarion där patienter kan trängas undan.

13.1.3 Jämställdhet mellan kvinnor och män

Förslagen bedöms inte få några direkta jämställdhetspolitiska effekter. Vi har inte identifierat några stora eller systematiska skillnader mellan män och kvinnor i väntetiderna till första besök, operation eller åtgärd. Samtidigt finns det studier som visar att det finns skillnader, till exempel när det gäller väntetider till vissa operationer.[5] Den generella vårdgaranti som vi föreslår omfattar fler patienter och fler delar av vårdprocessen än i dag och borde därför kunna påverka väntetiderna för män och kvinnor samt flickor och pojkar positivt.

[3] 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[4] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.
[5] Vårdhandboken, ”Bemötande i vård och omsorg, genusperspektiv – Översikt”, hämtad 2026-04-14.

13.1.4 Personer med funktionsnedsättningar

Förslaget om en ny vårdgaranti bedöms inte ha några direkta effekter för personer med funktionsnedsättningar. Indirekt kan förslaget dock medföra vissa positiva effekter. Hos en del personer med funktionsnedsättningar kan det finnas komplexa och varaktiga vårdbehov som kan medföra behov av flera återbesök. För dessa patienter bedömer vi att förslagen innebär en tydlig förbättring eftersom återbesök föreslås omfattas av vårdgarantin.

Att införa en informationsgaranti i vårdgarantin bedöms som positivt ur ett funktionshinderperspektiv. Informationen ska även i fortsättningen ges på ett sätt som är anpassat efter patientens förmåga att ta till sig information. I den meningen innebär förslaget inte några förändringar i förhållande till nuvarande regelverk.

13.2 Konsekvenser för regionerna

13.2.1 Bedömning av reglering enligt finansieringsprincipen

Den kommunala finansieringsprincipen innebär att staten inte ska ge kommuner och regioner nya uppgifter utan att samtidigt tillhandahålla finansiering. Syftet är att kommunerna och regionerna inte ska behöva höja skatten eller omprioritera sin verksamhet för att klara följderna av beslut som tagits på statlig nivå. Principen tillämpas genom att den beräknade kostnaden eller besparingen för kommunerna respektive regionerna för en reform fördelas utifrån befolkningsstorlek.

Den kommunala finansieringsprincipen tillämpas alltså om kommunerna tillförs nya uppgifter, men även om frivilliga uppgifter blir obligatoriska, om det kommunala ansvaret för vissa uppgifter tas bort eller om ambitionsnivåerna för kommunala uppgifter ändras. Principen tillämpas också om regeländringar som påverkar kommunernas möjligheter att ta ut avgifter påverkar kommunernas möjligheter till andra inkomster.

Vi har bedömt samtliga förslag i förhållande till villkoren för den kommunala finansieringsprincipen. Vi kan konstatera att de första villkoren för när finansieringsprincipen tillämpas inte är aktuella för våra förslag – regionerna får inte några nya uppgifter och det handlar inte heller om frivilliga uppgifter som blir obligatoriska. Möjligheter

att ta ut avgifter påverkas inte heller. Det kommunala ansvaret för några uppgifter tas inte heller bort. Den punkt som det kan råda olika åsikter om är ifall förslagen innebär en ambitionshöjning eller inte. Vi bedömer att förslagen inte innebär någon ambitionshöjning, vilket vi återkommer till under nästkommande rubrik.

Ytterligare en situation då finansieringsprincipen aktiveras är i de fall då riksdag, regering eller myndighet fattar bindande beslut om ändrade regler för den kommunala verksamheten, med andra ord i situationer då den kommunala självstyrelsen inskränks. Detta gäller för några av våra förslag (se vidare nedan). Det rör sig då om marginella inskränkningar som vi i samtliga fall bedömer är väl motiverade och proportionerliga till de fördelar som förslagen medför. Även om dessa förslag innebär att finansieringsprincipen är tillämpbar så bedömer vi att regionernas kostnader är av tillfällig karaktär. Förslagen bedöms inte innebära några permanenta kostnadsökningar. Kostnaderna riskerar tvärtom att bli högre om patienter behöver vänta för länge på den vård de behöver. På längre sikt kan förslagen sannolikt leda till effektiviseringar och minskade kostnader eftersom de bedöms öka tillgängligheten till vården.

Vi bedömer därför inte finns skäl att göra någon reglering i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Vi utvecklar våra skäl i avsnitten nedan. I avsnitt 13.3.1 beskrivs förslagen till ersättning för de tillfälliga kostnaderna.

Regionernas ansvar ändras inte med våra förslag

Regioner och kommuner är huvudmän med ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård i enlighet med kraven i HSL och övrig tillämplig lagstiftning. Det ingår alltså i huvudmännens ansvar att vidta tillräckliga åtgärder för att leva upp till de krav som ställs i lagstiftningen, inklusive tidsgränserna i vårdgarantin. Samtliga vårdåtgärder som vi föreslår ska ingå i vårdgarantin omfattas av det åtagande som regionerna redan har. Oavsett om det handlar om en undersökning eller ett återbesök i den specialiserade vården så ska patientens behov av vård styra prioriteringarna i vården. Detta ändras inte av en ny vårdgaranti. Det faktum att huvudmännen som kollektiv inte lever upp till kraven i nuvarande reglering innebär inte att det är fråga om nya åtaganden eller ambitionshöjningar. Förslagen handlar inte om ändrade priori-

teringar eller om att fler patienter ska få vård. Det är fortfarande professionen som avgör behovet av vård och den som har störst behov av vård ska få vård först. Slutsatsen blir att förslagen inte utgör någon ambitionshöjning enligt vår bedömning. Däremot ställs indirekt högre krav på regionerna att produktions- och kapacitetsplanera så att befolkningens vårdbehov tillgodoses inom den tid som bedöms vara medicinskt motiverad.

Vi anser inte att nya statliga permanenta medel bör tillföras, i enlighet med finansieringsprincipen, när det handlar om att huvudmännen ska uppfylla redan befintliga krav. Ett sådant förfarande riskerar att urholka nuvarande ansvarsfördelning mellan staten och kommunsektorn. Det riskerar även att leda till en kontinuerligt ökande efterfrågan på statligt ansvar för finansieringen av hälso- och sjukvården.

I vår bedömning har vi även tagit del av tidigare resonemang som förts om vårdgarantin. I samband med att vårdgarantin först lagstadgades menade exempelvis regeringen att

> det finns inget som visar att detta kommer att medföra ökade kostnader för landstingen. Ett fortsatt arbete för att stärka tillgängligheten och korta vårdköerna medför snarare en potential för landstingen att använda tillgängliga resurser mer effektivt. Regeringens åtgärder inom området de senaste åren, bland annat i form av ekonomisk ersättning, har haft syftet att bistå landstingen i detta arbete. Mot denna bakgrund anser regeringen att någon ekonomisk reglering inte ska göras.[6]

Även Delegationen för ökad tillgänglighet gjorde bedömningen att det inte fanns skäl att göra någon reglering av kostnader enligt finansieringsprincipen för den vårdgaranti som delegationen föreslog skulle införas.[7]

Mot bakgrund av detta bedömer vi sammantaget att det inte finns skäl att göra någon reglering i enlighet med finansieringsprincipen.

13.2.2 Ekonomiska konsekvenser för regionerna

Ett tillfälligt tillskott av medel till regionerna

En vårdgaranti med kortare tidsgränser innebär att det kommer att krävas ett omställningsarbete i regionerna för att leva upp till lagens krav. På kort sikt kan det utvecklingsarbete som behöver göras inne-

[6] Prop. 2009/10:67, s. 75.
[7] SOU 2022:22, s. 508.

bära vissa tillfälliga kostnader för regionerna. Vi föreslår därför ett tillskott av medel från staten under åren 2027, 2028 och 2029 (se nedan samt avsnitt 7.4). Medlen behövs bland annat för att hantera de uppbyggda vårdköerna, alltså vårdköer som ökat över tid och blivit för långa.

Vi vill samtidigt lyfta fram att det även med vårt förslag kommer vara professionen som avgör behovet av vård. Förslaget betyder inte att fler patienter ska få vård. Det handlar om att den medicinskt beslutade vård, som regionerna har ansvar för, i vissa fall kommer att behöva utföras tidigare. Om ett vårdbehov väl konstaterats, så blir kostnaderna för regionen inte lägre av att regionen väntar med den beslutade åtgärden eller behandlingen.[8] Kostnaderna riskerar tvärtom att bli högre om patienter behöver vänta för länge på den vård de behöver. Vi återkommer till detta i avsnitt (13.5) om samhällsekonomiska konsekvenser.

Vi bedömer att det finns möjlighet att hantera de uppbyggda köerna och även korta väntetiderna generellt genom effektivare användning av tillgängliga resurser. Det kan till exempel handla om en bättre kapacitetsplanering inom regionen. Vissa regioner kan behöva öka den egna kapaciteten, eller öka sin användning av befintliga avtal med privata och idéburna vårdgivare. Ett annat alternativ är att regionen ökar användningen av utomlänsvård. Tillskottet till regionerna ska därför vara tillfälligt.

Regionernas förtydligade ansvar kan leda till bättre kapacitetsplanering

Vi föreslår ett förtydligande i HSL om att regionen ska se till att en patient får vård i en annan region när regionen bedömer att vårdgarantin inte kommer kunna nås (se avsnitt 7.3). Som vi har beskrivit i avsnitt 6.8 respektive 7.3 förekommer det i dag att regioner väntar till dess att vårdgarantins tidsgräns är passerad. Utredningens förslag syftar till att regioner ska hjälpa patienter att få vård i en annan region så snart de bedömer att tidsgränsen kommer att passeras. Syftet med förtydligandet är att regionerna ska ha bättre framförhållning, produktions- och kapacitetsplanering.

[8] SOU 2008:127 s. 189.

Vi bedömer att förslaget kan leda till att fler patienter kommer erbjudas vård i en annan region än hemregionen. Det kan i förlängningen leda till att den samlade vårdkapaciteten i landet används på ett bättre sätt.

Andelen patienter som får utomlänsvård varierar mellan olika regioner och för vissa regioner skulle det kunna uppstå en viss ökning av kostnaderna för utomlänsvård med anledning av vårt förslag. Utöver kostnaden för vården behöver regionen i dessa fall bekosta resa och boende för patienten. Vi vill understryka att kostnaden för patientens vård i dessa fall redan är en del av regionens åtagande och därmed en kostnad som regionen skulle ha haft ändå. Det är viktigt att det finns rutiner för detta, så att fler patienter kan känna sig trygga med att tacka ja till vård i en annan region än hemregionen. I dag händer det att patienter tackar nej av sådana skäl.

Som vi beskrivit i kapitel 9 finns det ingen samlad bild av kostnaderna för utomlänsvård som beror på vårdgarantin. Ett exempel på kostnader för utomlänsvård kan hämtas från region Norrbotten, som är en region med en hög andel utomlänsvård. Där var kostnaderna för vårdgarantivård under 2024 157 miljoner kronor. Under 2025 hade kostnaderna för sådan utomlänsvård minskat med cirka 30 miljoner kronor. Enligt uppgift från regionen har minskningen skett genom att vården i hemregionen stärkts.[9] Det går därför inte att dra slutsatsen att kostnaderna för utomlänsvård nödvändigtvis behöver öka som en direkt effekt av vårt förslag. Regionerna avgör själva om vården i hemregionen bör stärkas eller om andelen utomlänsvård bör öka. Vi bedömer även att kostnaderna sammantaget på nationell nivå inte blir märkbart högre eftersom utomlänsvård snarare kan betraktas som en slags transferering av kostnader mellan huvudmännen.

Konsekvenser av förslagen om uppföljning och tillsyn

Vårt förslag om en ny vårdgaranti påverkar vilka uppgifter som behövs för att kunna följa upp vårdgarantin. Vi har bedömt att uppföljningen ska ske genom patientregistret (se kapitel 10). Det bör leda till en mer kvalitetssäkrad uppföljning av vårdgarantin och även en minskad administrativ börda för regionerna. Vi bedömer även att förändringen

[9] SVT Nyheter Norrbotten, ”Färre norrbottningar tvingas resa för att få vård”, 15 december 2025.

kan leda till att uppföljningen av väntetider till undersökningar blir bättre.

Vårt förslag om tillsyn i kapitel 11 innebär att IVO får möjlighet att förelägga vårdgivare och huvudmän att se till att informationsgarantin, samt informationsskyldigheten i patientlagen följs. Föreläggandet får förenas med vite. Det innebär att regioner som inte följer regelverket kan drabbas av vissa kostnader, i form av vite. Vår bedömning är att förslaget inte borde få någon betydande påverkan på regionernas kostnader. De som får ett föreläggande har goda möjligheter att undvika kostnader för vite genom att vidta åtgärder i enlighet med IVO:s beslut. För regioner och huvudmän som följer regelverket kommer det inte att uppstå några kostnader på grund av förslaget.

13.2.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Enligt 14 kap. 2 § regeringsformen (RF) sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. På samma grund sköter kommunerna även andra angelägenheter som bestäms i lag. Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Vid proportionalitetsbedömningen ska det dels göras en analys av de konsekvenser det tänkta förslaget får för den kommunala självstyrelsen, dels en avvägning mellan de kommunala självstyrelseintressena och de nationella intressen som den föreslagna lagstiftningen ska tillgodose.

Den vårdgaranti som vi föreslår utgår från att regionerna, precis som i dag, har stor frihet att bestämma hur den specialiserade vården ska organiseras. Syftet med flera av förslagen är att förstärka vårdgarantin i den specialiserade vården, där tillgänglighet varit ett problem under lång tid.

I avsnitten nedan framgår vår bedömning av hur de olika förslagen eventuellt påverkar den kommunala självstyrelsen.

En ny bedömningsgaranti inskränker inte i den kommunala självstyrelsen

Vårt förslag innebär att regionernas skyldighet att erbjuda ett besök i den specialiserade vården ska ändras till en skyldighet att erbjuda en medicinsk bedömning (se avsnitt 7.2.1). Vi bedömer att förslaget inte innebär någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen, förslaget skapar tvärtom ett större handlingsutrymme för regionerna. Samtliga moment i den medicinska bedömningen ingår redan i vårdens skyldigheter enligt dagens reglering, och en bedömningsgaranti finns redan i primärvården. Förslaget innebär inte heller några nya arbetsuppgifter för vårdens medarbetare.

Vi bedömer att det kommer att bli enklare att anpassa vårdprocessen efter patientens behov med vårt förslag. Många patienter kommer även framöver att få den medicinska bedömningen vid ett fysiskt besök, men digitala lösningar kommer att kunna användas när sådana är lämpliga. Detta kommer att spara tid för både vården och patienten. Det är också tydligt att en medicinsk bedömning ska kunna göras av legitimerad vårdpersonal och att det inte behöver vara en läkare.

Tidsfrist för remisshanteringen inskränker marginellt i den kommunala självstyrelsen

Förslaget innebär att en tidsfrist för remisshanteringen blir en del av vårdgarantin (se avsnitt 7.2.2). Vi bedömer att förslaget innebär viss ökad regelstyrning av regionerna från statens sida. Vi bedömer därför att det medför marginella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen, jämfört med vad nuvarande reglering innebär. Inskränkningen bedöms proportionerlig i förhållande till syftet med den.

Tidsgränsen som vi föreslår, tre arbetsdagar, är densamma som de flesta regioner redan tillämpar i dag. Remissreglerna i regionerna har funnits under flera år och är väl integrerade i vården. Vårt förslag handlar om att lagstadga processer och rutiner som redan finns i dag. Det minskar risken för att förslagen ska leda till ökad byråkrati, jämfört med i dag. Regler som endast återfinns i rutiner och avtal är svåra för patienter att få kunskap om och är i allmänhet inte heller föremål för tillsyn på samma sätt som regler i lag eller förordning är. Sammantaget talar detta för att denna process blir reglerad i lag och förordning.

En ny informationsgaranti i vårdgarantin innebär marginella inskränkningar

Förslaget innebär att en informationsgaranti till patienten införs, som blir en del av vårdgarantin (se avsnitt 7.2.2).

Förslaget om att låta information till patienten bli en del av vårdgarantin innebär en viss ökad regelstyrning av regionerna från statens sida. Vi bedömer därför att det har marginella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen, jämfört med vad nuvarande reglering innebär. Inskränkningen bedöms proportionerlig i förhållande till syftet.

Det handlar dels om information till patienten om att en remiss har mottagits i den specialiserade vården, dels om information till patienten om när den medicinska bedömningen ska göras. Här vill vi betona att det inte handlar om några nya skyldigheter att informera patienten, utan om lagstadgade tidsgränser för *när* patienten ska få viss information. System och rutiner för att lämna informationen till patienten ska redan finnas i regionerna.

Vi vet att det finns stora brister när det gäller information till patienter. Hittills är det bara en region som har beslutat om en yttersta tidsgräns av det slag som vi föreslår reglering av. Vår bedömning är att om patienter och i förlängningen anhöriga får information om när den medicinska bedömningen kommer att ske så innebär det stora fördelar för patienten och det kan även minska belastningen på hälso- och sjukvården, när färre patienter behöver höra av sig med frågor om sin vård. Mot bakgrund av detta bedömer vi att den marginella inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget medför, är motiverad och proportionerlig.

Förslaget bedöms också kunna stimulera till bättre framförhållning i regionernas planering.

En ny vårdgaranti med väsentligt kortare tidsgränser inskränker marginellt i den kommunala självstyrelsen

Vi föreslår en ny vårdgaranti med väsentligt kortare tidsgränser som utgår från patientens behov (se avsnitt 7.2.4). Vi bedömer att förslaget innebär marginella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen, jämfört med nuvarande reglering. Detsamma gäller förslaget om en lagstadgad vårdgaranti för BUP (se avsnitt 8.6.1).

Våra förslag innebär inte någon förändring av regionernas ansvar. Det finns redan en lagstadgad vårdgaranti som reglerar tidsgränser i den specialiserade vården. Det ingår i huvudmännens ansvar att vidta tillräckliga åtgärder för att leva upp till de krav som ställs i lagstiftningen, inklusive tidsgränserna i vårdgarantin. Att införa kortare tidsgränser handlar inte om ökad regelstyrning, utan om en omdefiniering av tidsgränserna, till kortare sådana.

Vårt förslag till vårdgaranti innebär även att fler delar av patientens vårdprocess regleras i lag jämfört med i dag. Detta medför viss ökad regelstyrning. Det är på grund av detta som vi bedömer att det finns en påverkan på den kommunala självstyrelsen, men att den är marginell. Det handlar om väntetiden för undersökningar och återbesök, som det inte finns någon bortre tidsgräns för i dagens vårdgaranti. Genom att undersökningar och återbesök ingår i vårdgarantin innebär det ökade krav på regionerna att planera vården med god framförhållning. De nya regleringarna motiveras dels av att regionerna inte uppfyller lagstiftarens intentioner när det gäller vårdens tillgänglighet, dels av vissa brister i nuvarande regelverk. Det är i dag inte någon region i Sverige som lever upp till vårdgarantins gränser för väntan på vård.

Vi bedömer att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är nödvändig för att åstadkomma en mer tillgänglig vård i hela landet. Vi bedömer även att inskränkningen är proportionerlig och motiverad i förhållande till de fördelar som förslaget innebär.

Förslag om regionernas ansvar för att se till att patienter får vård i tid

Förslaget handlar om att förtydliga så att det framgår av HSL att patienten ska få vård hos en annan vårdgivare så fort regionen bedömer att vårdgarantins tidsgräns inte kommer kunna nås. Regionen ska också stå för eventuella merkostnader (se avsnitt 7.3).

Eftersom det handlar om ett förtydligande av den reglering som redan finns bedömer vi att förändringen inte innebär någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Förslag om förtydligande i HSL inskränker inte i den kommunala självstyrelsen

Förslaget handlar om att förtydliga att regionen ska planera och organisera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet (se avsnitt 7.3.1). Regionerna har redan i dag ett ansvar för att tillhandahålla en god och lätt tillgänglig vård. Förslaget innebär inte någon detaljreglering av hur regioner organiserar och planerar sin verksamhet för att främja god tillgänglighet. Det är upp till regionen att bedöma vilka organisatoriska och planeringsmässiga åtgärder som är lämpliga. Vi bedömer sammantaget att förslaget inte innebär någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Förstärkt tillsyn inskränker marginellt i den kommunala självstyrelsen

Förslaget handlar om att det införs en möjlighet för IVO att förelägga huvudmän och vårdgivare att se till att informationsgarantin i vårdgarantin samt informationsskyldigheten i patientlagen följs (se avsnitt 11.2).[10] Föreläggandet får förenas med vite.

Förslaget innebär en möjlighet för IVO att förelägga huvudmän som inte funnits tidigare, men det behöver inte innebära några förändringar av IVO:s arbetssätt på området. IVO har redan i dag möjlighet att utöva tillsyn över information som ges om vårdgarantin och tillsynen ska fortsatt utgå från patientsäkerhetsrisker. Att utfärda ett föreläggande som kan vara förenat med vite är ett yttersta steg i tillsynen. IVO har exempelvis möjlighet att lämna råd och ge vägledning till regionerna för att avhjälpa missförhållanden. Förslaget innebär därför endast en marginell inskränkning i det kommunala självstyret. Inskränkningen bedöms proportionerlig i förhållande till syftet med den.

[10] Den nya informationsgarantin i vårdgarantin regleras i 9 kap. 1 § HSL. Informationsskyldigheten i patientlagen regleras i 3 kap. 1 och 2 §§.

13.2.4 Övriga konsekvenser för regioner

Vissa regioner kommer påverkas mer än andra av kortare tidsgränser

Det finns betydande skillnader i väntetider mellan verksamheter – både inom och mellan regioner och vårdområden. De regioner som inte klarar dagens tidsgränser kommer sannolikt till en början att få svårt att klara de nya tidsgränserna. För andra regioner bör de nya tidsgränserna inte bli en lika stor utmaning. Vi kan konstatera att vårdgarantins tidsgränser är en utmaning för flera av Norrlandsregionerna. Strukturella och ekonomiska förutsättningar har sannolikt en viss betydelse för regionernas väntetider. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har dock visat att varken skillnader i skattekraft, ekonomiska resurser eller befolkningsstruktur och vårdbehov har några tydliga samband med i vilken utsträckning regionerna lever upp till vårdgarantin.

Glesbygdens övergripande förutsättningar att organisera hälso- och sjukvården har diskuterats och utretts i olika sammanhang.[11] Frågan om hur vården är organiserad ligger emellertid utanför den här utredningens uppdrag.

Konsekvenser för administration, medarbetare och arbetsmiljö

Våra förslag om kortare tidsgränser i vårdgarantin bör inte medföra ökad administration för vårdens professioner. På sikt kan förslagen leda till en minskning av administration som uppstår för att hantera köer och de patienter som blir ställda i kö.

Långa väntetider leder till administration av köer och dubbelarbete i form av undersökningar som måste göras om på grund av att patientens hälsotillstånd har förändrats. Patienter som fått ett ökat vårdbehov fram till planerad behandling kan också kräva ytterligare resurser från vården. Vidare kan långa köer och låg tillgänglighet skapa stress hos vårdpersonal och leda till sämre arbetsmiljö. Givet att förslagen efterlevs bör fler patienter kunna få vård i ett tidigare skede, vilket bör minska risken för den här typen av kostnader och arbetsbelastning.

[11] SOU 2007:10 och SOU 2025:62.

Kortare tidsgränser i vårdgarantin skulle samtidigt kunna innebära en ökad stress för personalen om de nya tidsgränserna inte implementeras på ett ändamålsenligt sätt. Det kommer att krävas en kombination av tydliga strukturer, systematiskt arbete och en kulturförändring i hälso- och sjukvårdsorganisationen i samband med att de nya tidsgränserna införs. Balanserade produktionsplaner och scheman behöver upprättas för att balansera kapacitet med behov. Det är viktig att regionen tar sitt ansvar som arbetsgivare för att motverka att medarbetarnas arbetsmiljö påverkas på ett negativt sätt.

Brister i information från hälso- och sjukvården kan leda till att patienten eller närstående återkommer till vården. Detta tar onödig tid och resurser från vården och patienten. Genom förslaget om att reglera en bortre tidsgräns för när patienten ska få information om sin medicinska bedömning bör en del av dessa återbesök gå att undvika.

13.3 Konsekvenser för staten

Utredningen föreslår ingen förändring som påverkar ansvarsfördelningen mellan stat, kommun och region. Däremot lämnar vi förslag om att staten fördelar medel till regionerna under en begränsad period, vilket vi beskriver nedan. Vi lämnar också förslag som ger direkta konsekvenser för vissa statliga myndigheter. Dessa redovisas nedan under respektive myndighet.

13.3.1 Ekonomiska konsekvenser för staten

Staten tillför medel under en övergångsperiod

Vårt förslag i avsnitt 7.4 innebär att staten tillför medel till regionerna under en övergångsperiod för att stödja regionerna i arbetet med att hantera uppbyggda vårdköer, samt med att ställa om till den nya vårdgarantin.

Som vi har konstaterat i tidigare kapitel finns det brister i data om väntetider. Vi kan därför inte med säkerhet veta hur många som väntat för länge, mer än de nu lagstadgade 90 dagarna, på sitt besök eller sin operation. Det innebär vidare att det inte går att göra någon exakt beräkning av vad det skulle kosta för regionerna att inom en begränsad tid ge vård till patienter som väntat för länge på vård. Trots det har

vi försökt att göra en grov uppskattning av kostnaderna. Uppskattningen bygger på antalet patienter som har väntat längre än 90 dagar på första besök respektive längre än 90 dagar på operation eller åtgärd. Vidare har vi räknat på en genomsnittlig kostnad för ett första besök respektive operation. Vi har uppskattat kostnaderna för att hantera uppbyggda vårdköer utifrån nuvarande vårdgaranti till cirka 2,8 miljarder kronor.[12] Det är viktigt att notera att brister i data gör att vi inte vet hur många av patienterna som fortfarande är aktuella för operation. Skillnader i rapportering från regionerna spelar också roll här.

Det har tidigare gjorts satsningar för att hantera uppbyggda vårdköer. I januari 2022 gav till exempel regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven med anledning av covid-19-pandemin.[13] Insatser som regionerna fick använda medlen till då var exempelvis vårdlotsar, för att hjälpa patienter med vård inom vårdgarantin, regiongemensam kvalitetssäkring av inflödet och visualisering av gapet mellan behov, produktion och kapacitet, samt regionövergripande upphandlingar av privata vårdgivare.[14] I uppdraget ingick även att Socialstyrelsen skulle följa upp hur regionerna arbetade med att omhänderta de uppdämda vårdbehoven och hur medlen användes.

Vi föreslår att staten gör en liknande satsning med anledning av våra förslag, under åren 2027, 2028 och 2029. Vårt förslag är att 1 miljard kronor avsätts per år och innebär en ökning av anslaget 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna, utgiftsområde 9. Detta motsvarar alltså ungefär kostnaden på 2,8 miljarder kronor utslaget på tre år.

I de sedan tidigare beräknade medlen (cirka 7 miljarder kronor år 2027 exempelvis) finns satsningar som kommer att underlätta i omställningen och i arbetet med att korta vårdköerna, vilket vi har tagit hänsyn till i vår uppskattning av kostnaderna. Till exempel finns

[12] Enligt Väntetidsdatabasen väntar cirka 50 000 patienter på en operation och cirka 100 000 på ett första besök. Om vi uppskattar att en operation i genomsnitt kostar 50 000 kronor och ett första besök i genomsnitt 3 000 kronor uppgår den totala summan till 2,8 miljarder kronor. Genomsnittskostnaden för en operation har beräknats utifrån ett vanligt ingrepp inom de tre vårdområden där flest patienter väntar på en operation (ögonsjukvård, ortopedi och kirurgi). Operationerna som valts är operation av grå starr (15 000 kronor), operation av höftledsprotes (105 000 kronor) och ljumskbråck (30 000 kronor).
[13] Regeringsbeslut S2022/00456.
[14] Ibid.

redan en beräknad satsning på kortare vårdköer på 750 miljoner kronor år 2027 respektive 500 miljoner kronor år 2028.

Ett riktat statsbidrag är det mest ändamålsenliga

Vi föreslår alltså ett riktat statsbidrag till regionerna under en begränsad tidsperiod. Ett alternativ skulle kunna vara att tillföra medel inom ramen för det generella statsbidraget. Mot bakgrund av att förslagen på sikt inte bedöms innebära ytterligare kostnader för regionerna samt att det inte går att styra medel till en viss verksamhet med ett generellt statsbidrag anser vi att ett sådant upplägg inte är ändamålsenligt. Det skulle stå regionerna fritt att använda medlen som de själva ville och därmed inte vara garanterat att medlen användes för att hantera de uppbyggda vårdköerna. Det skulle även vara svårt att följa upp hur medlen faktiskt använts av regionerna.

I detta sammanhang kan även nämnas att regionerna i samband med att den nationella vårdgarantin infördes 2005 fick medel i det generella statsbidraget enligt finansieringsprincipen. Regionerna fick 700 miljoner kronor 2005 och sedan 500 miljoner per år från och med 2006.[15]

13.3.2 Konsekvenser för myndigheter

Uppdrag till Socialstyrelsen och insamling av data

Förslaget om en ny vårdgaranti kommer att påverka Socialstyrelsens insamling av väntetidsdata. Detta eftersom de uppgifter som samlas in måste anpassas efter den nya vårdgarantin. Rent praktiskt innebär det att en del nya informationsmängder kommer behöva samlas in i patientregistret.

Som vi beskriver i kapitel 10 så är det viktigt för förtroendet för hälso- och sjukvården att det finns en stabil nationell uppföljning av väntetider som bygger på tillförlitliga och relevanta data. Detsamma gäller den statliga tillsynen (se kapitel 11), som också är beroende av uppgifter för att kunna utöva tillsyn över vårdgarantin.

En förutsättning för att uppföljningen och även tillsynen av vårdgarantin ska kunna fungera effektivt är att de mätpunkter som följs

[15] Prop. 2004/05:1, utgiftsområde 25.

upp är relevanta för att bedöma hur väl regionerna når upp till vårdgarantin. Därför är det viktigt att Socialstyrelsen fortsätter arbetet med insamlingen av väntetidsdata och anpassar uppföljningen efter den nya vårdgarantin. Under arbetet behöver Socialstyrelsen ha dialog med regionerna om hur olika begrepp ska tolkas och andra frågor som uppstår i samband med inrapportering av data. Det behovet kommer sannolikt att vara stort, både på grund av det nya regelverket och att ansvaret för insamlingen av väntetidsdata nyligen övergått från SKR till Socialstyrelsen.

I avsnitt 7.2.3 lämnar vi en bedömning om att Socialstyrelsen bör ta fram en nationell standard för vilken information om vårdgarantin som patienten ska få. Bedömningen innebär att myndigheten behöver arbeta med att ta fram information om vårdgarantin och sprida den till berörda aktörer.

Det pågår redan ett arbete med att utvidga patientregistret.[16] Det som tillkommer med anledning av vår bedömning är det utrednings- och definitionsarbete som behövs som en konsekvens av den nya vårdgarantin. Sammantaget bedöms detta kosta 4–6 miljoner kronor. Det kan finansieras från anslag 1:6, Bidrag till folkhälsa och sjukvård, utgiftsområde 9.

IVO får möjlighet att förelägga med vite

I avsnitt 11.2 föreslår vi att IVO får möjlighet att förelägga vårdgivare och huvudmän att se till att informationsgarantin i vårdgarantin samt informationsskyldigheten i 3 kap. patientlagen följs. Detta medför inte något nytt åtagande eller uppdrag för IVO. Den nya bestämmelsen skapar större utrymme för IVO att bestämma om det är vårdgivaren eller huvudmannen som har ansvar för bristerna. Eftersom bestämmelserna om information till patienten är tydliga bedömer vi att föreläggande som förenas med vite kommer ha goda chanser att hålla för granskning i domstol. På så sätt bedömer vi att IVO:s tillsyn av vårdgarantin kan bli mer effektiv än i dag.

När det gäller bedömningen att det ska införas en sekretessbrytande bestämmelse som gör att IVO får tillgång till individuppgifter ur patientregistret bedömer vi att det är för tidigt att göra en konsekvensanalys. En sådan bör göras när Socialstyrelsen slutfört arbetet med

[16] Regeringsbeslut S2026/00384.

att utvidga insamlingen av uppgifter om väntetider till patientregistret.

Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

I avsnitt 10.7 lämnar vi bedömningen att regeringen bör ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en utvärdering av konsekvenserna av den nya vårdgarantin ur ett patientperspektiv. Detta bedöms kosta cirka 2–3 miljoner kronor per år och kan finansieras genom anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, utgiftsområde 9. Utvärderingen bör genomföras under en tidsperiod om cirka 2–5 år så att slutsatser från utvärderingen kan vara en hjälp i implementeringsarbetet och bidra till eventuella förbättringar i konstruktionen av vårdgarantin.

Uppdrag till Upphandlingsmyndigheten

I avsnitt 10.6 lämnar vi bedömningen att regeringen bör ge Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att stödja regionernas arbete med att identifiera och minska administrativa hinder som försvårar användningen av upphandlade avtal inom hälso- och sjukvården. Detta bedöms kosta totalt 2 miljoner kronor under ett år. Uppdraget kan finansieras med 2 miljoner kronor från anslag 1:6, Bidrag till folkhälsa och sjukvård, utgiftsområde 9.

13.4 Konsekvenser för grupper och aktörer

13.4.1 Företag och idéburen verksamhet

Privata och idéburna vårdgivare som utför hälso- och sjukvård på uppdrag av regionerna kommer att påverkas av förslagen om en ny vårdgaranti.

Det är regionernas ansvar att planera och säkerställa att den samlade kapaciteten i regionen motsvarar befolkningens behov. Privata och idéburna vårdgivare kan användas för att lösa den uppgiften. Både förslaget om förtydligat ansvar för regionerna när det gäller att hjälpa patienter vidare till andra vårdgivare (avsnitt 7.3) och förslaget om att en informationsgaranti införs i vårdgarantin (avsnitt 7.2.2) kan

vara positivt för privata och idéburna vårdgivare. Det kan leda till en större efterfrågan på den kapacitet som finns hos dessa vårdgivare.

Regionen behöver ställa krav på de privata och idéburna vårdgivare som den har avtal med. Det kan till exempel handla om att hålla de tidsgränser som anges i vårdgarantin. Även privata vårdgivare kan därför behöva ändra arbetssätt eller planera om för att klara de krav som ställs. När nya avtal skrivs finns det möjligheter för diskussion och förhandling om eventuell förändrad ersättning till följd av lagändringarna, om det anses vara motiverat. De kommer också att omfattas av den uppföljning och tillsyn som vi föreslår av den nya vårdgarantin. Det kan tänkas vara särskilt svårt för mindre privata och idéburna vårdgivare att leva upp till krav på registrering och uppföljning, men det är viktigt för att det ska vara möjligt att följa upp att vårdgarantin följs. Vi bedömer inte att detta innebär någon ökad administrativ börda jämfört med hur det fungerar i dag.

Förslaget om tillsyn av informationsgarantin (se kapitel 11) innebär att privata och idéburna aktörer som inte följer regelverket kan drabbas av vissa kostnader, i form av vite. Vår bedömning är att det här påverkar privata och idéburna aktörer på samma sätt som det offentliga. Syftet är att styra ansvariga vårdgivare att följa vårdgarantin, utan att det ska behöva uppstå någon kostnad. Aktörer som inte uppfyller kraven och får ett föreläggande har goda möjligheter att undvika kostnader för vite genom att vidta åtgärder i enlighet med IVO:s beslut. Förslaget får inte några konsekvenser för aktörer som följer regelverket.

13.4.2 Kommuner

Våra förslag bedöms inte ha några direkta effekter för den hälso- och sjukvård som bedrivs av kommunerna. Kommunerna har inget ansvar för specialiserad vård. Den kommunala verksamheten kan påverkas positivt om de föreslagna förändringarna medför att patienter som också har kommunal hälso- och sjukvård eller kommunal omsorg får bättre tillgång till den specialiserade vården.

13.5 Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningens förslag innebär marginellt ökad reglering av vårdprocesserna men vi bedömer att de samhällsekonomiska konsekvenserna av detta främst kommer från kortare väntetider i vården. Kortare väntetider i vården innebär minskat lidande för patienter och anhöriga, lägre kostnader för sjukvården på sikt, samt sannolikt ökad arbetstillfredsställelse hos vårdpersonal. Det samhällsekonomiska värdet av dessa konsekvenser är dock svåra att beräkna.

Långa väntetider i vården leder till lidande och försämrad hälsa för de patienter som drabbas. Enligt IVO kan lång väntan förvärra symptom, försämra patientens hälsostatus och leda till ett sämre kliniskt resultat.[17] Med långa väntetider uppstår ofta behov av ytterligare undersökningar, vård och behandling – behov som sannolikt inte hade funnits om tillgängligheten till vården hade varit bättre. Det innebär ökade kostnader för regionerna och resursineffektivitet. I värsta fall kan långa väntetider leda till vårdskador, vilket i sin tur leder till ytterligare ökade kostnader för regionerna.

I en rapport där IVO har gått igenom klagomålsärenden och lex Maria–anmälningar till BUP framgår att långa väntetider är vanliga och att konsekvenserna av att vänta för länge på vård kan bli allvarliga. Det är avgörande att få vård i tid eftersom försenad eller utebliven behandling kan leda till allvarliga konsekvenser för patienterna, med hög skolfrånvaro, social isolering och ökad ångest som följd. I de mest allvarliga fallen där IVO riktat kritik mot BUP har självskadebeteenden, suicidförsök och i några fall även suicid förekommit i anslutning till försenad eller utebliven behandling.[18] Liknande konsekvenser framgår av genomgången av lex Maria-anmälningar, där bristerna rapporterats av vårdgivare. IVO lyfter också fram att behovet av att hantera vårdkön tar administrativa resurser i anspråk.[19] Det finns således besparingar att göra för regionerna genom att minska väntetiderna.

Om kortare väntetider innebär kortare sjukskrivningsperioder för de patienter som drabbas kan statens utgifter för sjukförsäkringen minska, samt arbetsproduktion och därmed BNP öka. Minskade sjukskrivningar kan även innebära ökade skatteintäkter för staten (och för regioner och kommuner) om sjukskrivningen ersätts med

[17] IVO, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2021, s. 28.
[18] IVO, *Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatrin riskerar patientsäkerheten*, 2025, s. 2.
[19] IVO, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2021, s. 29.

arbetsinkomst. Precis som tidigare utredningar har vi inte hittat något underlag som tydligt visar på kopplingen mellan sjukskrivning och väntetider i vården. Det gör det svårt att bedöma hur stor denna effekt kan vara. Det skulle kunna innebära en minskning i sjukskrivningstalen om dagens vårdgaranti efterlevdes.

13.6 Andra nyttor med förslagen

13.6.1 Ökad styrning mot en jämlik vård

Ojämlikhet i hälsa är en stor utmaning och de socioekonomiska skillnaderna i hälsa har ökat över tid. Personer som bor i socioekonomiskt utsatta områden har exempelvis högre dödlighet och sämre överlevnad vid allvarliga sjukdomar.

Förslaget om att fler ska omfattas av vårdgarantin ökar förutsättningarna för att de patienter som har störst behov av vård får företräde till vården. Den förändringen styr på ett bättre sätt än i dag mot målet om en jämlik vård. Vidare kan förslaget om att införa en informationsgaranti främja socioekonomisk jämlikhet. Resursstarka individer har många gånger bättre förutsättningar att söka information om sin vård. Att regionerna kommer att ge patienten information inom en viss tid kan underlätta för mindre resursstarka patienter att ta del av den informationen.

Våra förslag innebär att fler delar av vårdprocessen omfattas av vårdgarantin och förtydligar regionernas skyldigheter, vilket ökar förutsättningarna för att vårdgarantin tillämpas på ett mer likartat sätt i hela landet. På så sätt kan förslagen bidra till målet om en jämlik vård. Genom att tidsgränserna för remisshanteringen blir en del av den nationellt reglerade vårdgarantin, ökar förutsättningarna för att en viktig del av vårdprocessen blir mer likvärdig i hela landet.

Förslaget om att regioner ska agera snabbare för att ge vård hos andra vårdgivare när vårdgarantin inte uppfylls kan också bidra till en mer jämlik vård. Om förslaget genomförs kommer regionerna att behöva använda kapacitet i hela landet i högre grad, vilket på sikt borde kunna leda till en utjämning av väntetiderna.

Våra förslag berör den specialiserade vården. Jämlikheten påverkas även av insatser inom andra delar av hälso- och sjukvården, som akutsjukvård, primärvård samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Utöver det påverkas jämlikheten även av insatser inom andra

politikområden. Mot bakgrund av det bedömer vi att förslagens påverkan på jämlikheten är positiv men begränsad.

13.6.2 Positiva men begränsade effekter på folkhälsan

Forskning visar att hälso- och sjukvården tillsammans med andra insatser spelar en tydlig roll för människors hälsa.[20] Framför allt påverkas folkhälsan dock av andra faktorer som socioekonomi, boendemiljö och levnadsvanor.[21] Mot bakgrund av det bedömer vi att förslagen kommer att ha en positiv men begränsad effekt på folkhälsan.

Den vårdgaranti vi föreslår är generell och de effekter vi eftersträvar bör därför påverka samtliga patientgrupper. Långa väntetider kan bidra till ökad så kallad ”undvikbar sjuklighet”, det vill säga sjuklighet som inte hade behövt uppstå. Det kan också leda till förstärkta ohälsoklyftor. En vårdgaranti som styr mot att den medicinska bedömningen ska ske tidigare ökar sannolikheten för att patienter får rätt vårdåtgärd tidigare än i dag. Tidiga insatser ökar i sin tur förutsättningarna för bättre behandlingsresultat och att personer som exempelvis är sjukskrivna i väntan på operation eller behandling kan komma tillbaka i arbete snabbare. För barn och unga kan det handla om att komma tillbaka till skolan tidigare. Förutsatt att den nya vårdgarantin efterlevs av regionerna kan den på så sätt påverka folkhälsan i positiv riktning.

13.7 Övriga konsekvenser

Förslagen bedöms inte ha några konsekvenser för EU-rätten, sysselsättningen, de integrationspolitiska målen, miljön och klimatet, brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet.

[20] Dahlgren och Whitehead, 1991.
[21] Marmot och Wilkinson, 2005.

13.8 Konsekvenser för regionerna av att patienten kan välja utförare inom sluten vård

I kapitel 9 skriver vi om patienters möjligheter att välja utförare inom sluten vård. Att i lag reglera patientens möjlighet att helt fritt välja utförare i hela landet inom sluten vård skulle kunna få stor påverkan på regionernas möjlighet att planera sin verksamhet. Det skulle innebära en stor inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Med utredningens förslag införs därför en möjlighet för hemregionen att godkänna sluten vård i en annan region innan det uppstår något kostnadsansvar. Eftersom regionerna fortsatt kommer att ha kontroll över sina kostnader för utomlänsvård bedömer vi inte att förslaget innebär någon inskränkning av det kommunala självstyret. Syftet med att ändå lagstifta om möjligheten att välja utförare är att det bedöms öka möjligheten för patienter att få kännedom om möjligheten att välja vårdgivare inom sluten vård. Förslaget bedöms inte leda till någon stor ökning av patientströmmar över regiongränserna.

13.9 Konsekvenser av förslagen för ökad kontinuitet inom specialiserad vård

13.9.1 Konsekvenser för patienter

I kapitel 12 skriver vi om hur kontinuiteten i den specialiserade vården kan förbättras. Utredningen bedömer att förslaget om att hänsyn ska tas till patientens behov samt till patientens önskemål om vem som ska utses till fast vårdkontakt kan skapa förutsättningar för ökad trygghet och delaktighet för patienterna i den specialiserade vården. Trygghet utvecklas bland annat utifrån att patienten känner sig viss om att vårdpersonen i fråga känner till patientens sjukhistoria och livssituation. Detta är inte minst viktigt för patienter med kronisk sjukdom eller andra komplexa vårdbehov. Möjligheten att följa en patient över tid ökar förutsättningarna för att undvika misstag av olika slag och kan på så sätt öka patientsäkerheten.

God relationskontinuitet kan även ha en positiv påverkan för patienter med oklara symtom. En betydande andel av patienter söker vård för symtom som det råder osäkerhet om diagnos och lämplig behandling kring. I dessa fall kan kvaliteten på bemötandet i vården och en tillitsfull relation med vården vara särskilt avgörande. Vården

kan inte alltid erbjuda specifika behandlingsinsatser för denna patientgrupp, men en kontinuerlig vårdkontakt kan öka förutsättningarna för att hitta strategier för att hantera patientens problem. På så sätt kan vården undvika att komplexa multibesök i olika delar av vården utvecklas.

13.9.2 Konsekvenser för vårdens medarbetare

Att som medarbetare känna sina patienter och deras sjukdomshistoria kan ge en känsla av kontroll, säkerhet och trygghet. Goda mellanmänskliga kontakter kan även bidra till en bättre arbetsmiljö och ökad trivsel på arbetsplatsen. Kontinuitet medför även ett moment av ökat lärande för vårdpersonalen, genom att de får återkoppling på resultatet av de åtgärder och rekommendationer som getts i samband med tidigare möten med patienten.

13.9.3 Konsekvenser för regioner och arbetsgivare

På systemnivå kan god kontinuitet medföra högre effektivitet i organisationen, inte minst genom minskad tid för inläsning och ett minskat externt kommunikationsbehov. De psykologiska och sociala vinsterna som kan uppkomma som en följd av god kontinuitet förväntas även påverka arbetsmiljö och trivsel, något som i förlängningen kan påverka arbetsplatsens attraktionskraft och personalomsättning.

13.9.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget innebär ett förtydligat krav på att regionerna i större utsträckning behöver ta hänsyn till patienternas önskemål, vilket vi betraktar som en marginell inskränkning i regionernas handlingsfrihet. Förslaget är dock ett förtydligande av gällande lagstiftning och bedöms därför inte vara ett helt nytt ingrepp i det kommunala självstyret.[22]

[22] Se 6 kap. 2 § PL och prop. 2009/10:67, s. 61.

13.9.5 Ekonomiska konsekvenser

Vårt förslag till förtydligande bedöms inte medföra några nya kostnader för regionerna – regionerna ska redan i dag vara beredda på att tillhandahålla fast vårdkontakt till alla som har en sådant behov.[23] Det finns även i dag bestämmelser om att vården ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

13.10 Konsekvenser av att inte genomföra förslagen

Under utredningens arbete har vi resonerat om vad det skulle innebära om våra förslag inte genomförs. Utöver vår utredning finns det flera initiativ och åtgärder på nationell och regional nivå som kan sätta fokus på arbetet med tillgänglighet och i bästa fall bidra till minskade väntetider i vården. Det handlar bland annat om Socialstyrelsens och E-hälsomyndighetens arbete med nationell vårdförmedling, Socialstyrelsens stöd till regionernas kapacitetsplanering, olika regionala utvecklingsarbeten för att korta köer och inrättandet av en nationell kösamordnare. Dessa åtgärder kan bidra till bättre kapacitetsutnyttjande, men kommer inte kunna åtgärda de problem som beror på hur vårdgarantin är konstruerad.

Som vi beskrivit i tidigare kapitel är det många patienter som inte omfattas av någon vårdgaranti i dag, exempelvis patienter som väntar på sin undersökning eller sitt återbesök. Detta beror på hur den lagstadgade vårdgarantin i dag är konstruerad. Det är också en förklaring till den kritik som riktats mot vårdgarantin. Det finns inget som tyder på att detta är något som kommer att förändras av sig självt. Därför kommer problemen med undanträngning av vissa patientgrupper sannolikt att kvarstå i större utsträckning om inga författningsändringar genomförs. Som vi beskrivit tidigare kan vi inte eliminera risken för undanträngningseffekter, men vi bedömer att risken för sådana blir mindre med våra förslag, eftersom vi inkluderar fler patientgrupper och situationer i vårdgarantin. Att inte genomföra vårt förslag om en lagstadgad vårdgaranti för BUP skulle innebära att ordningen, med dels en överenskommelse om en icke lagstadgad vårdgaranti för BUP, dels en lagstiftad vårdgaranti, fortsatt skulle

[23] Enligt nu gällande 6 kap. 2 § PL ska en fast vårdkontakt utses till de patienter som begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

skapa otydlighet. De bristande förutsättningarna för jämlik vård och otydligheten för patienterna skulle kvarstå.

Många patienter har bristfällig kunskap om vårdgarantin. Det innebär att det är svårt för dem att vara delaktiga i sin vårdprocess. Därför behöver kraven på information till patienten stärkas och omfattas av vårdgarantin. Om våra förslag om förbättrad information inte genomförs är det sannolikt att det inte sker någon förbättring i det avseendet.

Bristande information är också en fråga om patientsäkerhet. Vi vet att det finns brister i informationen till patienter. Om förslaget att IVO får möjlighet att förelägga vårdgivare och huvudmän att följa informationsgarantin inte genomförs bedömer vi att information till patienten inte kommer att vara prioriterad tillsyn för IVO. IVO:s möjligheter att utöva tillsyn över informationen om vårdgarantin förblir i så fall begränsade och patientens rätt till information stärks inte.

Det förslag som handlar om att förtydliga att regioner som inte kan erbjuda vård inom tidsgränserna i hemregionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare inom tidsgränserna (se avsnitt 7.3), är viktigt för att förtydliga regionens ansvar för tillgänglighet. Om förslaget inte genomförs är risken att regioner även i fortsättningen avvaktar med att hjälpa patienter vidare till en annan vårdgivare i tid.

Att vårdgarantin inte uppfylls är allvarligt och det påverkar också förtroendet för hälso- och sjukvården. En viktig lärdom från uppföljningar, utvärderingar och granskningar som gjorts av statens styrning av vården är just att ett nytt styrmedel inte automatiskt innebär att väntetiderna till vården blir kortare.[24] En klokt formulerad garanti kan däremot bidra till mer ansvarstagande från regionernas sida och mer delaktiga patienter. Tillsammans med andra insatser för att öka tillgängligheten kan en förändrad vårdgaranti på sikt bidra till kortare väntetider och minskade skillnader i väntetider mellan regionerna.

När det gäller våra förslag om ökad kontinuitet är en konsekvens av att inte genomföra förslagen att kontinuiteten inom den specialiserade vården fortsatt kommer att vara bristfällig. Patienternas möjlighet till ökad samordning, trygghet och delaktighet inom den speci-

[24] Se bland annat Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023 och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Löftesfri garanti. En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2017.

aliserade vården kommer inte att förbättras. När det gäller möjligheten att välja utförare av sluten vård i andra regioner finns det i dag ingen lagreglering – den möjligheten framgår i stället av riksavtalet. Om vårt förslag inte genomförs kommer möjligheten att välja fortsatt vara otydlig för regioner och patienter. Det kommer då även fortsatt krävas att patienten har en mycket god insyn i det svenska hälso- och sjukvårdssystemets administrativa delar för att känna till möjligheten att välja utförare av sluten vård i andra regioner.

14 Nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården

I oktober 2025 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen. Utöver de ursprungliga direktiven ska utredningen även analysera och lämna förslag på hur statens styrning kan stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården.[1] I uppdraget ingår att vid behov ta fram principer för ersättningar och avgifter för digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja, det vill säga digital utomlänsvård. Denna bedrivs bland annat av så kallade nätläkare.

I detta kapitel beskrivs först bakgrunden till vårt uppdrag, sedan utredningens bedömningar och förslag, följt av konsekvenser av förslagen.

14.1 Utmaningar med nuvarande system för ersättningar och avgifter

Det finns en stor variation i utformningen av regionernas patientavgifter och ersättningsmodeller till utförare. Patientavgifter för samma typ av tjänst skiljer hundratals kronor mellan olika regioner. Stora variationer i avgifter skapar otydlighet och ojämlikhet för patienter och kan ifrågasättas ur ett patient- och jämlikhetsperspektiv.

Även utformningen av regionernas ersättningssystem varierar och tidigare utredningar har bland annat pekat ut den svaga samordningen samt de frekventa ändringarna av utförarnas uppdrag och ersättningar som problematiska.[2]

[1] Dir. 2025:94.
[2] SOU 2019:42.

Den nuvarande ersättningsmodellen för digital utomlänsvård bedöms vara särskilt problematisk. Digital utomlänsvård bedrivs i dag på primärvårdsnivå men ersättningarna styrs av ett parallellt system, som fungerar enligt andra logiker än dem i den övriga primärvården. Modellen medför att huvudmännen blir betalningsskyldiga för en vård de inte själva har beställt och inte heller på egen hand kan kontrollera omfattningen av, eller följa upp. Flera tidigare utredningar har konstaterat att systemet inte är förenligt med behovsprincipen och inte heller främjar ett effektivt resursutnyttjande.[3]

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har konstaterat att regionernas kostnader för digital utomlänsvård har ökat kraftigt under de senaste åren och att de ökade kostnaderna kan leda till en obalans i resursfördelningen i förhållande till behovsprincipen.[4]

Konkurrensverket anser att systemet innebär att det inte råder konkurrens på lika villkor mellan vårdcentralerna i primärvårdens vårdvalssystem och de privata digitala vårdgivarna som verkar med utomlänsersättning. Detta bland annat eftersom en vårdcentral som erbjuder digitala vårdtjänster till sina listade patienter får lägre ersättning än den ersättning som betalas om samma patient besöker en privat digital vårdtjänst med utomlänsersättning.[5]

Inte heller de aktörer som erbjuder digital utomlänsvård anser att nuvarande system är funktionellt för en vidare utveckling av den offentligt finansierade digitala vården. Från deras sida lyfts bland annat att det nu finns digitala aktörer av mycket olika karaktär och det medför också behov av olika modeller för styrning, ersättning och uppföljning.

14.2 Olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården och kunskapsläget om dem

Som huvudmän ansvarar regioner och kommuner för att erbjuda och finansiera den svenska hälso- och sjukvården. Inom ramen för det kommunala självstyret har de ett stort utrymme att välja hur de organiserar och utformar den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Det gäller även vilka ersättningsprinciper de tillämpar för dem som

[3] SOU 2019:42 och Ds 2023:27.
[4] SKR, *Primärvård i Sverige*, 2024.
[5] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022, s. 9.

ska utföra vården, oavsett om det är vård i egen regi eller vård som upphandlas av privata aktörer.

Ersättningsprinciper som används inom hälso- och sjukvården är inte principer för budgetering eller finansiering. Det handlar i stället om utformningen av den ersättning som i olika former utgår från en tänkt beställare till den aktör som utför hälso- och sjukvården. Betydelsen av *anslag* och relaterade termer som rör budget skiljer sig därmed i detta kapitel från hur termerna används i budgetlagen liksom i övriga kapitel i utredningens betänkande. Principerna som beskrivs nedan kan tillämpas av såväl lokala styren som stater och privata försäkringssystem, oberoende av vilken nivå som styr och vem som har beställaransvar.

14.2.1 Ersättningar – ett bland flera verktyg för styrningen av hälso- och sjukvården

Utformningen av ersättningar är ett av flera verktyg för att styra mot de resultat som beställare och finansiärer önskar få ut av hälso- och sjukvården. Effekterna av varje styrsignal beror i slutänden på den sammantagna styrningen, liksom på den kontext som styrningen sker i.[6] En väl genomtänkt och utformad ersättningsmodell kan inte förväntas kompensera för en i övrigt icke-fungerande styrning, inklusive bristande resurser.[7]

I det följande redogörs övergripande för de vanligast förekommande principerna – som i sin tur kan utformas och kombineras på en rad olika sätt. Se även tabell 14.1 nedan.

[6] SOU 2017:56, s. 92.
[7] Ibid. s. 150.

Tabell 14.1 Olika ersättningsprinciper inom hälso- och sjukvården och exempel

Typ	Fast ersättning		Rörlig ersättning	
Objekt	Resurser/Input (anslagsfinansiering)	Registrerade individer eller patienter	Aktiviteter/ Prestationer	Målbaserad (Pay for performance, P4P)
Exempel	Detaljerad budget: Anslag uppdelat på Kostnadsslag (löner, utrustning, läkemedel etc.) utan möjlighet till omfördelning.	Fast ersättning för listade i primärvården (kapitering), med eller utan justering utifrån förväntat vårdbehov.	Fee for service (FFS)	Ersättning utifrån måluppfyllelse (struktur, process, resultat), t.ex. täckningsgrad.
	Ramanslag med möjligheter till omfördelning mellan kostnadsslag.		Besök, vårddag	
			DRG (diagnosrelaterade grupper)	
			Vårdrelaterade episoder	

Källa: Fritt efter ESO-rapport 2010:7, s. 43.

Fasta ersättningar

Det finns två huvudsakliga typer av fasta ersättningar som används vid ersättning av utförare: anslagsfinansiering och kapitering. Bägge är exempel på prospektiva ersättningar, som ger bättre planeringsförutsättningar för, och lägger mindre risk på finansiären eftersom ersättningen är oberoende av den vårdvolym som produceras.[8] Det innebär också att den finansiella risken flyttas till utföraren.

Det som inom hälso- och sjukvården brukar kallas *anslagsfinansiering* innebär att utföraren får en fast summa pengar i förväg baserat på budgeterade behov. Det kan ske antingen i form av en mer detaljerad budget, utan möjlighet till omfördelning, eller i form av ett ramanslag, med möjlighet till omfördelning inom ramen. Anslagets storlek baseras vanligen på historiska kostnader, till exempel kostnaderna från föregående år, men kan justeras utifrån förväntade trender eller sparbeting. Ett ramanslag kan även baseras på en analys

[8] Anell, A, *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, 2010, s. 43 och SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022, s. 3.

av det förväntade vårdbehovet. Ramanslag är en förhållandevis möjliggörande ersättningsform som innebär en låg administrativ börda. Denna ersättningsmodell styr samtidigt inte mot specifika uppgifter, utan för det krävs andra styrsignaler.[9]

Kapitering är den dominerande ersättningsformen i svensk primärvård. Den innebär att det utgår en ersättning per individ som ingår i ”befolkningen” för den aktuella vårdenheten. I svensk primärvård innebär det att en vårdcentral får en ersättning för varje individ som valt att lista sig på just den vårdcentralen. I andra kontexter, utan valmöjligheter, kan befolkningen till exempel vara de som bor i ett visst geografiskt upptagningsområde som utföraren ansvarar för. Kapiteringsersättning utgår med samma summa för varje registrerad individ, oavsett hur den individens sjukvårdsbehov och faktiska vårdutnyttjande ser ut. Därför görs det ofta olika typer av viktningar av kapiteringsersättningar, för att göra dem mer rättvisande. För att vikta en persons sannolika risk att drabbas av ohälsa används olika komponenter som kön, ålder, socioekonomiska faktorer samt vårdtyngd.[10] Dessa kan används ensamma eller tillsammans för att justera ersättningsnivån.[11]

I svensk primärvård har vanligen den utförare som patienten är listad hos och som får kapiteringsersättningen, även ett *kostnadsansvar* för vissa kostnader som rör de listade patienternas behov av andra insatser. Det kan exempelvis göras avdrag när listade patienter söker vård hos en annan utförare i primärvården, inom eller utom den egna regionen. Kostnadsansvar för utföraren kan även tillämpas när utföraren inom ramen för en vårdkontakt beställer medicinsk service, såsom provtagning, laboratorieanalys, klinisk fysiologi eller röntgenundersökning, samt för förskrivna och uthämtade läkemedel. Denna typ av kostnadsansvar innebär en ökad finansiell risk för utföraren, något som är mer ovanligt i andra länder.[12]

Så kallade *geografiska ersättningar* är en särskild form av fast ersättning. För att motverka utmaningar med att etablera vårdinrättningar i geografiskt ofördelaktiga lägen kan man ge tilläggsersättning till utförare som etablerar mottagningar på sådana platser. Ett ofördel-

[9] SOU 2017:56, s. 95–96.
[10] Ett mått på arbetsbelastningen för personalen kopplat till patienternas individuella behov.
[11] SKR, *Ersättningsmodeller för nära vård*, 2023, s. 33.
[12] SKR, *Ersättningsmodeller för nära vård*, 2023, s. 45 och Anell, A., *Vården är värd en bättre styrning*, 2020, s. 85.

aktigt läge kan till exempel bestå i långt avstånd till sjukhus eller ett område med lägre befolkningstäthet.

Rörliga ersättningar i två olika former

Rörliga ersättningar kan grovt delas upp i två olika former; ersättningar för specifika aktiviteter eller prestationer samt målbaserade ersättningar.[13]

Ersättningar för specifika aktiviteter eller prestationer kan till exempel handla om ersättning per besök, ersättning för en viss typ av behandling eller särskild ersättning för att ha genomfört ett så kallat SIP-möte. Det ger incitament till att utförarna producerar mer av just denna aktivitet. *Målrelaterade ersättningar* premierar uppnådda resultat (eller sanktionerar bristfällig resultatuppfyllelse med indragen ersättning). Till skillnad från prestationsersättningar som belönar resursinsatser eller prestationer, syftar målbaserade ersättningar till att skapa incitament att leverera slutmålet för verksamheten.[14] I praktiken så baseras dock målbaserad ersättning på olika processmått, snarare än utfallsmått. Det innebär också att de ofta kan beskrivas som en variant av ersättning för viss prestation, till exempel att uppföljningar av diabetespatienter registreras i ett nationellt register.

Täckningsgrad för primärvårdskonsumtion kan räknas in bland de målrelaterade ersättningarna. Den är vanlig i svensk primärvård och används för att få utförarna att i så stor utsträckning som möjligt ta hand om den egna enhetens listade patienter på primärvårdsnivå och inte i onödan remittera patienter till högre vårdnivå. En särskild form av täckningsgrad är i vilken utsträckning de listade patienterna får sina insatser på primärvårdsnivå hos just den utförare som de är listade hos.[15] Eftersom det är svårt att kontrollera besöksfrekvensen hos andra vårdgivare kan vårdcentraler främst påverka täckningsgraden genom att öka de egna besöken, och därmed de egna besökens andel av de totala besöken.

Om en vårdcentral har en hög täckningsgrad så innebär det i bästa fall att de i hög grad har lyckats tillgodose patienternas vårdbehov på primärvårdsnivå, och på den egna vårdcentralen. En låg täcknings-

[13] Anell, A., *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, 2010.
[14] Ibid.
[15] SKR, *Ersättningsmodeller i primärvården*, 2022, s. 20 och Ds 2023:27, s. 33.

grad kan omvänt signalera att patienterna i högre grad sökt annan vård än den som tillhandahålls på vårdcentralen eller i primärvården. Ett lågt utfall kan indikera att patienterna upplever att de inte kan få tillgång till den vård de efterfrågar på vårdcentralen eller i primärvården eller att det finns god tillgång på specialiserad öppenvård i närområdet – eller både och. En låg täckningsgrad medför en lägre ersättning, eller avdrag.[16]

Rörliga ersättningar förflyttar den finansiella risken så att mer av den ligger på finansiären eftersom ersättningen till utförarna blir beroende av vad som produceras. De rörliga ersättningarna ger vidare incitament att producera mer av det som ersättningen avser. De förväntade effekterna beror på hur objektet för ersättningen definieras, och även på ersättningsnivån. En ersättning baserad på DRG-poäng[17] ger incitament att producera fler DRG-poäng; en ersättning per besök eller hela vårdepisoder ger incitament att producera mer av dessa objekt. Beroende på hur objektet för ersättningen definieras kan förändringar försvåras eller blockeras, till exempel införandet av nya behandlingar (som ännu inte fått en ersättning) eller arbetsväxling mellan personal (om den rörliga ersättningen kopplas till enskilda yrkeskategorier). En rörlig ersättning ställer därför högre krav på att ersättningen och ersättningsnivåerna, och i vissa fall även tillhörande beskrivningssystem, kontinuerligt uppdateras i takt med att nya behandlingar och ny evidens tillkommer.[18]

14.2.2 Vad vet vi om effekter av olika ersättningsprinciper?

Så vilken eller vilka ersättningsprinciper är då bäst? Trots en omfattande litteratur och många empiriska studier är evidensen när det gäller effekter av ersättningsprinciper till utförare inom hälso- och sjukvård ganska svag, sett utifrån ett strikt vetenskapligt perspektiv. Det beror främst på att det finns få randomiserade och välkontrollerade studier. Det är praktiskt svårt att genomföra studier med hög vetenskaplig kvalitet när det gäller ersättningsprinciper.

[16] SKR, *Ersättningsmodeller för nära vård*, 2023.
[17] Diagnosrelaterade grupper (DRG) är i grunden ett beskrivningssystem för att dela in patienter i medicinskt- och resurshomogena grupper vilka används för aggregerad verksamhetsbeskrivning i hälso- och sjukvården. DRG-koderna kopplas till vikter och kan därigenom användas som ett relativt mått på vård- och behandlingskostnaden för en genomsnittspatient i varje DRG-grupp. Därigenom kan de också utgöra grund för ersättningar.
[18] Anell A., *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, 2010, s. 47 och *Vården är värd en bättre styrning*, 2020, s. 71.

När man tar del av den litteratur som finns är det också viktigt att beakta kontextens betydelse. En och samma ersättningsprincip kan få olika effekt beroende på vem som driver mottagningar, hur styrning och uppföljning i stort utformas, graden av konkurrens mellan vårdgivare i olika geografiska områden, graden av altruism etc. Att en och samma ersättningsprincip kan få olika effekt beroende på sammanhanget är i sig en viktig kunskap.

För vår svenska kontext behöver vi också vara medvetna om att en stor andel av den internationella forskningen om ersättning till primärvård och öppen vård fokuserar på privata vårdgivare och ofta avser den ersättning till individuella läkare. Det finns vanligen en tydlig uppdelning mellan beställare/finansiärer respektive vårdgivare. I svensk hälso- och sjukvård är majoriteten av enheter och mottagningar ägda och styrda av regionerna. Både bland privata och offentliga arbetsgivare är det praxis att läkare liksom annan vårdpersonal är anställd med fast lön. Svenska läkare får därmed inte med automatik högre inkomster om de producerar mer vård. Eftersom ersättningen i svensk vård avser enheter och mottagningar har chefers agerande och prioriteringar stor betydelse. Chefer kan genom sitt agerande förstärka eller motverka effekterna av en ersättningsprincip. Effekterna av att använda olika ersättningsprinciper blir därmed mera osäkra.[19]

Trots brister i studiers design går det att identifiera många viktiga lärdomar från den samlade litteraturen. En ”gammal” kunskap är att det finns för- och nackdelar med olika enskilda ersättningsprinciper. Dessa för- och nackdelar innebär att olika ersättningsprinciper kan kopplas samman med olika målsättningar. Beroende på hur olika mål rangordnas kan olika ersättningsprinciper vara mer eller mindre fördelaktiga. En annan etablerad rekommendation i litteraturen är att tillämpa en kombination av ersättningsprinciper. Olika kombinationer av fast, rörlig och även målbaserad ersättning återfinns i de principer som används för att ersätta primärvård eller sjukhus i olika länder. Tilläggas kan att oavsett val av ersättningsprincip finns behov av en parallell styrning och uppföljning som kompenserar för bristerna med den/de principer man valt.[20]

[19] Anell, A., *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och* sjukvården, 2010, s. 56 f. och SKR, *Ersättningsmodeller för nära vård*, 2023, s. 25.
[20] Anell, A., *Vården är värd en bättre styrning*, 2020, s. 71 f.

Tabell 14.2 För- och nackdelar med olika ersättningsprinciper till utförare i hälso- och sjukvården

Ersättningsprincip	Fördelar	Nackdelar	Kompletterande krav på styrning
Anslag per kostnadsslag	Möjliggör central kontroll av resursfördelningen. God kostnadskontroll.	Inga direkta incitament för vårdgivare att vara produktiv. Risk för underproduktion. Hindrar substitution mellan kostnadsslag.	Följ upp användning av resurser och produktivitet.
Ramanslag	God kostnadskontroll. Tillåter substitution mellan kostnadsslag. Låga administrationskostnader.	Inga direkta incitament för vårdgivare att vara produktiv. Risk för underproduktion.	Följ upp användning av resurser och produktivitet.
Kapitering	God kostnadskontroll. Vårdgivare har incitament att vara effektiva i kombination med val för befolkning. Låga administrationskostnader.	Risk att vårdgivare undviker patienter med stora vårdbehov och stora kostnader. Risk för underproduktion.	Riskjustera ersättningen per individ utifrån förväntade vårdbehov. Följ upp användning av resurser och produktivitet.
Ersättning per åtgärd	Incitament att producera många besök och insatser.	Risk för ökade kostnader. Höga administrationskostnader.	Kostnadskontroll genom volym- och/eller pristak.
Ersättning per behandling (t.ex. DRG)	Incitament att producera många behandlingar.	Risk för ökade kostnader. Höga administrationskostnader. Risk att vårdgivare undviker patienter med förväntade kostnader som överstiger ersättning.	Kostnadskontroll genom volym- och/eller pristak. Skapa tilläggsersättningar för svåra patientfall.

Källa: ESO-rapport 2010:7 s. 52, fritt efter Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. The international journal of health planning and management, 1995; 10(1): 23–45.

Generellt kan sägas att ersättning per åtgärd genererar en ökad vårdvolym. Enligt flera studier finns dock anledning att ifrågasätta om den ökande volymen bidrar till patientnytta. Om det är fallet eller inte beror bland annat på utgångsläget. En studie från norsk primärvård visar att ersättning per åtgärd i primärvården kan kopplas samman med färre besök på sjukhus. Flera studier visar också att ersätt-

ning per åtgärd tenderar att minska antalet remisser till sjukhusens specialister medan en fast ersättning med kapitering i stället ökar dessa. När det gäller resultatbaserad ersättning visar flertalet studier att det kan ha effekt på de processmått som oftast fokuseras. Effekten är ofta marginell och beror även här på utgångsläget; störst effekt nås för vårdgivare med stor förbättringspotential. Effekterna på längre sikt och på den egentliga patientnyttan är mer osäker. Flera studier visar vidare att ökad andel kapitering i en kontext där man tidigare använt ersättning per åtgärd genererar en mindre vårdvolym. Det finns studier som visar att blandade ersättningsystem ger en vård som svarar bättre mot patientnyttan. Flera studier visar även att det finns ökad risk för undervård med en renodlad kapiteringsersättning.[21]

Internationella studier om effekterna av en riskjusterad kapitering utifrån socioekonomiska faktorer saknas. Denna brist på studier kan kopplas samman med att ersättningsmodeller med riskjusterad kapitering som inkluderar socioekonomiska faktorer är ovanlig i andra länder än Sverige. Riskjusteringen utgår i huvudsak ifrån demografiska modeller eller att den är diagnosbaserad.[22]

När det gäller olika former av vårdepisodersättningar, så kallad ”bundled payment”, finns ett glapp mellan teoretiska förslag på hur sådana lösningar borde användas och de lösningar som prövats i praktiken. Medan förslagen i policylitteraturen till stor del fokuserat på större grepp och bättre integrerad vård för patienter med många sjukdomar (som har störst behov av bättre integrerad vård) så har de lösningar som prövats i praktiken fokuserat på avgränsade kirurgiska behandlingar och enskilda kroniska sjukdomar. I litteraturen noteras att vårdepisodersättningar som inkluderar insatser från flera olika vårdgivare under längre tid nästan alltid förutsätter större förändringar i organisation och ledarskap, vilket är svårare att genomföra jämfört med att ändra ersättningsprinciperna.[23]

[21] SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022, s. 32.
[22] Ibid.
[23] Ibid.

14.2.3 Vad styr användningen av olika ersättningssystem?

Mot bakgrund av ovan är det förståeligt att utformningen av ersättningar till utförare av hälso- och sjukvård är föremål för ständig diskussion och utveckling i olika länders hälso- och sjukvårdssystem. Diskussionen om problem och behoven av utveckling ser olika ut beroende på vilka ersättningsprinciper som tillämpas, och kan i någon mån beskrivas som ett sökande efter nya lösningar på grund av missnöje med de lösningar som använts.

I USA, med dess försäkringsbaserade och förhållandevis kostsamma hälso- och sjukvårdsystem (jämfört med andra OECD-länder), finns till exempel en lång tradition av rörlig ersättning och starka ekonomiska incitament att tillhandahålla stora volymer av vård. Sedan senare delen av 1970-talet har olika försök gjorts för att införa prospektiva och fasta element i ersättningen, till exempel i form av DRG-ersättning och på senare tid även ersättning utifrån vårdepisodsersättningar samt resultatbaserade ersättningar som fokuserar på kvalitet snarare än kvantitet. I svensk hälso- och sjukvård har det i stället funnits en tradition att arbeta med olika former av anslagsfinansiering till offentliga vårdgivare.[24]

Samtidigt som DRG-ersättningen infördes i USA som ett försök att kontrollera kostnaderna infördes DRG-baserade system i svensk vård som ett försök att stimulera en ökad vårdvolym i början av 1990-talet. I jämförelse med andra länder kan svensk hälso- och sjukvård sägas präglas av att man relativt snabbt inför nya lösningar men även avvecklar dessa om det uppstår problem. De svenska regionerna var till exempel relativt snabba på att införa DRG- baserade ersättningar men utvecklingen under senare tid har inneburit att flera regioner gått tillbaka till fasta anslag (vilka dock vanligen grundar sig på historiska DRG-data). Införandet av DRG i andra europeiska länder har gått långsammare, men har varit mera stabilt.[25]

[24] SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022, s. 4.
[25] Ibid.

Val av ersättningssystem påverkas av målen för hälso- och sjukvårdssystemet

Valet av ersättningssystem påverkas av de mål som gäller för hälso- och sjukvården. Ersättningar till utförare är ett flexibelt styrinstrument som förhållandevis snabbt kan ändras och anpassas till de mål som prioriteras vid en viss tid. Vilka mål som är prioriterade kan variera mellan olika hälso- och sjukvårdsystem och över tid även inom samma hälso- och sjukvårdsystem.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.[26] Det framgår även av lagen att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.[27] Utöver detta tillkommer mål som huvudmännen fastslår i sina egna styrdokument. Målen gäller både befolkningsnivå och individnivå. Vilka mål som i praktiken ges högst politisk prioritet kan därmed variera över tid.

De mål som är relevanta för en offentligt finansierad hälso- och sjukvård kan komma i konflikt med varandra. Tillgänglighet kan exempelvis komma i konflikt med jämlik vård och kostnadskontroll med bästa kvalitet. En utmaning vid utformning av ersättningsprinciper är att samtidigt beakta de olika relevanta målen för hälso- och sjukvården. Det finns som nämnts för- och nackdelar med alla ersättningsprinciper beroende på hur målen prioriteras. En återkommande rekommendation i litteraturen är därför att blanda olika ersättningsprinciper. Till exempel att kombinera en kapiteringsersättning med viss andel rörlig och målbaserad ersättning. En annan återkommande rekommendation är att val av ersättningsprinciper alltid måste kombineras med annan styrning och uppföljning, som kompenserar för bristerna med enskilda ersättningsprinciper.[28]

[26] 3 kap. 1 § HSL.
[27] 4 kap. 1 § HSL.
[28] SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022, s. 5.

Omställningen till god och nära vård behöver beaktas i utformningen av ersättningar

Omställningen till god och nära vård lyfter särskilt fram vissa mål, såsom kontinuitet, personcentrering och samverkan. Omställningen ändrar förstås inte på de befintliga övergripande mål som finns formulerade i bland annat HSL. Men för att klara av omställningen behövs en förmåga att utveckla och implementera innovationer, både när det gäller arbetsformer i och nära verksamheten och när det gäller samverkan på systemnivå. Digitaliseringen ger vidare möjligheter att arbeta och kommunicera på nya sätt. Omställningen kan därför leda till nya potentiella målkonflikter, till exempel vad gäller en avvägning mellan att snabbt uppnå god tillgänglighet till primärvård med befintliga arbetsformer, alternativt att utveckla nya arbetsformer som leder till bättre tillgänglighet på sikt.

I generell litteratur om styrning diskuteras avvägningar mellan utvecklingen på kort och lång sikt ofta i termer av ”exploit” och ”explore”, som i sin tur kräver olika former av styrning. De mest framgångsrika innovativa organisationerna är bra på båda. I ett vårdperspektiv skulle detta innebära att svensk vård snabbt kan förbättra tillgängligheten samtidigt som man lyckas utveckla arbetsformerna och genomföra omställningen till en god och nära vård.[29]

Ett dynamiskt perspektiv kan anses särskilt viktigt för att möta vårdens utmaningar inom ramen för knappa personalresurser. Den vanligaste bedömningen bland både policyforskare och beslutsfattare är att vårdens utmaningar inte kommer att kunna mötas inom ramen för befintliga arbetsformer; arbetssätten måste förändras. Mer generellt är det också innovationer i arbetsformerna som historiskt sett har ökat såväl produktivitet som kvalitet. Mot den bakgrunden finns särskild anledning att överväga i vilken grad styrningen inklusive ersättningsprinciperna skapar möjligheter till utveckling och förnyelse. Sådant som låser fast incitamenten till vissa givna (ofta befintliga) arbetssätt bör undvikas. För att skapa legitimitet för ett långsiktigt utvecklingsarbete inom ramen för nuvarande system behöver dock målen som gäller god vård på jämlika och behovsbaserade villkor uppnås i rimlig grad även på kort sikt.[30]

[29] SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022, s. 7.
[30] Ibid.

14.3 Olika slags ersättningar i regionerna i dag

Historiskt sett har den offentligt finansierade regionala hälso- och sjukvården i Sverige huvudsakligen varit finansierad genom fast ersättning för ett visst verksamhetsområde som fastställs i förväg, även kallat ”anslagsfinansiering”. I takt med att det under 90-talet och framåt öppnades upp för fler privata utförare och så småningom införandet av det obligatoriska vårdvalet i primärvården 2010 så har möjligheterna ökat för fler typer av ersättningsprinciper. Nedan redogörs för hur användningen av olika ersättningsprinciper ser ut i nuläget i olika delar av regionernas hälso- och sjukvård.

14.3.1 Ersättningsregler i primärvården uppdateras över tid

Varje region har frihet att utforma sina förfrågningsunderlag och andra regler för sina valfrihetssystem i primärvården. Detta gäller även principer och regelverk för hur utförarna ersätts. Ersättningsregler uppdateras över tid, utifrån förändrade förutsättningar och nya prioriteringar i regionerna. Valet av ersättningsmodell har en potentiellt viktig styrningsfunktion när det gäller etableringen av utförare och vilka tjänster som erbjuds, inte minst när det gäller de digitala vårdtjänsterna.[31]

Generellt kan sägas att även om det finns många skillnader mellan regionernas olika ersättningsregler i primärvården så finns det också vissa övergripande gemensamma drag. Ett sådant är att samtliga regioners ersättningsmodeller huvudsakligen består av kapiteringsersättning, i form av ersättning med ett visst belopp för varje listad patient, för den tidsperiod då patienten är listad hos utföraren. Kapiteringsersättningen beräknas på olika sätt i olika regioner, men justeras typiskt sett utifrån olika faktorer som speglar de listade individernas förväntade vårdbehov, som ålder, kön, sjukdomsbörda (Ajusted Clinical Groups, ACG) eller socio-ekonomiska egenskaper (Care Need Index, CNI). När utföraren mottar kapiteringsersättning för en patient medför det vanligen även ett kostnadsansvar för de listade patienternas behov av vissa andra insatser, till exempel olika typer av medicinsk service.[32] Detta kostnadsansvar, är relativt ovanligt i andra länder. I svensk primärvårdskontext gör detta kostnadsansvar i kombi-

[31] Ds 2023:27, s. 30.
[32] Ibid. s. 31.

nation med individers valfrihet att riskjusteringen av kapiteringsersättningen blir mer angelägen.

Det är också vanligt med tilläggsersättning till utförare som etablerar mottagningar med ofördelaktigt geografiskt läge, såsom långt avstånd till sjukhus eller ett område med lägre befolkningstäthet.[33]

Utöver den fasta kapiteringsersättningen utgår ofta även olika typer av rörliga ersättningar, till exempel för utförda patientbesök. En majoritet av regionerna uppger dock att de i dagsläget inte har någon särskild ersättning för digitala vårdbesök.[34] En form av rörlig ersättning är att utföraren får tillgodogöra sig patientavgiften och kompenseras för de fall patienten är avgiftsbefriad. Det kan också noteras att ersättningen för ett besök ofta skiljer sig åt beroende på om patienten är listad hos utföraren eller inte. Flertalet regioner lämnar ingen besöksersättning alls när patienten är listad hos utföraren.

Olika former av mål- eller resultatbaserad ersättning kan tillämpas i svensk primärvård, även om dess betydelse minskat över tid. Särskild ersättning kan till exempel utgå när vissa målvärden uppnås, eller så görs ett avdrag om värdena inte uppnås. Det kan handla om följsamhet till riktlinjer för antibiotikaanvändning eller uppfyllnad av vårdgarantin. Även täckningsgrad för vårdkonsumtion är en vanligt förekommande ersättningsgrund.[35]

14.3.2 Andra förutsättningar för ersättningsprinciper inom specialiserad vård

Inom den specialiserade vården finns det inget krav på införande av vårdvalssystem och majoriteten av den specialiserade vården utförs i regionernas egen regi. Därmed finns det inte publicerade förfrågningsunderlag eller liknande som redogör för de samlade ersättningsprinciperna, på det sätt som gäller för primärvården. Tillsammans med regionerna har dock SKR sammanställt uppgifter om ersättningsprinciper inom den specialiserade vården för 2021. SKR:s rapport är utgångspunkt för följande redogörelse.

[33] Ds 2023:27, s. 33.
[34] Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026, s. 23.
[35] Ds 2023:27, s. 32–33.

Flera ersättningsprinciper förekommer inom den specialiserade vården

SKR:s enkätundersökning visar att flera olika modeller förkommer inom den specialiserade vården och användningen skiljer sig mellan den vård som ges i egen regi respektive upphandlas av privata aktörer.

År 2021 var anslagsersättning den helt dominerande ersättningsformen för specialiserad vård i egen regi. Det gällde både somatisk och psykiatrisk vård. Andra ersättningsformer användes av endast tre regioner och då i begränsad omfattning. För vissa verksamhetsområden i Region Stockholm och Västra Götaland utgjorde dock antingen besöksersättning eller ersättning baserad på DRG-poäng hälften av den totala ersättningen.[36]

När uppdrag i stället överlämnas till någon annan ser bilden lite annorlunda ut. I enlighet med lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, kan regionerna välja att inrätta vårdval. Totalt åtta regioner hade 2021 vårdval inom specialiserad vård, sju regioner inom specialiserad somatisk vård och sju inom specialiserad psykiatrisk vård. Totalt motsvarade det 46 stycken vårdval inom specialiserad vård, varav region Stockholm stod för 26 stycken.[37] Åtgärdsbaserade rörliga ersättningar är den ersättningsform som var vanligast inom vårdval för somatisk vård. Fast ersättning såsom kapitering förekom inte alls. Besöksersättning var den vanligaste formen, och användes av fem regioner. Vårdepisoder användes av tre regioner, men ett antal av episoderna i prislistan omfattade endast en vårdkontakt och skulle snarare kunna ses som besöksersättning. DRG-ersättning användes av tre regioner och målbaserad ersättning användes av två. Värdebaserad ersättning[38] användes endast av en region.[39]

Bland de regioner som hade vårdval inom specialiserad psykiatrisk vård användes tre olika ersättningsformer. Åtgärdsbaserad ersättning grundat på besök användes i fem av sju regioner och var den vanligaste ersättningsformen. Vårdepisodersättning förekom i två regioner, men liksom för den somatiska vården omfattar ett antal av vårdepisoderna bara ett enda besök. Målrelaterad ersättning förekom i en region.[40]

[36] SKR, *Ersättningsmodeller för specialistvård*, 2022, s. 15.
[37] Ibid. s. 25.
[38] Vårdepisodersättning, vilken kompletteras med en målrelaterad ersättning.
[39] SKR, *Ersättningsmodeller för specialistvård*, 2022, s. 26.
[40] Ibid. s. 28.

När undersökningen genomfördes (2021) hade 14 regioner verksamhet inom specialiserad somatisk vård som var upphandlad enligt Lag (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU. I dessa regioner användes fem olika ersättningsformer. Den vanligaste var besöksersättning, vilket användes av 11 regioner. Såväl vårdepisodersättning som fast eller abonnemangsersättning användes av fem regioner, medan DRG-baserad ersättning användes i fyra regioner och målrelaterad ersättning användes i två.[41]

År 2021 var det åtta regioner som hade specialiserad psykiatrisk vård upphandlad enligt LOU och även bland dessa användes fem olika ersättningsformer. Vanligast var åtgärdsbaserad ersättning kopplat till besök vilket användes i sex regioner. Därefter följde fast ersättning eller abonnemang som användes av tre regioner samt vårdepisodersättning som användes av två regioner. Åtgärdsersättning baserad på DRG och målrelaterad ersättning användes av vardera en region.[42]

14.3.3 Avtal reglerar ersättningar för utomlänsvård

Som beskrivits i kapitel 9 är patienternas möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård var de vill i landet reglerad i lag sedan införandet av patientlagen (2014:821), förkortad PL. Patienter är alltså inte bundna till den hälso- och sjukvård som erbjuds av den egna hemregionen. Det är dock patientens hemregion som bekostar vården även när den utförs i annan region, under förutsättning att de remissregler som gäller i hemregionen följs. När en patient får vård i annan region än hemregionen benämns detta vanligen som ”utomlänsvård”.

För att åstadkomma en effektiv samverkan mellan regionerna vid utomlänsvård behöver ett antal aspekter som inte regleras i HSL klargöras. Det gäller till exempel hur betalning för utförda tjänster ska beräknas och hur ersättning ska utgå till vårdgivande region och till privat vårdgivare med kontrakt med region. Detta har regionerna hanterat genom att utveckla riksavtalet, regionavtal inom samverkansregionerna, mellanlänsavtal och i kontrakt med privata vårdgivare.

[41] Ibid. s. 30.
[42] Ibid. s. 35.

Regionavtal, mellanlänsavtal och riksavtal är alla viktiga för utomlänsvården

Ett *regionavtal* reglerar samarbetet beträffande utomlänsvård m.m. inom respektive samverkansregion[43], som vid sina region- och universitetssjukhus driver högspecialiserad sjukvård. I ett *mellanlänsavtal* regleras samarbetet mellan enskilda regioner. Dessa avtal kan avse samverkan om hälso- och sjukvård för till exempel boende i tätortsområden, som är uppdelade på flera regioner eller där regiongränsen korsar en naturlig arbetsmarknadsregion.[44]

Riksavtalet är en överenskommelse mellan Sveriges regioner beträffande utomlänsvård och har som ansats att reglera det som inte framgår av gällande lagstiftning, regionavtal, mellanlänsavtal, eller i regionernas avtal med privata vårdgivare. Riksavtalet har bestämmelser om vad som gäller när en person får vård, såväl fysisk som på distans, av en annan region eller av vårdgivare som kontrakterats av annan än hemregionen. Avtalet omfattar uttryckligen även en underleverantör till kontrakterad vårdgivare.

All fakturering ska ske enligt principerna i kapitel 8 i Riksavtalet.[45] Där framgår att hemregionen ska betala en skälig ersättning till vårdregionen enligt de principer som redogörs för i avtalet.

För utomlänsvård av privata utförare med kontrakt med vårdregionen (gäller såväl utförare enligt LOV som LOU) ska vårdregionen ersättas av hemregionen enligt prislistan i vårdregionens kontrakt med utföraren. Utöver ersättning enligt vårdregionens kontrakt med utföraren kan vårdregionens kostnader för utförarnas fria nyttigheter tillkomma. Det framgår även i de två senare fallen att transparens behöver finnas kring grunderna för faktureringen.[46]

När det gäller vårdkontakter på distans anger avtalet att hemregionen ska ersätta vårdregionen enligt gällande version av SKR:s Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården (se vidare avsnitt 14.6.2).

I betänkandet Digifysiskt vårdval påtalades att fysiska utomlänsbesök kan ersättas tio gånger så högt som ett besök inom den egna regionen. Ersättningen tar ingen hänsyn till innehållet i besöket utan

[43] Regeringen har i förordning beslutat om att dela in landet i sex samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Regionerna ska samverka i den typen av frågor.
[44] SKR, *Riksavtal för utomlänsvård. Med giltighetstid fr.om 1 september 2025*, s. 5–6.
[45] Ibid. s. 6–7.
[46] Ibid. s. 13–14.

utbetalas även för enkla åkommor och oavsett om patienten gör ett enskilt eller alla sina besök på samma ställe. I betänkandet framhölls att det finns en risk att detta skapar både snedvridande incitament och ger oavsedda effekter för utförare som får kostnadsansvar för sina listade patienters besök i andra regioner.[47]

14.4 Avgifter i svensk hälso- och sjukvård

14.4.1 Avgifternas roll i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet

Hälso- och sjukvården finansieras till övervägande del genom region- och kommunalskatt. Patientavgifter och övriga avgifter från hushållen står för en relativt liten andel av kostnaderna för hälso- och sjukvård, cirka 13 procent 2024. I detta ingår dock även exempelvis utgifter för tandvård och läkemedel, både receptbelagda och receptfria. År 2024 avsåg 45 procent utgifter för medicinska varor. Den andel som just patientavgifter står för är alltså betydligt lägre och täcker enbart en mindre del av de faktiska kostnaderna för hälso- och sjukvården.[48]

Patientavgifterna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård fungerar främst som ett styrningsverktyg. Avsikten är att i viss mån reglera efterfrågan, så att det till exempel inte uppstår många uteblivna besök eller att personer söker vård för sådant som lämpar sig väl för egenvård. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen har, inom vissa givna ramar (se vidare avsnitt 14.4.2) en stor frihet att själva besluta om avgifters nivåer och utformning, vilket är en del av det kommunala självstyret. I praktiken kan man säga att avgifternas roll i det svenska systemet i hög grad handlar om att försöka skapa incitamentsstrukturer för att personer ska söka vård vid rätt tillfälle och på rätt vårdnivå, vilket är en del av ambitionen att åstadkomma ett kostnadseffektivt system.

Det är få personer i Sverige som avstår från hälso- och sjukvård på grund av kostnaderna (patientavgifter). En undersökning från 2023 anger till exempel att sex procent av befolkningen har avstått från ett läkarbesök på grund av kostnader. Samtidigt skiljer sig resultaten mellan olika grupper. Personer med utländsk bakgrund

[47] SOU 2019:42, s. 265.
[48] SCB, ”Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 11,2 procent 2024”, hämtad 2026-04-19.

hade oftare än personer med svensk bakgrund avstått vård på grund av kostnaden. Likaså var det mer vanligt förekommande att personer med låg utbildning hade avstått vård på grund av höga kostnader än personer med högre utbildningsnivåer och personer med sämre hälsotillstånd svarade också oftare än andra att de avstått vård på grund av kostnaden.[49]

I så kallad privat-privat vård, som inte finansieras av region eller kommun, får man betala hela kostnaden får vården själv. Det gäller till exempel vid plastikkirurgi som inte är medicinskt motiverad och vid operationer vid brytningsfel i ögat som inte är medicinskt motiverade.[50]

Ökningar av patientavgifter förväntas minska efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster. Detta kan få oönskade konsekvenser när patienter styrs mot annan typ av vård eller när det drabbar vissa grupper mer än andra. SBU publicerade 2011 en sammanställning av systematiska översikter som undersökte hur egenavgifter påverkar patienters hälsa och efterfrågan på läkemedel och läkarbesök inom öppenvården. Slutsatsen var att det fanns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att ökade egenavgifter ledde till minskad efterfrågan. Det bedömdes oklart om nivån på egenavgifter påverkade efterfrågan på annan vård och patienters hälsa. År 2018 gjorde myndigheten en uppdatering av vilka systematiska översikter som hade publicerats på ämnet sedan den tidigare sammanställningen. Slutsatserna pekade generellt fortsatt på att ökade egenavgifter för vårdbesök minskar efterfrågan på vård.[51]

År 2024 svarade SBU:s upplysningstjänst på en fråga om vilken sammanställd forskning som finns om effekten av patientavgifter på antalet besök inom akutsjukvården. Efter litteratursökning och bedömning av risk för bias i systematiska översikter valde SBU att inte redovisa någon systematisk översikt i svaret. Två systematiska översikter identifierades som undersökte rätt frågeställning, men där bedömdes att risken för bias var hög och överförbarheten till svenska förhållanden låg. Författarnas slutsatser redovisades därför inte i svaret. SBU framhöll att det faktum att underlag saknas eller har mycket låg tillförlitlighet inte ska tolkas som att insatsen saknar

[49] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv PM 2024:3*, 2024.
[50] 1177, ”Patientavgifter och högkostnadsskydd”, hämtad 2026-04-19.
[51] SBU, *Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård*, 2018.

effekt. Det betyder däremot att det behövs forskning för att förbättra kunskapsläget.[52]

14.4.2 Regleringen av avgifter i hälso- och sjukvården

Frågor om avgifter för offentligt finansierad hälso- och sjukvård regleras i 17 kap. HSL. Regleringen beskriver att avgifter får tas ut för vård och i samband med att patienter uteblir från avtalade besök. Den tydliggör också att patienter ska behandlas lika vid uttag av avgifter då en regions invånare söker öppen hälso- och sjukvård i en annan region än där man är bosatt samt vad som gäller för avgiftsnivåer i sluten vård.

I 17 kap. 6 § HSL regleras ett högkostnadsskydd, det vill säga ett högsta belopp som regionerna får ta ut, för bland annat öppen hälso- och sjukvård under en 12-månadersperiod. Högkostnadsskyddet för öppen vård uppgår för år 2026 till 1 450 kronor i samtliga regioner. Vårdavgifter och andra avgifter för vård och förbrukningsartiklar som avses i 6 § får inte tas ut av patienter som är 85 år eller äldre. Det saknas i övrigt bindande regler för hur regionerna får bestämma vårdavgifter i den öppna hälso- och sjukvården. Ett generellt tak kan också sägas finnas genom bestämmelserna i kommunallagen om att regioner och kommuner inte får ta ut högre avgifter än vad som motsvarar kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som de tillhandahåller.[53] Som vi tidigare sett är dock patientavgifter inom svensk hälso- och sjukvård utformade så att de endast täcker en liten del av de faktiska kostnaderna.

14.4.3 Avgifter varierar på flera sätt

Varierande patientavgifter i regionerna

Regionerna har alltså frihet att ta ut olika avgifter för olika typer av tjänster. Det innebär till exempel att avgifter kan differentieras mellan yrkeskategorier, mellan olika tider på dygnet och mellan olika typer av kommunikations- och besöksformer (fysiskt, telefon, digitalt). I primärvården har samtliga regioner beslutat om avgiftsfrihet för

[52] SBU, *Patientavgifter och vårdutnyttjande inom akutvård*, 2024.
[53] 2 kap. 6 § Kommunallagen (2017:725), KL.

barn under 18 år, flertalet även upp till 20 års ålder. Regionerna har även beslutat om att den screening som genomförs i form av mammografi för kvinnor över 40 år samt gynekologiska cellprovtagningar för kvinnor över 23 år är avgiftsfria. I övrigt skiljer sig avgifter åt mellan regionerna. För digital kontakt med allmänläkare 2026 varierar till exempel avgiften mellan 100 kronor och 400 kronor. För ett fysiskt besök hos läkare i primärvården varierar avgiften mellan 200 och 400 kronor. De flesta regioner gör ingen skillnad i avgifter mellan besök hos läkare och andra hälso- och sjukvårdsprofessioner. Åtta regioner har ett ”hembesökstillägg” och detta varierar mellan 50 och 300 kronor. Västra Götalandsregionen tillämpar som enda region differentierad patientavgift i primärvården beroende på om patienten besöker sin genom listning valda primärvårdsenhet (200 kronor) eller en annan primärvårdsenhet (300 kronor). 12 regioner har samma avgift för fysiska och digitala allmänläkarbesök, resterande har en lägre avgift för digitala besök. Avgiften för ett akutbesök varierar under 2026 mellan 250 och 620 kronor.[54]

SKR utfärdade i mars år 2018 en rekommendation om att regionerna som lägst skulle ta ut en patientavgift om 100 kronor för digitala vårdkontakter i primärvården.[55] Motivet för rekommendationen var både att stimulera utvecklingen av digitala vårdtjänster och att undvika att framkalla oönskade beteenden hos patienter och vårdgivare. Som ytterligare skäl lyfte SKR att avgiftsfrihet för digitala vårdkontakter kan innebära en risk för ökad konsumtion av vård som kanske inte är helt motiverad av medicinska skäl, samt att olikheter i patientavgifter kan skapa oönskade incitament för vårdgivares etablering.

Hjälpmedel omfattas inte av högkostnadsskyddet

Det finns inte någon tillförlitlig sammanställning av data när det gäller avgifter för hjälpmedel i regioner och kommuner. Socialstyrelsen har vid ett par tillfällen samlat in statistik om kostnader (senast 2025), men myndigheten konstaterar själv att hjälpmedelsstatistiken är en relativt nystartad statistikserie och det tar tid innan en statistikinsamling genererar stabil statistik.

[54] SKR, *Patientavgifter 2026*, 2026 och 1177, ”Patientavgifter och högkostnadsskydd”, hämtad 2026-04-19.
[55] SKR, *Patientavgifter vid digitala vård-möten*, *Meddelande från styrelsen nr 5/2018*, 2018.

Insamlingen från 2025 visade sammantaget att uppgifterna för kostnader var så pass spretiga att en övergripande beskrivning inte kan göras. Bortfallet var omfattande och varierande, och avgifterna, i den mån de alls rapporterats, avser olika hjälpmedel fördelat på olika avgiftstyper. Med den brasklappen kan det noteras att insamlingen indikerade att avgifter för vuxna personer för ett antal olika hjälpmedel på regionnivå skiljer sig åt. Exempelvis tog två regioner ut avgift för manuell rullstol, och sju regioner tog ut avgift för eldriven rullstol. År 2024 varierade avgiftsnivån i det sistnämnda exemplet mellan 100 och 1450 kronor i engångsavgift.

Det hjälpmedel för vuxna där avgifter är vanligast gäller hörapparater, något som 15 regioner angett. Avgifterna för hörapparaterna låg i intervallet 250–1 700 kronor, med ett medelvärde som uppgick till 870 kronor. En handfull regioner har uppgett att ingen avgift tas ut för hörapparater och ett fåtal regioner har inte besvarat frågan. Få regioner avgiftsbelägger hjälpmedel för barn, med undantag för ortopediska skor, där majoriteten av regionerna använder avgift.[56] Enligt praxis omfattas hjälpmedel inte av vare sig det regionala eller kommunala högkostnadsskyddet. Det kan framstå som motsägelsefullt då flera huvudmän samtidigt anser sig kunna ta ut hjälpmedelsavgifter med stöd av bestämmelsen om vårdavgifter.

Tidigare bedömningar och förslag kring avgifter för hjälpmedel

Enligt Hjälpmedelsutredningen finns det inte ett helt tydligt lagstöd i HSL för att ta ut avgifter kopplade till hjälpmedel. Sådana tjänster som kommuner är skyldiga att tillhandahålla kräver lagstöd för att huvudmannen ska kunna ta ut avgift (2 kap. 5 § kommunallagen). HSL stödjer att avgifter tas ut för vård, men inte för hyra, service eller liknande.[57]

Hjälpmedelsutredningen bedömde att det krävdes en lagreglering för att komma till rätta med de regionala skillnaderna i avgifter associerade med hjälpmedel. I sitt betänkande föreslog de bland annat en ny bestämmelse om hjälpmedelsavgifter som uttryckligen beskrev att sådana avgifter får tas ut och under vilka förutsättningar.

[56] Socialstyrelsen, *Statistik om hjälpmedel 2024 och kostnader 2025*, 2025, s. 4.
[57] SOU 2017:43, s. 399.

De föreslog även att avgifter som tas ut i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning av hjälpmedel skulle ingå som beräkningsgrund för regionernas högkostnadsskydd.[58] Förslagen har inte tagits vidare.

Eget högkostnadsskydd för läkemedel

I lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. 5 § regleras ett högkostnadsskydd för läkemedel och vissa förbrukningsartiklar. Lagens bestämmelser kompletteras i förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.

Detta högkostnadsskydd syftar till att begränsa den ekonomiska bördan för patienter när det gäller kostnader för receptbelagda läkemedel. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) fattar beslut om vilka receptbelagda läkemedel och förbrukningsartiklar som ska ingå i högkostnadsskyddet. Beloppen inom högkostnadsskyddet ändras årligen utifrån prisbasbeloppet. Högkostnadsskyddet är uppbyggt på så sätt att den enskilde patienten får sin totala läkemedelskostnad under en tolvmånadersperiod stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, beroende på hur stor kostnaden är. Modellen justerades under 2025.[59] För den som har påbörjat sin högkostnadsskyddsperiod efter 1 juli 2025 innebär det att en person betalar 100 procent av kostnaden för receptbelagda läkemedel och andra varor upp till 2 000 kronor. Därefter minskar kostnaden stegvis under en tolvmånadersperiod. Under hela perioden betalar en person aldrig mer än 3 800 kronor. När den sammanlagda läkemedelskostnaden före rabatt uppgår till 7 117 kronor har individen betalat 3 800 kronor. Personen får då frikort för resten av den innevarande tolvmånadersperioden.[60]

Läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånen är dock kostnadsfria för barn under 18 år och preventivmedel är gratis för personer under 21 år. I högkostnadsskyddet ingår även att livsmedel till barn under 16 år kostar 120 kronor per uttag.[61]

[58] Ibid. s. 432–436.
[59] Prop. 2024/25:144, bet. 2024/25:SoU27, rskr. 2024/25:222.
[60] E-hälsomyndigheten, ”Högkostnadsskydd”, hämtad 2026-02-10.
[61] Prop. 2024/25:144, bet. 2024/25:SoU27, rskr. 2024/25:222.

14.5 Kringkostnader vid nationell vårdförmedling

Som vi beskrivit i avsnitt 4.3.1 har regeringen sedan 2023 arbetat med att inrätta en nationell vårdförmedling för att öka tillgängligheten och korta vårdköerna inom hälso- och sjukvården.

Nationell vårdförmedling är en process som syftar till att matcha tillgänglig vårdkapacitet i landet med patienter som är i behov av vård. När en vårdgivare kan ta emot en patient aktualiseras också hantering av resor och boende för patienten, och vid behov närstående. När vård förmedlas för att patienten ska få vård inom vårdgarantins ramar ska det inte innebära någon extra kostnad för patienten.[62] Hemregionen ska därmed ersätta patientens kringkostnader, exempelvis resa och logi.

Socialstyrelsen, som har uppdrag kopplade till den nationella vårdförmedlingen, beskriver att det finns hinder, som att patienter kan behöva ligga ute med pengar för resan, eller att de behöver ta ledigt eller sjukanmäla sig från jobbet. Myndigheten konstaterar även att regionernas drivkrafter för att erbjuda patienter vård hos en annan vårdgivare i hög grad styrs av om detta uppfattas vara ett kostsamt eller lönsamt alternativ. Aspekter som hur kostnader fördelas mellan regioner och vårdgivare och vilken ersättningsmodell som används, verkar ha stor påverkan. Kostnaden uppges vara en stor anledning till att vissa vårdgivare och regioner inte alltid erbjuder nationell vårdförmedling till vissa patientgrupper.[63]

I mars 2025 lämnade Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten sitt förslag till nationell plan för nationell vårdförmedling. En av de punkter som lyfts är att regioner inte ska avstå nationell vårdförmedling till följd av höga kostnader för patientresor, och att patienter inte ska tacka nej till nationell vårdförmedling på grund av att de blir ersatta för resekostnaderna först i efterhand. Det beskrivs vidare att Socialstyrelsen därför ska utreda förutsättningarna för att införa en individbaserad ”vouchermodell” som innebär att kringkostnader som uppstår vid nationell vårdförmedling ersätts av staten. Den exakta utformningen av en sådan modell behöver utredas närmare. Utgångspunkten så som den beskrivs i rapporten är att staten bör stå för finansieringen av kostnaderna. Arbetet förväntas ta 1–2 år.[64]

[62] 9 kap. 2 § HSL.
[63] Socialstyrelsen, *Analys av incitamentsstrukturer för nationell vårdförmedling*, 2025.
[64] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling*, 2025.

14.6 Digital vård som inte är integrerad i en vårdkedja

En särskild form av utomlänsvård är den digitala utomlänsvården. Den har uppstått efter införandet av bestämmelserna om fri rörlighet i den öppna vården 2015. Vi bedömer att det är den vården som i våra direktiv benämns ”digital vård som ej är integrerad i en vårdkedja”. Nedan redogörs för dess framväxt och förekomst i dag samt hur ersättningarna för denna vård är utformade.

14.6.1 Framväxten av så kallad ”digital utomlänsvård”

Den 1 januari år 2015 trädde patientlagen i kraft. Därmed gavs patienter (rättslig) möjlighet att söka öppen vård utanför hemlandstinget. År 2015 beslutade också Region Jönköpings län att ett digitalt vårdbesök skulle likställas med ett fysiskt besök vad gäller hur det ersätts från regionen. Under 2016 slöt sedan först företaget Min Doktor och därefter Kry avtal med varsin privat vårdvalsleverantör i Region Jönköping. Via sina underleverantörsavtal kom de då in i vårdvalet för primärvård och fick möjlighet att ta emot patienter digitalt och få besöken ersatta av Region Jönköping. Tjänsterna riktades dock bredare än så och även patienter i andra regioner började använda tjänsterna. Inledningsvis fakturerade Region Jönköping andra regioner för dessa digitala konsultationer på samma sätt som vanliga, fysiska, utomlänsbesök, vilket då innebar cirka 2 000 kronor per besök. Den höga ersättningsnivån baserades på att utomlänsbesök av en patient som tillfälligt vistades i annan region förväntades innebära en merkostnad för vårdgivaren.[65] År 2017 införde Sörmland avgiftsfria besök i primärvården, och därefter etablerade flera digitala vårdgivare sig i Sörmland. Det gav dem möjlighet att erbjuda invånare i hela landet avgiftsfria digitala besök. Dessa händelser under åren 2015–2017 blev i hög grad starten på den diskussion som sedan dess pågått om digitalt profilerade vårdaktörer som verkar med offentlig finansiering utan att fullt ut vara en integrerad del av en vårdkedja.

[65] SOU 2019:42, s. 270.

Regionernas ersättningsystem påverkar etableringen av digitala vårdgivare

Initialt etablerade sig alltså de digitala aktörerna som underleverantörer till utförare i vårdvalet för primärvården i Region Jönköpings län. År 2016 gjordes 20 149 digitala utomlänsbesök och regionerna betalade 37 miljoner kronor i digital utomlänsersättning till de privata digitala vårdgivarbolagen. När Region Sörmland införde sin avgiftsfria primärvård rörde flera digitala vårdgivare sig i stället dit. År 2020 införde Region Stockholm extra besöksersättning för olistade inomlänspatienter, vilket gällde både digitala och fysiska besök. Samma år etablerade flera digitala vårdgivare fysiska vårdcentraler i Region Stockholm, och dessa kunde därmed tillhandahålla ett samlat digifysiskt primärvårdserbjudande. När Region Stockholm sedan 2023 sänkte ersättningen för digitala besök och tog bort tilläggsersättningen för olistade inomlänspatienter sammanföll detta med att flera digitala vårdgivare sålde vårdcentraler i Stockholm och sökte underleverantörsavtal i Region Sörmland.[66] Detta indikerar att företagen söker sig till den region där de får mest fördelaktiga ekonomiska förutsättningar. Företrädare för Region Stockholm beskriver även att vissa digitala vårdgivare med avtal i regionen då började genomföra digitala besök för regionens invånare i form av utomlänsvård, även om samma vårdgivare även hade avtal och fysisk mottagning i Region Stockholm.[67]

I dagsläget är Region Sörmland den region som merparten av de digitalt profilerade vårdgivarna har avtal med. Våren 2026 finns det i Region Sörmland 12 olika företag som verkar som digitala underleverantörer till sex olika vårdcentraler.[68,69] Det finns även andra regioner som fakturerar för digital utomlänsvård men omfattningen är marginell jämfört med Sörmlands fakturering.[70]

År 2025 fakturerades övriga regioner för drygt 2,7 miljoner digitala vårdbesök, via Sörmland. Det motsvarade en kostnad om cirka 1,07 miljarder kronor. Under samma år var det drygt en miljon individer som nyttjade dessa digitala vårdtjänster.[71] Region Sörmland

[66] Muntlig information från SKR vid möte, januari 2026.
[67] Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026, s. 24.
[68] Muntlig information från SKR vid möte, januari 2026.
[69] Skriftlig kommunikation med Region Sörmland, april 2026, (obs dock att det varierat eftersom vissa avtal sagts upp).
[70] Skriftlig kommunikation med Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket vid SKR, maj 2026.
[71] Muntlig information från SKR vid möte, januari 2026.

beskrev i slutet av år 2025 att regionen hade över tre miljoner patienter i sin databas, trots att den bara har 300 000 invånare.[72] Eftersom det är Sörmland som avtalsmässigt är uppdragsgivare till de digitala aktörerna så faller det också på denna enskilda region att följa upp avtalen och den vård som ges utifrån dessa avtal (se även avsnitt 14.6.4). De regioner som faktureras för vården har inte själva möjlighet till uppföljning eftersom de inte har något direkt avtalsförhållande med leverantörerna.

14.6.2 Ersättning av digital utomlänsvård

Konstruktionen med ersättning av digital utomlänsvård enligt riksavtalet

Under åren 2015–2016 etablerades en praxis att de digitala besöken hos underleverantörer till utförare i regionernas primärvårdsvårdval skulle ersättas som ett utomlänsbesök enligt gällande riksavtal (för de patienter som kom från andra delar av landet än den region där man hade avtal). Den ökade omfattningen av digitala vårdkontakter och att den ersättning som tillämpades ansågs som orimligt hög gjorde att SKR under 2017 samlade sig kring särskilda rekommendationer i frågan om digitala utomlänskontakter.

I januari år 2017 beslutade SKR:s styrelse att rekommendera att utomlänsersättningar för digitala vårdkontakter skulle vara 1200 kronor. I maj samma år kom en ny rekommendation om 650 kronor per digitalt utomlänsbesök. Rekommendationen avsåg de ersättningar som regionerna fakturerar mellan sig – inte ersättning till vårdgivarna. Rekommendationen från maj 2017 baserades på en självkostnadskalkyl som skattade olika kostnadskomponenter. Ersättningarna inkluderade patientavgift. I ersättningen ingick också kompensation för provtagning och medicinsk service, för vilken vårdgivaren skulle ha fullt kostnadsansvar. I rekommendationen formulerades vidare vissa gemensamma krav på de digitala vårdtjänsterna, vilka skulle vara uppfyllda för att de skulle berättiga till ersättning.[73]

[72] Dagens samhälle, ”Region avfyrar ny fakturasalva mot Kry och Doktor.se”, 18 november 2025.
[73] SKR, *Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster*, 2019.

SKR rekommenderar en lägstanivå för patientavgiften och sänker ersättningsnivåerna enligt riksavtalet

I mars 2018 beslutade SKR:s styrelse om en rekommendation till regionerna att tillämpa en lägsta nivå för patientavgiften på 100 kronor vid digitala vårdkontakter i primärvården.[74] Denna rekommendation kan ha varit en reaktion på att Region Sörmland hade beslutat att göra primärvården avgiftsfri för patienter och att det ungefär samtidigt startats en digital leverantör, Doktor.se, i just Sörmland.[75] Leverantören kunde därmed erbjuda avgiftsfria besök till alla i Sverige.

I juni 2019 beslutade SKR:s styrelse om en rekommendation att sänka ersättningen per digitalt läkarbesök till 500 kronor. Även ersättningarna för besök till andra professioner rekommenderades sänkas.[76] I januari 2026 beslutade SKR:s styrelse att ytterligare sänka den rekommenderade nivån på utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården. Den nya rekommendationen innebär att utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården från och med 1 juni 2026 bör uppgå till

- 435 kronor för en digital läkarkontakt
- 405 kronor för en digital kontakt med psykolog, kurator eller psykoterapeut
- 235 kronor för en digital kontakt med annan legitimerad sjukvårdspersonal.[77]

Flera regioner har utrett möjligheten att inte betala utomlänsersättning för digitala besök. De har landat i olika slutsatser både kring om detta faktiskt är möjligt och om det i så fall bör göras eller inte. Utredningar har till exempel visat att det inte är juridiskt möjligt utifrån avtalsrättsliga relationer, men även pekat på att det kan leda till att den egna regionens patienter missgynnas vid behov av vård i andra regioner.[78]

[74] SKR, *Meddelande från styrelsen – Patientavgifter vid digitala vårdmöten*, 2018.
[75] SOU 2019:42, s. 270.
[76] SKR, *Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster*, 2019.
[77] SKR, *Meddelande från styrelsen – Digital utomlänsvård*, 2026.
[78] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022, s. 58.

Regionernas kostnader för digital utomlänsvård

Kostnadsandelen av regionernas köp av primärvård från andra regioner i relation till nettokostnaderna för primärvård var relativt konstant under åren innan och direkt efter att patientlagen trädde i kraft och patienten gavs (rättslig) möjlighet att söka utomlänsvård. Tidiga analyser visade att patientlagen haft begränsad effekt på utomlänsvården.[79] Utredningen Styrning för en mer jämlik vård tog fram data som visade på att utomlänsvårdens andel av primärvården fördubblades under åren 2015–2018. Detta trendbrott sammanfaller tidsmässigt med den snabba ökningen av konsumtionen av digitala vårdtjänster i primärvården, vilket i huvudsak sker i form av utomlänsvård.[80] År 2016 gjordes 20 149 digitala utomlänsbesök[81] och regionerna betalade 37 miljoner kronor i digital utomlänsersättning till de privata digitala vårdgivarbolagen. År 2021 hade denna summa stigit till drygt 800 miljoner kronor.[82]

År 2022 publicerade Konkurrensverket en rapport om hur privata digitala vårdtjänster och systemet med utomlänsersättning har påverkat konkurrensen på primärvårdsmarknaden. Konkurrensverket ansåg att systemet med utomlänsersättning innebär att det inte råder konkurrens på lika villkor mellan vårdcentralerna i vårdvalssystemen och de privata digitala vårdgivarna som verkar med utomlänsersättning. En vårdcentral som erbjuder digitala vårdtjänster till sina listade patienter får exempelvis lägre ersättning för det än den ersättning som utgår/betalas ut till en privat digital vårdtjänst enligt utomlänsersättningen, om samma patient söker sig dit.[83] Myndigheten noterade även att patientavgiften för ett fysiskt besök på vårdcentral i vissa fall kan vara högre än vid besök hos en privat digital vårdgivare och bedömde att regionerna borde se över patientavgifterna så att patienterna stimuleras att i första hand vända sig till den vårdcentral där de är listade.[84]

Konkurrensverket framhöll även det problematiska i att den region som i slutändan står för kostnaden inte har någon avtalsrelation

[79] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017*, 2017.
[80] SOU 2019:42, s. 256.
[81] Skriftlig kommunikation med Region Jönköpings län, mars 2026.
[82] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022, s. 7, s. 28.
[83] Ibid. s. 9.
[84] Ibid. s. 11.

med de privata digitala vårdföretagen och därför inte kan ställa krav eller följa upp avtalen själv, utan måste be den region som utfärdat fakturan om hjälp. Den region som får fakturan har därmed svårt att bedöma om det som utförts berättigar till ersättning eller inte.[85]

Konkurrensverket lyfte även fram att eftersom övriga regioner inte har något avtal med företagen kan de inte heller på andra sätt integrera dess tjänster i sina system. De privata digitala vårdgivarna kan till exempel vanligen varken hämta eller lämna uppgifter till regionernas journalsystem. Denna brist på utbyte av information menar myndigheten innebär att viktiga delar av digitaliseringens fördelar inte kommer samhället till del, utan till stor del stannar hos de digitala vårdföretagen.[86]

Myndigheten ansåg att regionerna borde se över utomlänsersättningen i syfte att digitala vårdbesök i första hand hanteras inom ramen för de ordinarie ersättningssystemen i vårdvalen.[87]

14.6.3 Användningen av digitala tjänster som ej är integrerade i en vårdkedja

Ökad tillgänglighet men ojämlik användning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har analyserat resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök, med särskild inriktning på nationella digitala vårdgivare, så kallade nätläkare. Analysen beskriver bland annat att digitala besök har bidragit till ökad tillgänglighet för vissa grupper men visar även på en ojämlik användning av digitala besök – både ur ett behovsmässigt och socioekonomiskt perspektiv.[88]

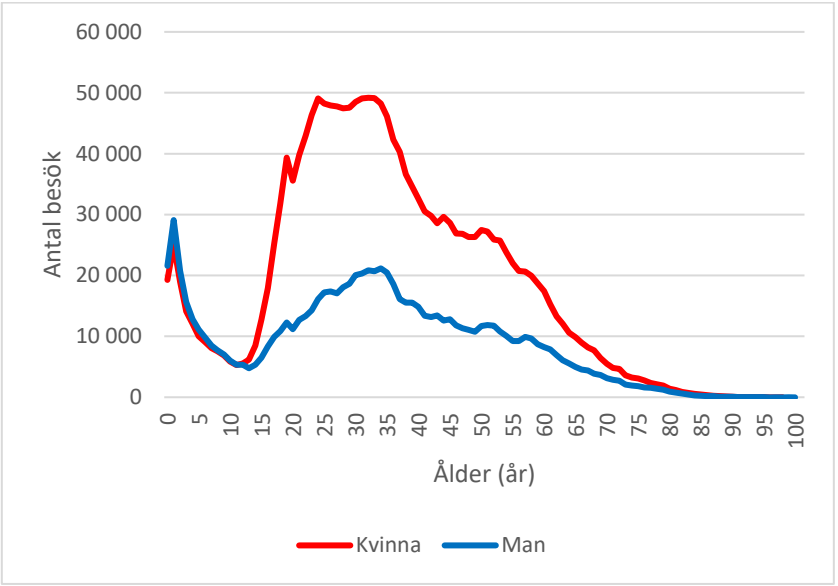
Digitala vårdbesök används främst för barn och av yngre vuxna, storstadsbor, personer som inte har någon kronisk sjukdom och personer med relativt goda socioekonomiska förhållanden. För fysiska besök gäller i princip det omvända, de används mer av äldre, personer med kronisk sjukdom och personer med sämre socioekonomiska

[85] Ibid. s. 58.
[86] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022, s. 80.
[87] Ibid. s. 81.
[88] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*, 2022.

förhållanden.[89] Detta bekräftas även av statistik från Region Sörmland, se till exempel figur 14.1.

Figur 14.1 Antal besök hos digitala vårdgivare utifrån ålder och kön

Via Region Sörmland 2025



Källa: Region Sörmland.

Vård- och omsorgsanalys visade också att digitala läkarbesök i viss utsträckning ersatte fysiska läkarbesök i primärvården, men de skapade också ny konsumtion. Resultaten pekade på att digitala läkarbesök leder till fler uppföljande besök än vad fysiska besök gör. Skillnaden är tydligast under första månaden efter det inledande besöket.[90]

[89] Ibid.
[90] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*, 2022.

Ångest- och depressionstillstånd samt fetma är vanligt förekommande diagnoser

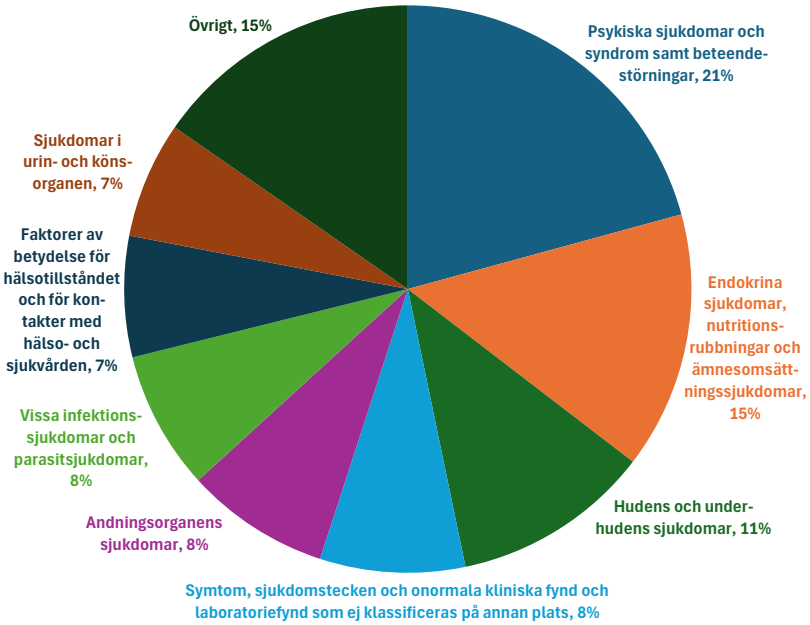
Vård- och omsorgsanalys har tidigare genomfört en befolkningsenkät som undersökte befolkningens och patienters uppfattningar om videobesök kontra fysiska besök.[91] Fyra kvalitetsaspekter undersöktes: väntetider, personkontinuitet, vilken vårdpersonal som deltar i mötet och om den samlade journalen är tillgänglig för vårdpersonalen. Resultaten visade att alla fyra kvalitetsaspekter spelade roll, men att slippa väntetider värderades högst i de digitala besöken. Resultaten visade också att deltagarna generellt föredrog fysiska besök framför digitala, och att betalningsviljan var högre för ett fysiskt besök än för ett digitalt. Det fanns skillnader mellan grupper i hur högt man värderade fysiska besök. Föräldrar som söker vård för barn med övre luftvägsinfektion värderade ett fysiskt besök lägst jämfört med ett digitalt. Äldre personer (över 60 år) värderade digitala besök lägre än yngre.[92]

Enligt Region Sörmland utgjordes den största andelen av de digitala vårdbesöken 2025 av psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, se figur 14.2. I denna diagnosgrupp ingår bland annat ångest- och depressionstillstånd. Den näst största andelen av de digitala vårdbesöken utgjordes av diagnosgruppen endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar. Här ingår bland annat diagnosen fetma. Om vi endast ser till diagnos (och inte till hela diagnosgrupper) så är fetma den vanligaste.[93]

[91] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar*, 2020.
[92] Ibid.
[93] Region Sörmland, *Statistikpaket DVG 2025*, 2026.

Figur 14.2 Andel diagnoser

Diagnosgrupper (huvuddiagnoser) via Region Sörmland 2025



Källa: Region Sörmland.

Kartläggning av digitala inomlänsbesök

I sin analysplan för 2026 konstaterar Vård- och omsorgsanalys att det är viktigt att kontinuerligt följa upp utvecklingen av de digitala vårdbesökens roll, användning och effekter i vården. De senaste åren har digitala vårdtjänster fått ett större genomslag även i den traditionella primärvården, men det går ännu inte att på nationell nivå få en samlad bild av vilka tjänster som används och hur den totala användningen av digital vård utvecklas. Myndigheten har därför tagit initiativ till en förstudie för att belysa dessa frågor.[94] Förstudien avslutades under våren 2026 och fokuserar på digitala vårdbesök som genomförs inom regionerna, så kallade digitala inomlänsbesök. Den visar bland annat att digitala vårdbesök i dag är en del av primärvården i samtliga regioner. En kartläggning avseende åren 2020–2024 visar att videobesök ökade kraftigt under de första åren men

[94] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Analysplan*, 2026, s. 36.

har därefter minskat medan användningen av skriftlig chatt ökat kontinuerligt, även om nivån fortsatt är relativt låg. Röstsamtal är under hela perioden den vanligaste digitala kontakttypen inom primärvården.[95]

Samtidigt framhålls att det saknas tillförlitlig nationell statistik om digitala inomlänsbesök. Möjligheterna att följa, jämföra och tolka utvecklingen är begränsad. Avsaknaden av gemensamma nationella definitioner försvårar jämförelser. Dessutom varierar regionernas möjligheter att registrera och rapportera digitala vårdbesök, vilket gör uppföljningen fragmenterad. Kartläggningen visar också att ersättningsmodellerna har stor betydelse för både genomförande och rapportering av digitala vårdbesök.[96]

14.6.4 Ett ifrågasatt system

Systemet för digital utomlänsvård och de digitala aktörerna har varit föremål för debatt

Parallellt med att de digitalt profilerade privata aktörerna utökat sin närvaro och sin fakturering till regionerna har det pågått en stundtals infekterad debatt om deras agerande och roll i systemet. De digitalt profilerade vårdaktörerna kan generellt sägas karaktäriseras av ett arbetssätt som bygger på att resurser i form av arbetskraft ”poolas” och därmed kan de erbjuda mycket hög tillgänglighet till tjänsterna, i hela landet. Flera av dem utvecklar också olika typer av digitala verktyg, såsom AI-triage, kunskapsstöd och vårduppföljning.[97]

Initialt gällde att dessa företag som regel inte hade direkta avtal med huvudmän utan var avtalsparter till enskilda vårdvalsutförare i en region. Detta har dock delvis ändrats efter hand när aktörer som Kry och Doktor.se valt att även öppna fysiska vårdcentraler på flera ställen i Sverige. Kry och Doktor.se har i dag runt 30 vårdcentraler var runtom i landet.[98] De har därmed en bredare typ av digifysiskt erbjudande. Samtidigt har de inom sina koncerner separata bolag för

[95] Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026, s. 17.
[96] Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026.
[97] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022, s. 71.
[98] Kry, ”Välkommen till våra vårdcentraler”, hämtad 2026-04-09 och Doktor.se, ”Välj din vårdcentral”, hämtad 2026-04-09.

just det digitala utbudet, och dessa har underleverantörsavtal med respektive företags fysiska vårdcentraler i Sörmland. Bland övriga aktörer som verkar med hjälp av den digitala utomlänsersättningen har vissa ett bredare digitalt primärvårdsutbud medan andra specialiserar sig på enskilda delar av primärvårdsuppdraget, exempelvis psykisk hälsa, högt blodtryck eller primärvård för barn. På senare tid har flera aktörer tillkommit som riktar in sig på att erbjuda tjänster för viktminskning.

Något som bidragit till debatten är att vissa av aktörerna lägger stora resurser på marknadsföring, något som tidigare inte har varit särskilt vanligt inom primärvården. Vissa av reklamkampanjerna har mottagit kritik för att vara aggressiva och för att uppmuntra till onödig konsumtion av vård.[99]

Därutöver har det riktats kritik mot såväl själva systemets konstruktion, med ett parallellt ersättningsystem utanför regionernas ordinarie styrning, som mot flera av företagens sätt att nyttja systemet. Systemet bedöms skapa incitament att bedriva vård på ett sätt som i högre grad styrs av ersättningslogik än av medicinska behov. Vården blir efterfrågestyrd mer än behovsstyrd. En följd av det kan bli att patienter med omfattande och komplexa vårdbehov får stå tillbaka till förmån för enklare och mer frekventa digitala kontakter. En överhängande risk finns att resurser som borde riktas till patienter med större vårdtyngd i stället fördelas på en stor mängd korta kontakter med begränsad betydelse för patientens långsiktiga hälsa.

Mot bakgrund av denna kritik har det även tidigare tillsatts utredningar med uppdrag att se över systemet.

Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42)

Uppdraget

Regeringen beslutade den 18 december 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda hur styrningen av hälso- och sjukvården bättre kan främja en jämlik och behovsbaserad vård (dir. 2017:128). Analysen skulle omfatta styrsystemen inom hälso- och sjukvården som helhet, inklusive bland annat dåvarande landstingens ersättnings-

[99] SOU 2019:42, s. 270–271. Se även Breakit, ”Kry spenderar miljoner på att locka förkylda till läkaren – sågas”, hämtad 2026-01-28 och DI digital, ”Efter kritiken – Kry tvingas sluta ragga patienter på stan”, hämtad 2026-01-28.

system. Den 1 mars 2018 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2018:14) i vilket de fick uppdraget att analysera ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.

Utredningen slutredovisade sitt uppdrag i oktober 2019 genom slutbetänkandet Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42).

Analysen

Fokus för den utredningens uppdrag var i stora delar primärvården, och de menade att dagens styrning, bland annat i form av ersättningssystemen, har ett flertal brister. Som exempel nämndes den svaga samordningen, de frekventa ändringarna av utförarnas uppdrag och ersättningar och en alltför hög detaljeringsgrad, vilket inte signalerar tillit. Vidare konstaterades att ”mångfalden av snedvridande incitament i styrningen skapar risker för att vården inte ges efter behov, inte minst när det gäller utomlänsvården”. Utredningen bedömde att fler delar behövde bli mer nationellt likriktade, men med möjlighet till lokal anpassning.

När det gäller det som i våra direktiv benämns ”digital vård som ej är integrerad i en vårdkedja” så underströk utredningen att digitaliseringen skapar möjlighet att åtgärda ett av primärvårdens huvudproblem – tillgängligheten – samt att ge vårdens professioner ökad flexibilitet i arbetet, vilket är av stort värde för attraktiviteten i vårdyrkena. Det sätt på vilket de så kallade nätläkarna kommit att bli en del av den offentligt finansierade vården har dock inneburit en krock mellan ett decentraliserat vårdvalssystem och ett nationellt system för digital vård, som av många olika skäl i längden är ohållbart. Utredningen underströk samtidigt att hälso- och sjukvårdens stora utmaning för att uppnå effektivitet och patientcentrering är fungerande samverkan och koordinering, och de menade därmed att det inte borde skapas ett särskilt nationellt system eller en egen vårdnivå för nätläkartjänsterna. Deras förslag tog i stället sikte på att skapa en bättre integrering av den digitala och den fysiska vården, samtidigt som kontinuitet framhölls som utgångspunkt för valfrihet och organisering av primärvården.

Förslag och bedömningar

Utredningen såg behov av förändringar i de krav som ställs på utförare, i syfte att göra vården mer tillgänglig och integrerad. De såg även behov av åtgärder för att skapa mer nationell jämlikhet samt öka transparensen. De lämnade flera förslag och rekommendationer med det syftet, däribland att:

- Patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom listning. Förslaget innebar att även val av utförare i ett annat landsting (utomlänsvård) skulle ske genom listning. Möjligheten till utomlänsvård inom primärvården i form av tillfälliga besök hos annan utförare än där patienten är listad skulle därmed begränsas.
- Primärvård som erbjuds av underleverantör till en utförare skulle fortsatt kunna erbjudas patienter *inom ramen* för utförarens uppdrag.
- Regionerna rekommenderades att ställa krav på samtliga utförare att tillhandahålla såväl digital som fysisk tillgänglighet, så kallat digifysisk vård. Vidare borde regionerna tydligt ange i förfrågningsunderlaget för vårdvalssystemet vilka mer specifika krav som ställs på utförare avseende såväl digital som fysisk tillgänglighet.

Som en konsekvens av utredningens förslag bedömde utredningen att så kallade nätläkarbolag skulle kunna behöva ansöka om etablering i samtliga regioner. Företagen skulle behöva kunna tillhandahålla möjlighet till fysisk vård antingen genom egen försorg eller genom avtal med underleverantör. Företag skulle alltså kunna ansluta sig som underleverantör av digital vård till utförare som i dag huvudsakligen levererar traditionell vård med fysiska besök men skulle då behöva medverka till fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag för att fortsatt ersättas med offentliga medel. I dessa fall skulle företaget i fråga få sluta avtal med huvudleverantören – ett avtal som bland annat skulle reglera den ekonomiska ersättningen. Befintlig möjlighet att som underleverantör till en vårdcentral i en region erbjuda besök nationellt skulle begränsas.

Andra förslag och bedömningar av betydelse för vårt utredningsuppdrag var:

- Införande av en nationellt reglerad patientavgift i vårdvalssystemen i primärvården med samma besöksavgift i samtliga regioner. Avgiften föreslogs uppgå till 100 kronor.
- Gemensamma ersättningsprinciper för primärvården. Följande principer bedömdes tillämpliga: långsiktighet, stabilitet och innovationsfrämjande, årlig uppräkning av ersättningen, fast ersättning (kapitering) för listade som huvudsaklig ersättning, riskjustering i kapiteringen för att styra mot de med störst behov, minskad detaljstyrning, kontinuitet och tillgänglighet prioriteras och belönas, i ökad utsträckning göra medicinsk service och läkemedel till en så kallad fri nyttighet för utförare inom primärvården. Vidare framhölls att regionerna borde undvika olika behandling av utförare, snedvridande incitament och särbehandling av kontaktform, som till exempel besök hos annan vårdgivare än där man är listad eller utomlänsbesök.
- Regeringen borde följa utvecklingen på området och om principerna inte tillämpades efter två år borde ytterligare åtgärder i form av reglering av principerna övervägas.

Förslagen i dessa delar har ej tagits vidare på nationell nivå, med undantag för förslaget att patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom listning. Det förslaget genomfördes genom tillägg av ny bestämmelse i HSL (7 kap. 3a §), vilken infördes i prop. 2021/22:72. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 juli 2022.

Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27)

Uppdraget

Den 22 juni 2022 beslutade dåvarande socialministern att ge en så kallad bokstavsutredare i uppdrag att biträda Socialdepartementet med att utreda hur digitala vårdgivare ska kunna bli en del av en mer sammanhållen och kontinuitetbaserad digifysisk primärvård med god tillgänglighet där samtliga aktörer tillsammans arbetar för att tillgodose patienternas behov av en god och nära vård. Utredaren

skulle bland annat göra en översyn av de ersättningsprinciper som tillämpas för vårdval, utomlänsvård och digital utomlänsvård och föreslå åtgärder för ett mer sammanhållet system.

Utredaren redovisade uppdraget i promemorian Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27).

Analysen

Primärvårdens uppdrag att bland annat samordna patientens insatser försvåras av ett splittrat system

Möjligheten att ta ett helhetsansvar och samordna vården på ett effektivt sätt för patienten, försvåras av att patienten samtidigt erbjuds lättillgängliga digitala besök som vare sig sker i samverkan med den mottagning där patienten är listad och patientens fasta läkarkontakt, eller dokumenteras på sätt så att dessa lätt kan ta del av de insatser som har gjorts för patienten.

Relationskontinuitetens betydelse i primärvården riskerar att urholkas i dagens system

Framväxten av nationellt verksamma digitala vårdgivare i primärvården, som erbjuder lättillgängliga och ofta tillfälliga vårdkontakter som utomlänsvård, gagnar typiskt sett inte kontinuitet. Samtidigt har flera digitala vårdgivare utvecklats mot att erbjuda ett mer digifysiskt omhändertagande, genom att också etablera fysiska primärvårdsenheter runt om i landet eller på andra sätt bygga upp en egen infrastruktur med olika samarbetspartners för fysiska möten och för till exempel provtagning. Det ger större potential att bidra till primärvårdens uppdrag att skapa kontinuitet och samordning för patienterna. Vårdgivare som tillhandahåller ett smalare vårderbjudande för enstaka, tillfälliga vårdkontakter, bidrar enligt utredningens uppfattning snarare till att öka uppsplittringen av primärvården.

Huvudmännens förmåga att prioritera och styra försvagas av den digitala utomlänsvården

Det är i huvudsak regionernas sätt att ersätta digitala besök i primärvården genom utomlänstaxan som har lett till att det har uppstått ett helt nytt (nationellt) vårdutbud, vid sidan av det ordinarie vårdutbudet i regionen.

Den gemensamma utomlänsersättningen för digitala vårdtjänster i primärvården har bidragit till att ge viss stabilitet och förutsebarhet för de nationellt verksamma digitala vårdgivarna, vilka har kunnat etablera sig mer eller mindre frikopplat från regionernas ordinarie primärvård. Den digitala utomlänsvården och ersättningen för den har dock därigenom i praktiken gjorts fristående från huvudmännens prioriteringar och ekonomiska styrmedel för hur vårdutbudet ska se ut.

Patientens hemregion kan, i enlighet med principerna om det fria valet av utförare i öppen hälso- och sjukvård, inte annat än acceptera de prioriteringar vad gäller vårdutbud och ersättningsnivåer som gjorts av en annan region där en invånare har sökt öppenvård. Enligt utredningens bedömning är det därför olyckligt att vissa regioner, bland annat regioner som under en tid har stått för majoriteten av den digitala utomlänsvården, inte tillämpar samma ersättningsprinciper för inom- och utomlänspatienter.

Det krävs åtgärder för att säkerställa principen om vård efter behov och kostnadseffektivitet

Digitala vårdtjänster kan rätt använda bidra till effektivisering av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Utvecklingen av digitala vårdgivare och digitala vårdtjänster i primärvården har bidragit till ökad tillgänglighet, men riskerar också att vara kostnadsdrivande med begränsade möjligheter för regionerna att styra över prioritering och omfördelning av resurser.

När de gemensamma resurserna till hälso- och sjukvården är begränsade, måste prioriteringar ske. Då är det allvarligt att regionerna – som huvudsakligen finansierar och ansvarar för vården – i begränsad utsträckning kan sägas ha beställt den vård som utförs av nationellt verksamma digitala vårdgivare. Dess omfattning och innehåll styrs i stället i praktiken ofta av vårdgivarna och efterfrågan från patienterna. Det innebär en risk för att resurser som borde gå till de med störst

behov i stället läggs på vård av patienter med förhållandevis små behov. Utredaren ansåg att det finns anledning att ifrågasätta om behovs- och solidaritetsprincipen går att upprätthålla utan förändringar av gällande regelverk.

Dagens system innebär konkurrensproblem och en omotiverad styrning mot utomlänsvård

Ersättningsformerna för den digitala utomlänsvården gör det möjligt att upprätthålla en tillgänglighet som ofta inte är möjlig i patientens hemregion. Samtliga regioner har utformat sina vårdvalssystem och ersättningsmodeller med listning och fast kapiteringsersättning som bas. Syftet är bland annat att styra mot kontinuitet och helhetsansvar, att patienterna i möjligaste mån ska få hela sitt behov av insatser i primärvården från en och samma utförare. Regionerna lämnar därför låg eller ingen ersättning för besök av utförarens listade patienter, för vilka kapiteringsersättning lämnas. Även ersättningen för besök av patienter som inte är listade hos utföraren är ofta betydligt lägre än utomlänsersättningen. I många regioner är det därför oattraktivt för en utförare att erbjuda lättillgängliga digitala vårdtjänster till andra än de egna listade patienterna.

Konkurrensverket har konstaterat att förekomsten av två olika ersättningssystem på samma marknad påverkar konkurrensen inom primärvården negativt. Vårdcentralerna får svårt att konkurrera med de privata digitala vårdgivarna som finansieras med utomlänsersättning genom att erbjuda liknande digitala tjänster, eftersom vårdcentralernas ersättningssystem ofta ger låg eller ingen ersättning för digitala besök. Konkurrensproblemen blir enligt Konkurrensverket särskilt besvärande när kostnaderna för utomlänsbesök direkt eller indirekt påverkar vårdcentralernas ekonomi, vilket är fallet i flera regioner.[100]

Promemorian delar Konkurrensverkets bedömning att nuvarande system innebär att digitala vårdgivare har en konkurrensfördel i förhållande till den traditionella primärvård som bedrivs genom en kombination av fysiska och digitala vårdkontakter. Detta gäller särskilt eftersom digitala vårdgivare också har möjlighet att avgränsa sitt vårdutbud till vissa vårdtjänster, som kan vara mindre resurskrävande.

[100] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022.

Systemet som helhet riskerar att leda till en oavsedd styrning mot digital utomlänsvård.

Specialiserad digital öppen vård har svårt att hitta en egen plats i systemet

Det är med få undantag endast inom primärvården som kombinationen av obligatoriska valfrihetssystem och möjlighet att erhålla ersättning för digitala vårdkontakter har gjort det möjligt för vårdgivare att erbjuda digitala vårdtjänster med offentlig finansiering. De mer specialiserade aktörerna har därför funnit att den enklaste och kanske enda möjligheten att kunna verka med offentlig finansiering är att agera underleverantör till en vårdcentral som har vårdvalsavtal med en region. Vårdgivarna kan därmed erbjuda sina tjänster inom ramen för utomlänstaxan. Enligt promemorian är detta dock en mindre lämplig lösning för dessa vårdgivare.

Få regioner har beslutat om vårdval inom öppen specialiserad vård och enligt promemorian så lämnar ännu färre möjlighet för vårdvalsaktörer att omhänderta och ersättas för helt digitala vårdkontakter i öppen specialiserad vård. Detta kan bero på att det råder olika uppfattningar om vilka vårdformer som lämpar sig för ett digitalt omhändertagande och att de vårdförlopp som kan omhändertas digitalt är färre i den specialiserade vården än i primärvården. Utifrån samtal med regionrepresentanter dras dock slutsatsen att det även kan bero på en motvillighet att öppna för en utveckling mot nationellt verksamma digitala vårdgivare i specialiserad vård. En verksamhet som öppnar för helt digitala vårdkontakter måste nämligen från start ta höjd för att ta emot vårdsökande från hela landet, vilket är en ansträngning både för vårdgivare och för den region som då får till uppgift att administrera och följa upp den nationella digitala verksamheten. Det kan därför med fog antas att regelverket kring utomlänsvård i viss mån motverkar eller hämmar utvecklingen av nya digitala vårdtjänster inom den specialiserade öppenvården.

Förslag och bedömningar

Promemorian lämnade flera förslag och bedömningar, nedan listas de mest centrala i förhållande till vårt utredningsuppdrag:

- En definition av begreppet distanskontakt ska införas i HSL samt krav på att regionerna ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt.
- Patientens hemregion ska enbart vara skyldig att ersätta kostnaden för distanskontakter som erbjuds av en annan region om distanskontakten har föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning, enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården.
- Vid utomlänsvård som sker genom distanskontakt ska patienten betala de vårdavgifter som tillämpas i patientens hemregion. Syftet med förslaget var att patienter inte ska välja utomlänsvård när ett för patienten likvärdigt utbud av utförare och vårdtjänster finns att tillgå i den egna regionen.
- SBU bör ges i uppdrag att sammanställa forskning för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt.
- Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring digitala tjänster och distanskontakter inom den öppna vården.
- Regionerna bör i högre utsträckning än i dag se till att ersättningen till utföraren är teknikneutral.
- Regionerna bör ersätta jämförbara besök på samma sätt oberoende av om patienten är folkbokförd i den egna regionen eller i en annan region.
- Regionerna bör besluta om differentierade ersättningar för digitala vårderbjudanden som inte omfattar hela primärvårdsuppdraget.
- Regionerna bör ställa tydliga krav på sina vårdvalsaktörer vid användning av underleverantörer genom ökade krav på uppföljning, dokumentation, anslutning till nationella gemensamma e-hälsospecifikationer samt anslutning till nationell patientöversikt (NPÖ).
- Regionerna bör verka för att digitala underleverantörer fullt ut ska kunna använda NPÖ.

- Regionerna bör säkerställa att vårdgivarna har riktlinjer för läkemedelsförskrivning och receptförnyelse vid distanskontakt.
- Regionerna bör informera om och marknadsföra sitt digitala utbud bredare.

Fler möjligheter till ökat välstånd (SOU 2025:96)

Regeringen beslutade den 20 april 2023 att tillsätta en kommitté med uppdrag att analysera vilka faktorer som påverkar produktivitetstillväxten och lämna förslag för att höja densamma i näringslivet och öka produktiviteten i den offentliga sektorn i Sverige. Kommittén, som gavs namnet Produktivitetskommissionen, överlämnade sitt slutbetänkande i oktober 2025. I slutbetänkandet lämnas inga författningsförslag men väl förslag på olika åtgärder, bland annat för att öka produktiviteten i den offentliga sektorn i Sverige. Ett kapitel ägnas åt hälso- och sjukvården och utredningen lyfter fram att regionernas skyldighet att ersätta digital utomlänsvård enligt utomlänstaxan bör tas bort.

Produktivitetskommissionen menar att det finns indikationer på att den ökade digitala tillgängligheten inneburit att patienter med lättare åkommor sökt vård för sådant som inte alltid borde hanteras av hälso- och sjukvården. Vidare konstateras att det är svårt att ge ett definitivt svar på om de digitala vårdgivarna i någon betydande utsträckning avlastat den fysiska vården, men det finns indikationer på att digitala vårdgivare försvårat för kontinuiteten i vården, vilket ofta lyfts fram som en nyckelfaktor för hög effektivitet. Den digitala utomlänsvården har också medfört en gränsöverskridande problematik kopplad till välfärdsbrott och felaktiga utbetalningar, med ökade möjligheter till fusk och felaktig fakturering.[101]

Produktivitetskommissionen framhåller vikten av att den digitala vårdens potential tillvaratas och blir en integrerad del av den ordinarie vården. Samtidigt menar de att för att det ska vara möjligt krävs bland annat konkurrensneutralitet och ersättningssystem som inte skapar osunda incitament hos utförare. Därför bör kravet på regioner att ersätta digitala vårdbesök genom utomlänsersättningen tas bort.[102]

[101] SOU 2025:96, s. 566.
[102] Ibid. s. 567.

Återkommande fakturering av besök som ej bedöms vara kvalificerad hälso- och sjukvård

Region Sörmlands granskningar av Kry och Doktor.se

Under 2025 genomförde Region Sörmland en fördjupad uppföljning av digitala distanskontakter som utförts av Kry och Doktor.se.[103] Inom ramen för uppföljningen granskades journaler från digitala kontakter som ägt rum under 2024. Granskningen kom fram till att vårdgivarna regelbundet fakturerat för besök som inte bedöms vara kvalificerad vård. Huvudorsakerna till detta bedöms vara bristande triagering i kombination med bristande följsamhet till kravet att endast begära ersättning för kvalificerad hälso- och sjukvård. Ett stort antal digitala distanskontakter anses inte utgöra kvalificerad sjukvård då de enbart har inneburit hänvisning vidare till fysisk vård, enklare rådgivning att likställa med den som ges av 1177 eller receptförnyelser utan nödvändiga ställningstaganden. Trots detta har Kry och Doktor.se begärt ersättning för dessa besök.

Av de patienter som fick digital vård av Kry och Doktor.se (inom ramen för deras avtal med Region Sörmland) utgjordes 50 respektive 40 procent (år 2024) av personer folkbokförda i Stockholms län. Mot bakgrund av detta ingick Region Stockholm och Kry i januari 2026 en överenskommelse.[104] Av överenskommelsen framgår att parterna är överens om att faktureringen via Region Sörmland för invånare i Region Stockholm, som inte är listade på Kry, ska minskas betydligt inom kort tid. Denna minskning ska sedan fortsätta successivt under året. När omställningen är klar ska digitala besök för Region Stockholms invånare debiteras inom Region Stockholm. Kry ska även utifrån överenskommelsen betala 18 miljoner kronor till Region Stockholm.

[103] Region Sörmland, *Fördjupad uppföljning avseende digitala distanskontakter inom vårdval vårdcentral Kry Primärvård AB samt Doktor.se*, 2025.
[104] Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Delegationsbeslut 2026-01-29, PVN 2025–0141,* 2026.

Region Sörmlands granskning av Blodtrycksdoktorn

I februari 2026 presenterade Region Sörmland även en extern granskning av Blodtrycksdoktorn.[105] Den visade att endast 1–2 procent av journalanteckningarna uppfyller kraven på dokumentation av anamnes[106], status, medicinsk bedömning och plan. Automatiserade bakgrundsfrågor och standardiserade meddelanden används i stor utsträckning i stället för medicinsk anamnes och bedömning, vilket inte bedömdes uppfylla gällande krav. Vidare identifierades omfattande avvikelser mellan journalförda uppgifter och inrapporterade uppgifter till grund för ersättning. Majoriteten av de granskade vårdkontakterna bedömdes inte motsvara kvalificerad hälso- och sjukvård. Sammantaget visade granskningen att Blodtrycksdoktorns i stor utsträckning avvek från kraven på god och säker vård samt från Region Sörmlands regelverk för ersättningsbar digital vård.

I mars 2026 beslutade Region Sörmland att dra tillbaka godkännandet av Blodtrycksdoktorn som underleverantör.[107] Konsekvenserna av beslutet är att Blodtrycksdoktorn inte längre kan tillhandahålla offentligt finansierad digital utomlänsvård och fakturera andra regioner via Region Sörmland.

Sveriges Radios granskning av Kry

I april 2026 presenterade Sveriges Radio (inom ramen för Ekots program Kaliber) en granskning av Kry.[108] Enligt granskningen kan en läkare i Krys digitala tjänst ta emot 100 patienter på en dag. Granskningen visar också att Kry rangordnar läkarna utifrån snabbhet och betalar ut bonus när de tar fler patienter i timmen.

Flera läkare vittnar i Ekots granskning om att de har haft så snabba patientbesök att de själva ifrågasätter vårdkvaliteten. Flera är också kritiska till att läkarvård ges för alldeles för lätta besvär. Kry uppger att de inte premierar snabbhet på bekostnad av kvalitet.

Inom ramen för samma granskning testade Ekots reportrar att söka digital vård för feber och halsont genom företaget Min Doktor.

[105] Sirona, *Granskning av Blodtrycksdoktorn AB - Journalgranskning utförd av Sirona på uppdrag av Region Sörmland*, 2026.
[106] Tillägnande av information från en patient rörande dennes tidigare medicinska tillstånd och behandlingar.
[107] Region Sörmland, ”Region Sörmland drar tillbaka godkännandet av Blodtrycksdoktorn som underleverantör”, hämtad 2026-04-17.
[108] Sveriges radio, Ekot granskar, ”Kry-läkare: ’Kan ta 100 patienter på en dag’ ”, 15 april 2026.

Reportrarna fyllde i ett frågeformulär och startade ett besök men valde att lämna appen utan att någon vårdpersonal hunnit ansluta till chatten. De avbröt dock inte formellt kontakten med Min Doktor.

I efterhand kunde de se att en läkare försökt kontakta dem i chatten, men konstaterat att eftersom de inte återkommit så förutsattes att patienten inte längre var i behov av hjälp. Trots detta uppges i granskningen att Min Doktor satt en diagnos och fakturerat regionen för ett genomfört läkarbesök. Min Doktor uppger i granskningen att man inte ska ta betalt i sådana här situationer, och att deras interna riktlinjer förutsätter att det sker en faktisk dialog mellan patient och vårdpersonal.

14.7 Centrala utgångspunkter och avgränsningar för våra förslag och bedömningar

14.7.1 Syfte och avgränsningar

Våra analyser, förslag och bedömningar utgår från det syfte som uttalas i våra direktiv – att patienter ska få vård i rätt tid utifrån behov och att den vården ska ges på rätt vårdnivå. Vårdens resurser ska användas så effektivt som möjligt.

HSL:s bestämmelse om att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården är central, liksom bestämmelsen om att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.[109]

Enligt gällande lagstiftning är regionerna, och i viss mån kommunerna, huvudmän för hälso- och sjukvården i Sverige. En parlamentarisk kommitté, Vårdansvarskommittén, har nyligen haft i uppdrag att utreda ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för regional hälso- och sjukvård, men kommit fram till att inte rekommendera något sådant.[110] Det innebär att under överskådlig framtid har vi ett regionalt huvudmannaskap. Vårt utredningsuppdrag omfattar inte någon översyn av detta.

Vi har inte heller i uppdrag att se över eller föreslå ändringar när det gäller vårdnivåer (till exempel vad som är primärvård respektive specialiserad vård) eller vårdformer (öppen och sluten vård). Vårt uppdrag är inte heller att utreda *om eller när* digital vård är lämplig.

[109] 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § HSL.
[110] SOU 2025:62.

Vi vill dock påminna om att primärvård är en vårdnivå, inte en organisatorisk enhet.[111] Även om en region väljer att organisatoriskt dela upp primärvårdsnivån i olika enheter och olika vårdval så medför det inte att det som sorteras utanför den organisatoriska enheten ”vårdcentral” automatiskt utgör specialiserad vård.

14.7.2 Frågorna är en del i en större kontext

Ersättningar och avgifter är två av flera verktyg för styrningen av hälso- och sjukvården. Vi konstaterar att effekterna av olika styrsignaler beror på den sammantagna styrningen, liksom på miljön som styrningen sker i.

Ersättningar och avgifter är på flera sätt två olika slags styrsignaler, vilket behöver beaktas i utformningen av våra förslag och bedömningar. En av de principiellt viktigaste skillnaderna är att avgifter riktar sig direkt till patienterna – de benämns ofta patientavgifter eller egenavgifter för hälso- och sjukvård. Ersättningar avser i stället de ersättningsmodeller som regionerna använder för att ersätta utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Det handlar alltså om på vilka grunder de resurser som finns tillgängliga ska fördelas. I diskussioner om ersättningsmodeller blandas dock ibland perspektiven ihop och kritik riktas mot ersättningsprinciperna även när kritiken i grunden handlar om storleken på de resurser som fördelas.[112] Vår utredning har inte i uppdrag att se över storleken på de resurser som avsätts för hälso- och sjukvård i stort eller för vissa områden inom hälso- och sjukvården.

I framtagandet av våra förslag och bedömningar har vi utgått från behovet av fortsatt och kontinuerlig utveckling och främjande av innovation i hälso- och sjukvården. Det gäller både digital och övrig vård.

En central utgångspunkt för våra förslag är att digital vård och digital teknik är viktiga verktyg för en effektiv, tillgänglig och personcentrerad vård. Tekniken har dock inget egenvärde. Införandet av såväl digitala som andra lösningar i offentligt finansierad vård behöver beakta påverkan på såväl arbetssätt som på systemet som helhet. Ibland medför det kanske att resurser, medvetet eller omedvetet,

[111] Prop. 1994/95:195, s. 46 f.
[112] SOU 2017:56, s. 125.

omprioriteras från en del av systemet till en annan, från en målgrupp till en annan. I sådana fall behöver det beaktas om den genomförda förflyttningen är i linje med behovsprincipen i prioriteringsplattformen.

14.8 Utredningens förslag och bedömningar

I detta avsnitt redogör vi för uppdraget att analysera och lämna förslag på hur statens styrning kan stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården, inklusive vid nationell vårdförmedling samt vid digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja.

I rutan nedan beskriver vi i korthet våra samlade förslag och bedömningar vad gäller ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården. Samtliga utvecklas och motiveras i avsnitten som sedan följer.

Vi lämnar inledningsvis ett antal bedömningar som syftar till att lägga grunden för ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården.

- Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med regionerna inrätta en funktion för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården. Funktionen ska ägna sig åt uppföljning, utveckling, lärande och samordning av ersättningar och avgifter.
- Regionerna bör enas om enhetliga avgifter inom hälso- och sjukvården. Detta bör ske med utgångspunkt i målet om vård på lika villkor. En enhetlig avgift bör till en början införas för alla medicinska bedömningar i primärvården. Även avgifter för hjälpmedel bör vara ett prioriterat område att ta sig an.
- Regeringen bör tillsätta en utredning om hur kostnader kopplade till hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning kan ingå i ett högkostnadsskydd för den öppna vården.

- Socialstyrelsens pågående utredningsarbete kring en modell för att kompensera för kringkostnader för patienter och medföljande vid nationell vårdförmedling bör slutföras som planerat.

Vi lämnar även ett antal förslag som syftar till att skapa förutsättningar för att all offentligt finansierad digital vård ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvården. Förslagen innebär att

- En definition av begreppet distanskontakt ska införas i HSL.
- Det förtydligas att regionen ska erbjuda den som omfattas av 8 kap. 1 eller 2 § HSL möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten får avstå ett sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.
- Patientens val av utförare av offentligt finansierad öppen och sluten vård ska inte omfatta utomlänsvård som endast ges genom distanskontakt.
- Regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inte omfatta vård som endast ges genom distanskontakt.

Förslagen innebär sammantaget att möjligheten att erbjuda offentligt finansierad digital vård till invånare i hela Sverige baserat på ett avtal i en enskild region försvinner. För att kunna erbjuda vård som enbart ges genom distanskontakt till patienter i en viss region behöver privata aktörer ha ett avtal som leverantör eller underleverantör till just den regionen.

14.8.1 Ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården

Bedömning

Staten och regionerna bör etablera en gemensam funktion med uppdrag att

- ta fram nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården,
- följa upp vilka ersättningsmodeller och avgifter som tillämpas, vilka effekter de medför och i vilken grad modellerna är i linje med de nationella principerna, samt
- analysera och identifiera behov av utredning, lagstiftning, forskning och utveckling kopplat till ersättningar och avgifter.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med regionerna inrätta funktionen.

I ett nästa steg bör staten överväga hur kommunerna kan inkluderas i funktionens arbete.

Skälen för utredningens bedömning

Variation utan motivation och kontroll

Regionerna har valt att utforma sina ersättningssystem på olika sätt. Flera regioner har vittnat om att de egentligen inte vet riktigt hur eller i vilken mån de genom sina ersättningar styr mot vård efter behov.[113] För närvarande finns det inte något etablerat forum eller struktur för lärande mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen. I syfte att främja en mer jämlik och behovsstyrd vård finns starka skäl att använda mer gemensamma ersättningsprinciper inom vården.

Den svenska modellen med kommunalt självstyre ger i teorin stora möjligheter att testa olika former av ersättningsmodeller och lära av de olika utfallen, och hur de relaterar till de olika kontexterna. Utan en struktur för kontinuerlig uppföljning av vilka ersättnings-

[113] SOU 2019:42, s. 248.

modeller som tillämpas i hälso- och sjukvården och vilka effekter de medför går man dock miste om den möjligheten.

När det gäller avgifter i hälso- och sjukvården finns det som vi sett i avsnitt 14.4 bestämmelser som reglerar hur mycket patienter maximalt betalar, för till exempel ett vårddygn på sjukhus eller för öppen vård under en 12-månaders period. Inom dessa yttre ramar finns dock stora friheter för regionerna att utforma sina patientavgifter. Det kan skilja hundratals kronor på hur mycket patienten får betala för samma typ av besök eller hjälpmedel i olika regioner. Det är svårt att se att detta går i linje med portalparagrafens mål om vård på lika villkor och vård efter behov. Varierande avgifter gör det också svårare att informera patienter om vilka villkor som gäller. Regionerna har i nuläget endast enats om ett fåtal gemensamma nivåer för avgifter, till exempel för digitala utomlänsbesök.

En nationell funktion för att stärka samordningen och kontrollen

I våra direktiv beskrivs att dagens system med ersättningar och avgifter i regionerna behöver utvecklas och samordnas. Det framhålls också att Vårdansvarskommittén i sitt betänkande gjorde bedömningen att statens ansvarsutkrävande och kontroll bör stärkas i syfte att säkra patientens rättigheter samt garantera att hälso- och sjukvårdslagstiftningen får större genomslag i praktiken. Av budgetpropositionen 2026 framgår att regeringen avser öka den statliga styrningen, kontrollen och uppföljningen av hälso- och sjukvården, i enlighet med Vårdansvarskommitténs bedömningar.

För att skapa förutsättningar för en stärkt samordning och utveckling av ersättningar och avgifter bedömer vi att regeringen bör ta initiativ till att etablera ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården. I samverkan med regionerna bör en funktion inrättas med uppgift att

– ta fram nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården,
– följa upp vilka ersättningsmodeller och avgifter som tillämpas i hälso- och sjukvården, vilka effekter de medför, i vilken grad modellerna är i linje med de nationella principerna och om existerande variationer kan anses motiverade, samt

– analysera och identifiera behov av utredning, lagstiftning, forskning och utveckling kopplat till ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården.

Funktionen kommer utgöra ett strukturerat forum för uppföljning, utveckling, lärande och samordning, mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen och den nationella nivån. Beslut om utformningen av ersättningar och avgifter kommer fortsatt att fattas av varje enskild huvudman, men dessa förväntas beakta de slutsatser och rekommendationer som funktionen presenterar.

Vi har övervägt att ge funktionen ett beslutande mandat, men gör bedömningen att det i så fall skulle behövas lagändringar som ger regeringen eller Socialstyrelsen ett mandat att besluta i frågor som i dag är regionernas ansvar. Detta bedömer vi skulle utgöra en oproportionerlig inskränkning i det kommunala självstyret. Funktionens arbete bedöms kunna bidra till att skapa en djupare förståelse av aktuella utmaningar kopplade till ersättningar och avgifter och behov av ytterligare åtgärder. På så sätt bör den även kunna bidra med beredningsunderlag till regeringen för att avgöra om behov finns av starkare normering.

Resultatet måste inte bli att alla ersättningsmodeller ser likadana ut. Genom att alla huvudmän engageras i den gemensamma lärprocessen skapas förutsättningar för ett mer sammanhållet och samordnat användande av de styrverktyg som ersättningar och avgifter utgör och för större likhet när det är motiverat. Genom ökad samordning och kunskap förväntas detta bidra till en mer jämlik vård.

Funktionen bör placeras på Socialstyrelsen

Utredningen bedömer att funktionen bör placeras på Socialstyrelsen och stödjas av ett kansli.

Ingen av de myndigheter som har uppgifter relaterade till hälso- och sjukvården har i dag ett uttalat uppdrag kopplat till styrningen av ersättningar och avgifter. Det finns alltså inte någon självklar hemvist för den funktion som vi rekommenderar.

Det kan samtidigt konstateras att Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet. I myndighetens instruktion regleras bland

annat uppgifter som rör statlig styrning med kunskap[114] och att myndigheten ska följa, stödja och främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården när det gäller

1. tillgänglighet, väntetider och vårdkapacitet,
2. en god och nära vård med fokus på primärvården,
3. patientsäkerhet, och
4. kompetensförsörjning.

Vidare har regeringen genom såväl en instruktionsändring som flera olika uppdrag uttryckt ett ökat fokus på Socialstyrelsens uppdrag att arbeta verksamhetsnära och stödja hälso- och sjukvårdshuvudmännen i utvecklingen av hälso- och sjukvården. I detta sammanhang är det avgörande att myndigheten även bygger upp en kompetens och aktivt kan ge ett stöd i frågor som rör den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården, inklusive den ekonomiska styrningen. Mot denna bakgrund bedömer vi sammantaget att uppgiften att stå värd för den nya funktionen bör läggas på Socialstyrelsen.

Utformningen av funktionen

I den vidare utformningen och uppbyggnaden av funktionen bedömer vi att följande aspekter särskilt bör beaktas:

1. Ersättningar och avgifter är två områden som skiljer sig åt på flera sätt. Inom dessa finns det sedan en mängd olika delområden som kräver olika angreppssätt och olika uppsättningar principer. För att uppnå en effektiv styrning bör det inom funktionen upprättas två olika ”arbetsflöden” (ersättningar respektive avgifter).
2. För dessa två arbetsflöden behöver myndigheten sedan utarbeta prioriteringsordningar för i vilken ordning funktionen ska ta sig an olika delområden. Här kan man tänka sig olika angreppssätt:
   – Att börja med områden där det redan finns en relativt hög nivå av statlig styrning men även utmaningar kopplade till variationer i ersättningar och avgifter, som nationell högspecialiserad vård och rättspsykiatrisk vård.

[114] Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen 3 och 4 §§.

- Att börja med områden som berör ett stort antal patienter eller vårdtillfällen, som avgifter i primärvård eller för hjälpmedel.
- Att utgå från de områden där det bedöms finnas störst vinster i en stärkt samordning. Ett sådant exempel skulle kunna vara frågor om ersättningar och avgifter kopplade till digital utomlänsvård eller kopplat till nationell vårdförmedling.
- Att utgå från systemet för kunskapsstyrning och dess prioriterade områden.

3. För varje område funktionen överväger att ta sig an och utveckla nationella principer för blir det centralt att inledningsvis beakta om ifall det finns problem relaterat till just ersättningar och avgifter, eller om det snarare är andra aspekter som behöver åtgärdas för att komma till rätta med upplevda problem.
4. Med utgångspunkt i de olika områden och uppgifter som funktionen tar sig an behöver funktionen knyta till sig relevanta kompetenser som exempelvis hälsoekonomer och personer med nationalekonomisk kompetens. Funktionen bör även utveckla kontakter och samarbeten med forskare inom berörda områden och olika relevanta nätverk. Företrädare för privata utförare som utför offentligt finansierad vård behöver involveras i arbetet.
5. När det gäller uppgiften att följa upp olika modeller och deras effekter blir det centralt att denna uppföljning redovisas på ett sätt så att den kan användas för att
   - återkoppla till regioner och bidra till ett systematiskt lärande, på såväl regional som nationell nivå,
   - identifiera behov av vidare utredning, lagstiftning samt forskning och utveckling,
   - utveckla nationella principer, som får normativ innebörd.
6. Funktionen bör i första hand vara lärande och rådgivande. Med hjälp av den kontinuerliga uppföljningen som utförs kommer det att visa sig om de principer funktionen rekommenderar får genomslag eller inte. Om förväntad samordning och utveckling uteblir kan underlaget ligga till grund för regeringens beslut att initiera starkare normering, såsom lagstiftning.

I ett nästa steg bör staten överväga hur kommunerna kan inkluderas i funktionens arbete.

Några utgångspunkter för funktionens arbete

När funktionen är upprättad och ska ta sig an sina uppgifter bedömer vi att följande principer bör fungera som utgångspunkter för arbetet med ersättningar och avgifter.

Liksom övriga hälso- och sjukvården bör funktionen ta sin utgångspunkt i **HSL:s portalparagraf** samt bestämmelsen om att offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.[115] Vidare bör funktionen beakta att för att uppnå målet om vård på lika villkor kan det i utformningen av modeller för ersättningar och avgifter krävas **särskild hänsyn till olika gruppers behov av och tillgång till vård**. Det kan till exempel handla om att högre ersättningar går till enheter som har patienter med större vårdbehov eller att patientavgifter differentieras för att bidra till jämlik tillgång till vård.

Nationella principer för ersättningar och avgifter bör vidare utformas på ett sätt som uppnår en **balans i styrningen mot hög kontinuitet respektive god tillgänglighet**. Dessa dimensioner är båda centrala i utformningen av god hälso- och sjukvård och står delvis i konflikt med varandra. Det går inte att uppnå maximal kontinuitet[116] och maximal tillgänglighet samtidigt. I praktiken är tillgänglighet i dag ofta tydligt mätt och sanktionerad. Kontinuitet är svårare att definiera, mäta och följa upp, och tenderar att inte få samma tydliga fokus i styrningen av hälso- och sjukvården. Det riskerar leda till att systemet prioriterar det som är lätt att mäta, och prioriterar kortsiktiga lösningar som ger snabb tillgång framför sådant som ger bättre långsiktig effektivitet. En god balans förutsätter att tillgänglighet och kontinuitet definieras utifrån patienternas behov och vårdens uppdrag.

När det gäller utformningar av ersättningsmodeller så bör dessa som utgångspunkt premiera såväl **samverkan** mellan olika delar av systemet som **innovation och utveckling**. Styrningen bör dock

[115] 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § HSL.
[116] I detta sammanhang avses främst relationell kontinuitet. För beskrivning av olika former av kontinuitet se avsnitt 12.1.1.

som utgångspunkt vara teknikneutral och inte ta sikte på enskilda tekniska lösningar eller verktyg.

I utformandet av ersättningsmodeller bör funktionen undvika olika ersättningar för en jämförbar vårdtjänst till inom- och utomlänspatienter. När en nationell listningstjänst för val av vårdcentral finns tillgänglig[117] bör en modell utvecklas för hur kapiteringsersättning i primärvården kan betalas till vårdcentraler även för utomlänspatienter som listar sig där.

I uppföljningen av olika ersättningsmodeller är det centralt att fokusera inte bara på avsikterna bakom utformningen utan även dess faktiska utfall och föröka dra lärdomar av det. Om man tar exemplet med en kapiteringsersättning som riskjusteras utifrån vårdbehov så har den goda intentioner, men det är inte självklart att de extra medel som faller ut går till de som har störst behov.

14.8.2 Enhetliga avgifter stärker principen om vård på lika villkor

Bedömning

Regionerna bör enas om enhetliga avgifter inom hälso- och sjukvården. Detta bör ske med utgångspunkt i målet om vård på lika villkor. Funktionen för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården bör ta fram förslag på storleken på avgifterna.

Enhetliga avgifter bör till en början införas för medicinska bedömningar i primärvården. Dessa bör gälla oavsett hur bedömningen förmedlas, av vilken profession och om det är en inom- eller utomlänskontakt. Regionerna bör överväga hur utformningen kan premiera kontinuitet på den eller de enheter där patienten är listad eller har andra långvariga kontakter.

Regeringen bör tillsätta en utredning om hur kostnader kopplade till hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning kan införlivas i ett högkostnadsskydd. Vidare bör avgifter för hjälpmedel vara ett prioriterat område för den nya funktionen för nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården.

[117] Jfr uppdrag till E-hälsomyndigheten att utveckla en nationell listningstjänst i primärvården (S2026/00990).

Skälen för utredningens bedömning

Regionerna bör enas om enhetliga avgifter inom hälso- och sjukvården

Frågan om enhetliga patientavgifter berör centrala dimensioner av hälso- och sjukvårdens styrning, som jämlik tillgång till vård, kommunalt självstyre och möjlighet till lokal anpassning. Forskningsläget om olika avgifters effekt på vårdsökande och tillgång till vård är inte entydigt, och mycket forskning är gjord i andra kontexter än svensk hälso- och sjukvård. Det finns dock starka indikationer på att ökade egenavgifter för vårdbesök minskar efterfrågan på vård i öppen vård, även om denna effekt slår ojämnt i befolkningen beroende på bland annat betalningsförmåga. I svensk kontext vet vi även att exempelvis personer med sämre hälsa och lägre utbildningsnivå i högre grad avstår från vård på grund av kostnaderna (se avsnitt 14.4.1). Uteblivna besök riskerar att på sikt leda till mer ohälsa för individen och potentiellt högre kostnader för hälso- och sjukvården och samhället. Uteblivna besök är också ett logistiskt problem för vården som resulterar i lägre kostnadseffektivitet.

Enhetliga avgifter bedöms ha potential att bidra till att stärka jämlikheten i tillgång till vård samt öka transparensen och förutsägbarheten för patienter. Enhetliga avgifter skulle göra systemet enklare att förstå och navigera. Enhetliga avgifter bedöms vidare kunna medföra förenklad administration i samband med utomlänsvård. På så vis kan det också bidra till att underlätta genomförandet av nationella reformer, som nationell vårdförmedling. Stora variationer i avgifter skapar i stället otydlighet och ojämlikhet för patienter.

Gemensamma nationella avgiftsmodeller innebär samtidigt att regionernas handlingsutrymme minskar, särskilt vad gäller ekonomisk anpassning och möjligheten att använda avgifter som styrinstrument. Därför kan införande av enhetliga avgifter också medföra behov av alternativa finansieringslösningar, särskilt för regioner med svag ekonomi. Exempel på sådana lösningar skulle kunna vara statliga medel till regioner som riskerar att förlora intäkter på enhetliga avgiftsmodeller eller att regionerna justerar i sina egna budgetar eller ersättningsmodeller för området, exempelvis genom mindre ersättning till utförarna i något avseende.

Oavsett vilken nivå respektive region har på avgifter i den öppna vården så gäller högkostnadsskyddet för patienter i hela landet. Vi vet också att det är en relativt liten andel patienter som står för majori-

teten av kostnaderna i vården, eftersom de har behov av flera olika vårdkontakter. Dessa personer kommer att uppnå högkostnadsskyddet oavsett vad det är för nivå på avgiften. Det finns därmed en begränsning för hur stora intäkter regionerna kan få in via patientavgifter. Det reflekteras i det faktum att patientavgifter står för en relativt liten del av finansieringen av hälso- och sjukvården i Sverige.

Sammanfattningsvis bedömer vi det som orimligt att patientavgifter för samma typ av tjänst skiljer hundratals kronor mellan olika regioner. Det är särskilt bekymmersamt ur ett patient- och jämlikhetsperspektiv. Med utgångspunkt i HSL:s mål om vård på lika villkor bedömer därför utredningen att regionerna bör arbeta fram och enas om enhetliga avgifter inom hälso- och sjukvården. Den funktion som vi bedömer bör inrättas (se avsnitt 14.8.1) bör få i uppdrag att arbeta fram förslag på enhetliga nivåer.

En enhetlig avgift för medicinska bedömningar i primärvården

Vi bedömer att regionerna inledningsvis bör införa enhetliga avgifter för medicinska bedömningar i primärvården, oavsett hur bedömningen förmedlas, av vilken profession och om det är en inom- eller utomlänskontakt.

Primärvården är den första vårdnivån och ska utgöra basen och navet i hälso- och sjukvården. Det är där de flesta vårdbehov tas om hand. En enhetlig och relativt låg nivå på avgifter i primärvården bedöms kunna bidra till en stärkt jämlikhet i tillgång till vård. Det skulle också göra det enklare att informera patienter om vilka villkor som gäller. Givet att primärvården står för en så stor andel av besöken i hälso- och sjukvården är det rimligt att regionerna tar sig an detta område först. Det är också ett område där man redan har enats om en gemensam avgift för digitala utomlänsbesök, på primärvårdsnivå.

I betänkandet Digifysiskt vårdval föreslogs en ny lagreglering om att avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystemet, där patienten är listad, ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor. Vi anser att detta förslag kan tjäna som en användbar utgångspunkt för funktionens arbete med att ta fram förslag på enhetliga avgifter för primärvården.

Vi bedömer att det bör vara patientens behov som utgör grund för vilken typ av kontakt som efterfrågas och bokas in, inte vilken profession, region eller vilket kontaktsätt som är billigast att få hjälp via. Vi anser också att avgiften bör gälla alla relevanta delar av den regionala primärvården, det vill säga inte bara vårdcentraler utan även enheter som på grund av hur regionerna valt att organisera sin primärvård kan utgöra egna organisationer. Det kan till exempel handla om rehabiliteringsmottagningar på primärvårdsnivå, barna- och mödravårdscentraler eller läkare och fysioterapeuter som verkar på den nationella taxan.[118]

Regionerna bör överväga hur utformningen kan premiera kontinuitet på den eller de enheter där patienten är listad eller har andra långvariga kontakter (exempelvis en mottagning för primärvårdsrehabilitering när sådana ej är inkluderade i vårdcentralens uppdrag).

Oklart läge och stora variationer när det gäller avgifter för hjälpmedel

Utifrån en ambition om mer enhetliga avgifter så ser vi att hjälpmedel är ytterligare ett centralt område att ta sig an. Olika utredningar har de senaste 35 åren pekat på stora variationer i de avgifter som tas ut och också lämnat förslag för att åtgärda detta.[119] I nuläget är det dock ett område med oklar styrning och fortsatt stora variationer.

Regioner och kommuners ansvar att som huvudmän för hälso- och sjukvård erbjuda hjälpmedel regleras i HSL.[120] Av PL framgår att när det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.[121]

Regioner och kommuner bestämmer själva vilka hjälpmedel de ska köpa in och erbjuda, vilket innebär att sortimentet varierar över landet.[122] De bestämmer även om och i så fall vilka avgifter som tas ut för hjälpmedel. Olika typer av avgifter kan tas ut i samband med förskrivning av hjälpmedel. Det handlar dels om besöksavgifter i sam-

[118] Dvs. som verkar enligt lagen om läkarvårdsersättning (1993:1651), LOL och lagen om ersättning för fysioterapi (1993:1652), LOF.
[119] Jfr SOU 1989:39, SOU 1995:35, SOU 2004:68, SOU 2017:43.
[120] 8 kap. 7 §, 12 kap. 5 § och 14 kap. 3 § HSL.
[121] 7 kap. 2 § PL.
[122] SOU 2017:43, s. 72.

band med bedömning, förskrivning, utprovning och uppföljning av hjälpmedel, dels om hjälpmedelsavgifter som är kopplade till ett specifikt hjälpmedel. Utöver det finns även serviceavgifter som avser reparationer med mera. Det finns dock ingen enhetlighet i fråga om avgiftens storlek eller hur de tas ut. Variationen innebär att personer i olika delar av landet med samma behov av hjälpmedel, kan få hjälpmedel på olika ekonomiska villkor.

Kostnader för hjälpmedel bör omfattas av högkostnadsskydd

För att skapa en mer jämlik tillgång till hjälpmedel och undvika att patienter behöver avstå hjälpmedel på grund av kostnader bedömer vi att regeringen bör tillsätta en utredning om hur kostnaderna[123] för hjälpmedel på ett ändamålsenligt sätt kan införlivas i ett högkostnadsskydd. Vidare bör avgifter för hjälpmedlen vara ett prioriterat område för den nya funktionen för nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården.

Det finns stora – och ur såväl medicinskt som patientperspektiv omotiverade – skillnader i vilka avgifter som tas ut kopplat till hjälpmedel (se avsnitt 14.4.3). Det framstår också som motsägelsefullt att regioner anser sig kunna ta ut hjälpmedelsavgifter med stöd av HSL:s bestämmelse om vårdavgifter samtidigt som praxis i tillämpningen av högkostnadsskyddet i regionernas öppna vård är att det inte omfattar avgifter för hjälpmedel.[124]

Enligt Socialstyrelsens statistik fick 624 906 personer hjälpmedel förskrivna 2024. Den absoluta merparten av dessa förskrevs till personer som var 65 år eller äldre.[125] År 2015 var antalet personer 65 år och äldre i Sverige drygt 1,9 miljoner och 2025 var motsvarande siffra cirka 2,2 miljoner. Antalet äldre personer är prognosticerat att fortsätta öka och därmed kan också behoven av hjälpmedel förväntas öka. En likvärdig tillgång till hjälpmedel bör ses som en angelägen samhällsfråga.

En utredning bör därför få i uppdrag att analysera hur det ser ut med förskrivning och avgifter för hjälpmedel i regioner och kommuner i dag samt lämna förslag på hur kostnaderna för hjälpmedel

[123] Med kostnader avses här både avgifter för besök kopplade till hjälpmedel och andra typer av kostnader som kan tas ut kopplat till hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning.
[124] SOU 2017:43, s. 399 f.
[125] Socialstyrelsen, *Statistik om hjälpmedel 2024 och kostnader 2025*, 2025.

på ett funktionellt sätt kan införlivas i ett högkostnadsskydd. Det kan inte förutsättas att enbart regionernas avgifter bör ingå i ett sådant skydd. Utredningen bör därför titta förutsättningslöst på avgifter i samband med hjälpmedelsförskrivning i såväl regioner som kommuner.

Utöver detta bedömer vi att den funktion vi föreslår i avsnitt 14.8.1 bör prioritera att ta sig an frågan om avgifter för hjälpmedel. Ett sådant arbete är inte beroende av, och behöver inte heller invänta, en statlig utredning. Däremot kan funktionens arbete på det området potentiellt också utgöra inspel och underlag till en statlig utredning.

14.8.3 Ersättning av kringkostnader vid nationell vårdförmedling

Bedömning

Socialstyrelsens pågående utredningsarbete kring en modell för att kompensera kringkostnader, för patienter och medföljande, vid nationell vårdförmedling bör slutföras som planerat.

Skälen för utredningens bedömning

Socialstyrelsen har ett pågående arbete om kringkostnader

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten har ett pågående uppdrag att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling (se avsnitt 4.3, 10.6 och 14.5). Som en del av detta arbete har Socialstyrelsen påbörjat arbetet med att analysera kringkostnader vid nationell vårdförmedling. Resultaten så långt visar att regionerna har olika arbetssätt och kostnadsnivåer för att ersätta patienter för sådana kostnader. Dessa skillnader kan både påverka regionernas förutsättningar att erbjuda nationell vårdförmedling och patienters möjlighet att tacka ja till ett erbjudande.[126]

I en rapport från mars 2025 beräknade Socialstyrelsen att arbetet med att utreda införandet av en modell för att kompensera resekostnaderna vid nationell vårdförmedling skulle ta 1–2 år.

[126] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling Delredovisning*, 2026, s. 35.

Utredningen bedömer att Socialstyrelsen är mest lämplig att utarbeta förslag på en modell för hur kringkostnader för patienter och medföljande bör ersättas vid nationell vårdförmedling.

Bedömningar för Socialstyrelsens fortsatta arbete

Kringkostnader ska inte förhindra någon att ta del av den vård man har behov av och rätt till. System för ersättning av kringkostnader i samband med vård som ges på annan ort behövs inte bara vid nationell vårdförmedling. Socialstyrelsens pågående arbete bör även beakta andra situationer som kräver att patienter får sin vård på annan ort, som till exempel nationell högspecialiserad vård.

En utgångspunkt bör vara att patienten inte ska behöva lägga ut pengar för merkostnader som uppstår då vård ges på annan plats än hemorten. Sådana kostnader kan uppstå både vid resor inom och utanför den egna regionen.

För att de modeller myndigheten tar fram ska bidra till en behovsstyrd vård kan det behövas olika ersättningar beroende på behovet av och omfattningen av den vård det handlar om. Kanske är det till exempel inte lika rimligt i alla situationer, eller för alla personer, att få ersättning även för medföljandes kringkostnader. Vidare behöver patientens specifika behov och ingreppets natur beaktas vid val av färdsätt samt behov av övernattning. För att skapa ett rättvist och rättssäkert system behöver detta regleras i en transparent modell med olika kategorier av ersättningar. För att det ska bli en jämlik vård ur ett patientperspektiv behöver kringkostnader ersättas på samma sätt av samtliga regioner. Den funktion vi lyfter fram i bedömningen i avsnitt 14.8.1 kan förslagsvis användas för att enas om gemensamma principer och modeller för kostnader i samband med vård på annan plats än hemorten. I utarbetandet behöver man även beakta risker kopplade till välfärdsbrott.

Vad gäller finansieringen av kringkostnader för patienter och medföljande så bör fördelningen av ansvar mellan regionerna och staten noga beaktas i det fortsatta arbetet. I grunden ansvarar regionerna för att erbjuda den hälso- och sjukvård det är frågan om. Om en region inte kan erbjuda specialiserad vård inom vårdgarantins tidsgränser ska den se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Samtidigt har regionerna delvis

olika förutsättningar att erbjuda all vård inom den egna regionen. Infrastruktur, avstånd och tillgång till olika alternativa sätt att resa varierar också över landet och kan påverka kostnader för resor. Enligt Socialstyrelsen styrs dessutom regionernas drivkrafter för att erbjuda patienter vård hos en annan vårdgivare i hög grad av om detta uppfattas vara ett kostsamt eller lönsamt alternativ. För att styra mot en jämlik och behovsstyrd vård kan det därför finnas anledning för staten att bidra till finansiering av kringkostnader för patienter och medföljande.

14.8.4 Regionerna ska erbjuda möjlighet till distanskontakt

Förslag

En definition av termen distanskontakt införs i HSL. Med distanskontakt avses en patients kontakt med hälso- och sjukvården där hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten är rumsligt åtskilda och de använder informations- och kommunikationsteknologi för att kommunicera med varandra.

Regionen ska erbjuda den som omfattas av 8 kap. 1 eller 2 § HSL möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten får avstå sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.

Två nya bestämmelser införs, 2 kap. 7 a § och 8 kap. 2 b § HSL.

Skälen för utredningens förslag

Distanskontakter spelar en allt större roll inom hälso- och sjukvården

Distanskontakter inom hälso- och sjukvården är inte en ny företeelse men den tekniska utvecklingen har de senaste åren gett nya möjligheter till utveckling. Ny informations- och kommunikationsteknologi, som digitala verktyg, har till exempel skapat möjlighet att utföra mer hälso- och sjukvård på distans än vad som var möjligt när detta främst skedde genom telefonkontakt.

Olika lösningar för digital vård och uppföljning samt egenmonitorering är i dag viktiga verktyg i såväl huvudmännens som olika vårdgivares arbete med att uppnå en effektiv, tillgänglig, personcentrerad

och behovsstyrd vård. De utgör en betydelsefull del av hälso- och sjukvården och har potential att kunna spela en ännu större roll framöver. Detta gäller inte minst i glesbygd, där tillgången på fysisk vård kan vara särskilt utmanande. Medvetenheten om att digital vård och andra typer av distanskontakter är ett av flera verktyg för att nå målen för hälso- och sjukvården är central. De har inget egenvärde i sig. Den samlade styrningen av hälso- och sjukvården behöver utgå från denna grundläggande princip.

En definition av distanskontakt införs

Vård på distans förekommer i dag i en omfattning som inte har beaktats i utformningen av merparten av nuvarande regelverk för hälso- och sjukvården (se avsnitt 14.8.5). För att kunna erbjuda en jämlik, behovsstyrd, sammanhållen och kostnadseffektiv vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården som helhet behövs nu viss särskild reglering av vård som sker på distans.

En förutsättning för att kunna införa sådan reglering är att det går att beskriva vilken vård som regleringen ska träffa. Vi bedömer att en definition bör regleras i lag. I likhet med förslaget i departementspromemorian Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27) anser vi att termen distanskontakt är den som bör användas och definieras. Vi föreslår att distanskontakt ska definieras i HSL som en patients kontakt med hälso- och sjukvården där hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten är rumsligt åtskilda och de använder informations – och kommunikationsteknologi för att kommunicera med varandra.

Till skillnad från termer som ”digital vård” eller ”digital vårdkontakt” är ”distanskontakt” i sig en teknikneutral term, vilket är önskvärt för att undvika att termen blir inaktuell när nya metoder för patienters kontakt med vården utvecklas. Vår definition av termen förtydligar samtidigt att kontakten ska ske genom någon form av informations- och kommunikationsteknologi. Även med denna avgränsning rymmer termen flera sätt att kommunicera med patienten på distans, som telefonkontakt, skriftlig kommunikation (olika typer av chattar) och videosamtal. Beroende på den pågående teknikutvecklingen är det troligt att termen över tid kan komma att avse ytterligare kommunikationsvägar.

Vår föreslagna definition skiljer sig i vissa avseenden från förslaget i Ds 2023:27. Enligt det förslaget skulle en distanskontakt definieras som en ”vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda”, i enlighet med Socialstyrelsens termbank. Remissvaren på Ds 2023:27 var generellt positiva till den föreslagna definitionen men hade synpunkter på dess utformning. Flera ansåg att begränsningen till öppen vård borde tas bort.

I dag kan även viss sluten vård ges i hemmet. Vidare kan patienter ha permission under tiden som de är intagna för sluten vård och då kan distanskontakter vara lämpliga. För att inte oavsiktligt förhindra omställningen mot en mer nära vård bedömer utredningen att definitionen bör omfatta både sluten och öppen vård.

I ett remissvar till Ds 2023:27 lyftes frågan om det fanns en risk att begränsa definitionen till att bara gälla rumslig åtskillnad, och inte även uttryckligen inkludera en tidsmässig åtskillnad. Med anledning av detta önskar utredningen förtydliga att med vår föreslagna formulering omfattas såväl distanskontakter som sker i realtid (synkront) som med fördröjning (asynkront). Om kontakten sker synkront (till exempel ett videomöte eller telefonsamtal) eller asynkront (till exempel via en chat) är inte avgörande för om det utgör en distanskontakt. Det som definierar distanskontakten är framför allt den rumsliga åtskillnaden. Därför är enbart den aspekten en del av den föreslagna definitionen. Det sista ledet i definitionen visar samtidigt att det krävs något mer än enbart rumslig åtskillnad mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Definitionen avser kontakter där informations – och kommunikationsteknologi används för kommunikationen mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Det vill säga ett fysiskt brev kan exempelvis inte kvalificera sig som en distanskontakt.

Till skillnad från Socialstyrelsen använder vi den mer generella termen ”kontakt” och inte termen ”vårdkontakt”. En vårdkontakt är enligt Socialstyrelsens termbank en ”kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal *då hälso- och sjukvård utförs*”. Varken vårdkontakt eller kontakt är definierade i HSL.

Även om de lagförslag vi lämnar i detta betänkande handlar om situationer där vård ges genom distanskontakt anser vi att definitionen av distanskontakt inte ska begränsas till kontakter där hälso- och sjukvård utförs. För att definitionen ska bli så användbar som möjligt även för framtida reglering bör även kontakter av mer admi-

nistrativ karaktär omfattas. Vår definition använder därför termen ”kontakt” för att undvika eventuella missförstånd om detta. Förutom ett vårdmöte kan en kontakt exempelvis handla om att boka in ett möte eller om informationsinhämtning inför ett kommande möte eller vårdtillfälle.

Vår definition av distanskontakt visar också på att det handlar om en kontakt ”där *hälso- och sjukvårdspersonal* och patient är rumsligt åtskilda”. Definitionen omfattar därmed inte en potentiell situation där en teknisk lösning, till exempel en AI, har en direktkontakt med patient. Det är situationer där det i dag ännu inte finns ett tydligt regelverk och vår bestämmelse kan därmed inte föregå detta.

Regionernas ansvar att erbjuda en lätt tillgänglig och nära vård

Regionerna ska erbjuda en god vård. Det innebär bland annat att vården ska vara lätt tillgänglig, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.[127]

HSL reglerar även att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.[128] I propositionen som låg bakom införandet av denna bestämmelse förde regeringen bland annat fram att vården även i fortsättningen i första hand ska finnas fysiskt nära patienterna. I allt större utsträckning kommer dock vården framöver att ges via olika tekniska lösningar. Målsättningen är att åstadkomma en större flexibilitet, där patientens behov med större individuell utformning och anpassning kan mötas av vården.[129] Bestämmelsen innebär att vårdcentraler och andra vårdenheter geografiskt sett ska finnas nära människor, men även att huvudmannen ska sträva efter att öka användningen av tekniska lösningar inom olika vårdformer, till exempel genom att göra det möjligt för patienten att, i de fall detta är lämpligt och möjligt, få hjälp i sitt eget hem via dator eller mobiltelefon eller på annat sätt. Regeringen konstaterade att det var mest aktuellt med digital och virtuell vård i fall av mindre komplex karaktär, som vid lättare åkommor, uppföljning, monitorering och återbesök. Regeringen konstaterade

[127] 5 kap. 1 § HSL.
[128] 7 kap. 2 a § HSL.
[129] Prop. 2017/18:83, s. 22.

samtidigt att med den tekniska utvecklingen kan detta komma att förändras, till exempel vad gäller diagnostik.[130]

När primärvårdens grunduppdrag slogs fast i HSL skrevs det in att det i uppdraget ingår att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska se till att vården är lätt tillgänglig.[131] I den bakomliggande propositionen gjorde regeringen bland annat bedömningen att hälso- och sjukvården kan vara lätt tillgänglig genom att den möjliggör digitala möten eller andra icke-fysiska sätt för patienten att kommunicera med och möta vården.[132]

Tillgång till vård genom distanskontakter är en central del av hälso- och sjukvården

Använda på rätt sätt, och i enlighet med patienternas önskemål och individuella förutsättningar, är distanskontakter en central del i att tillhandahålla en effektiv, tillgänglig, personcentrerad och behovsstyrd vård. I takt med att samhället i sin helhet blir alltmer digitaliserat och det finns möjlighet att få tillgång till allt fler tjänster på distans finns en förväntan från befolkningen om att detta ska fungera även inom hälso- och sjukvården. Att kunna möta de förväntningarna är en viktig del i att behålla eller öka förtroendet för hälso- och sjukvården.

Covid-19-pandemin och den snabba framväxten av digitala aktörer som verkar på den digitala utomlänstaxan har bidragit till en påskyndad digitalisering i vården. Det gäller även den hälso- och sjukvård som utförs i regionernas egen regi och alla regioner erbjuder i dag, i olika format och utsträckning, möjligheter till digitala distanstjänster.

Detta reflekteras bland annat i regionernas förfrågningsunderlag för primärvården. De ställer till exempel krav på att vårdgivarna ska erbjuda både fysisk och digital närvaro. Invånarna ska erbjudas digitala kontaktvägar, till exempel möjligheten att delta i videobesök, kommunicera via chattfunktion, förnya recept, fylla i formulär med mera. Den digitala vården ska vara väl integrerad med den fysiska.[133] Distanskontakter ska vara lika naturliga delar av vårdutbudet, som

[130] Ibid. s. 46.
[131] 13 a kap. 1 § 2 HSL.
[132] Prop. 2019/20:164, s. 79.
[133] Se till exempel Region Norrbotten, *Beställning Vårdval Primärvård 2026 Huvudbok* och Region Sörmland, *Regelbok för vårdval vårdcentral i Region Sörmland 2026*, 2025.

ett fysiskt besök på en mottagning, där så bedöms vara möjligt. Detta ska ske utan risk för försämrad kvalitet eller patientsäkerhet.[134] Digitaliseringens möjligheter ska alltid beaktas genom principen digitalt när det går, fysiskt när det behövs.[135] Region Östergötland ställer bland annat krav på att leverantörer av primärvård aktivt ska följa utvecklingen av nya tjänster inom 1177 e-tjänster och erbjuda minst basutbudet. Under 2026 kommer regionen återinföra 1177 Direkt[136] som digital ingång för regionens invånare. Leverantören ska kunna ta emot och lämna ifrån sig ärenden via 1177 Direkt.[137] Även Region Jönköping och Region Örebro ställer krav på att leverantören ska erbjuda invånarna digitala vårdmöten i form att chatt och videosamtal via 1177 Direkt.[138] Denna utveckling av digital vård och andra distanskontakter behöver fortsätta och även stödjas på ett ansvarsfullt sätt.

Det förtydligas att regionerna ska erbjuda möjlighet till distanskontakt

Vi föreslår en ny bestämmelse som tydliggör att regionen ska erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten ska ha möjlighet att avstå ett sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.

Bestämmelsen tydliggör att patienter som har förmåga och önskan att kunna nyttja distanskontakter ska inte behöva ta sig till en fysisk mottagning för sådant som inte ur ett medicinskt perspektiv kräver ett fysiskt möte. Tillgången till vård som utförs genom distanskontakt ska inte heller variera på ett orimligt sätt beroende på var i landet man bor eller får sin vård. Det gäller såväl öppen vård som sluten vård, i den mån det är tillämpligt. De lösningar som erbjuds måste i vanlig ordning vara säkra ur såväl tekniskt som integritetsperspektiv.

Utformningen av vårt förslag skiljer sig i vissa avseenden från motsvarande förslag i Ds 2023:27. Där lämnades ett förslag om att

[134] Region Västmanland, *Regelbok Vårdval Vårdcentral 2026 – Vårduppdrag Västmanland*.
[135] Region Värmland, *Krav- och kvalitetsbok Vårdval Värmland*, 2025.
[136] 1177 Direkt är en tjänst där patienter kan söka digital vård och få tillgång till egenvårdsråd, digital medicinsk bedömning eller ett inbokat fysiskt vårdbesök vid behov. Nästan samtliga regioner har denna typ av lösning på ett eller annat sätt, men de underliggande plattformarna och hur de är utformade för patienten kan variera något.
[137] Region Östergötland, *Vårdval primärvård Regelbok för auktorisation 2026*.
[138] Region Jönköpings län, *Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län Regelbok 2026* och Region Örebro län, *Hälsoval Örebro län Krav- och kvalitetsbok Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva primärvård inom Region Örebro län*, 2025.

regioner ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt.

Flera remissvar på Ds 2023:27 hade synpunkter på att formuleringen styrde alltför hårt mot distanskontakt. Förslaget kunde tolkas som att distanskontakt ska vara huvudregeln, medan fysiska besök är ett andrahandsval som bara ska användas när det är nödvändigt. Flera remissvar önskade förtydliganden av att det är patienten som avgör om kontakten ska ske på distans eller på plats.

Genom formuleringen ”regionen ska erbjuda *möjlighet till* vård genom distanskontakt” så betonar vi att det är just en möjlighet som erbjuds. Normalt sett är avvägningen mellan fysisk vård och vård på distans ett beslut som tas av behandlingsansvarig profession i samråd med patienten utifrån patientens individuella situation. Valet att anta erbjudandet om vård genom distanskontakt eller inte ligger dock hos patienten. Om denne av någon anledning önskar ett fysiskt besök så ska det erbjudas, även om det som föranleder kontakten ur ett medicinskt perspektiv skulle kunna hanteras via en distanskontakt. Att bestämmelsen sedan anger att patienten får avstå ett erbjudande om distanskontakt och i så fall ska få vård på annat sätt visar på att det är patientens val. Med uttrycket ”annat sätt” avses som utgångspunkt en kontakt i form av ett fysiskt möte. En patient ska inte kunna nekas vård om den väljer att avstå från ett erbjudande om distanskontakt. Regionen är ytterst ansvarig för att erbjuda hälso- och sjukvård, och i det fallet blir regionen skyldig att tillhandahålla en fysisk kontakt. Patienter som inte har förmåga till distanskontakt, är otrygga vid användande av digitala tjänster eller föredrar fysisk vård ska kunna få ett fysiskt möte. Patienter som har behov av sjukresa till en fysisk mottagning får inte nekas detta med motivering att distanstjänst kan erbjudas. Samtidigt kan effekten bli att om patienten väljer att avstå ett erbjudande om vård genom distanskontakt, i ett fall där det är uppenbart att det skulle kunna vara funktionellt för patienten, så kan patienten få vänta något längre på ett fysiskt vårdtillfälle. Om det rör sig om situationer som omfattas av vårdgarantin skulle det då falla inom ramen för självvald väntan.

Bestämmelsen avgränsar de situationer där regionerna ska erbjuda vård genom distanskontakter till vård som ur ett medicinskt perspektiv är lämplig att ge på distans. Det vill säga situationer där vetenskap och beprövad erfarenhet visat att en distanskontakt för det aktuella behovet är både säker och likvärdig en fysisk kontakt, ur ett medi-

cinskt perspektiv. Ett exempel på område där det finns ett tydligt stöd i forskningen för att flera typer av behandlingar är minst lika effektiva när de ges på distans är psykologisk behandling.

Utredningen vill också framhålla behovet av att digitala vårdtjänster utformas på ett sätt som inte utestänger olika grupper från möjligheten att ta del av tjänsterna. Då är samskapande (co-design) med personer och patientgrupper ett användbart angreppssätt.

Regionerna fastställer vilka typer av vårdbehov som omfattas

Regionerna kommer regelbundet behöva fastställa vilka typer av vårdbehov som omfattas. Nästa steg blir därefter att se till att det finns tekniska och kunskapsmässiga förutsättningar hos utförare att erbjuda sådan vård genom distanskontakt. Krav på detta behöver exempelvis reflekteras i regionernas förfrågningsunderlag för vård som upphandlas. De enskilda vårdgivarna behöver sedan leva upp till detta i förhållande till patienterna.

Ansvaret att erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt ska omfatta de grupper som regionen ansvarar för enligt 1 och 2 § 8 kap. HSL. Ansvaret omfattar inte dem som regionen har ansvar för enligt 8 kap. 3 § HSL, det vill säga personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Genom att knyta ansvaret att tillhandahålla distanskontakter till regionens ansvar enligt 8 kap. 1 § HSL så vill utredningen framhålla vikten av att tjänster via distanskontakter utformas på ett sätt så att de kan utgöra en integrerad del av patientens sammantagna vårdkedja. För den stora majoriteten utgår den från hälso- och sjukvården i den region där patienten är bosatt eller vistas. Genom att även inkludera dem som omfattas av ansvaret enligt 8 kap. 2 § respekteras samtidigt behovet av likabehandling i vård för dessa grupper.

Utredningen vill också betona vikten av att sträva efter god relationell kontinuitet i såväl distanskontakter som vid fysiska kontakter. Kontinuitet i relationer mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är centralt för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Bättre tillgång till distanskontakter kan exempelvis ge utökade möjligheter för patienter att få kontakt med sin fasta vård- eller läkarkontakt.

Distanskontakter kan också ge nya möjligheter för gemensamma möten mellan patienten och dennes fasta vårdkontakter i olika delar av systemet. Den kan till exempel ske genom att en primärvårdsläkare i samband med ett patientbesök, via distanskontakt, konsulterar en läkare inom den specialiserade vården kring patientens behov, eller vice versa.

Samtidigt är relationell kontinuitet inte lika viktigt i alla situationer och inte heller för alla personer. I vissa situationer är det utan tvekan viktigare med en snabb bedömning eller åtgärdande av vårdbehovet än att det är någon av patientens fasta kontakter som genomför dem. I dessa fall är dock informationskontinuitet fortsatt av stor vikt. För att möta vårdbehov snabbare i situationer som ej ställer krav på kontinuitet så skulle regionerna också kunna samordna, ”poola”, sina resurser på liknande sätt som görs av de nationellt verksamma digitala vårdgivarna. Det skulle kunna göras såväl inom en region eller sjukvårdsregion som nationellt.

14.8.5 Offentligt finansierad digital vård ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvården

Förslag

Patientens val av utförare av offentligt finansierad öppen och sluten vård ska inte omfatta all utomlänsvård. Patienten får utom hemregionen inte välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt.

Regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård omfattar inte vård som endast ges genom distanskontakt.

Ändringarna berör 9 kap. 1 § PL och 8 kap. 3 § HSL.

Bedömning

Regionerna bör besluta om förändringar i riksavtalet i det som gäller vård genom distanskontakter. Ett nytt krav bör införas om att distanskontakter för utomlänspatienter – inom såväl primärvård som specialiserad vård – ska föregås av minst en fysisk kontakt för samma behov för att vara ersättningsberättigade. Den

separata ersättningen för distanskontakter i primärvården bör utgå. Ersättningar för utomlänsvård som ges via distanskontakt, som en del av en digifysisk vård, bör ersättas av hemregionen i enlighet med det som gäller den aktuella tjänsten i vårdregionens kontrakt eller överenskommelse med utföraren.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

En betydande del av den offentligt finansierade digitala vården klassas och ersätts i dag som digital utomlänsvård på primärvårdsnivå. Den digitala vården hanteras därmed inom de resurser som avser primärvård, men utan möjligheter till styrning och kontroll på samma sätt som övrig primärvård.

Vi konstaterar att huvudmännen med nuvarande system blir betalningsskyldiga för en vård som de inte själva har beställt och inte heller på egen hand kan kontrollera omfattningen av eller följa upp. Detta eftersom de inte har något avtalsförhållande med utförarna. Det är problematiskt.

Konkurrensverket konstaterade redan 2022 att aktuellt system innebär att det inte råder konkurrens på lika villkor mellan vårdcentralerna i vårdvalssystemen och de privata digitala vårdgivarna som verkar med utomlänsersättning.[139]

Utredningen bedömer att nuvarande ersättningsmodell för den digitala utomlänsvården har kommit till en punkt där såväl regioner som digitala utförare upplever att systemet inte är funktionellt. Den bristande tilliten förhindrar nödvändig utveckling och konstruktiva samarbeten för att fullt ut använda potentialen med digitala vårdlösningar. Vidare finns det starka indikationer på att nuvarande system har lett till en oavsiktlig omfördelning av resurser från grupper med större behov till grupper med mindre behov. Våra förslag syftar till att åtgärda detta och skapa bättre förutsättningar för att systemets sammanlagda resurser fördelas utifrån behov och på ett kostnadseffektivt sätt.

Samtidigt vill vi med våra förslag bevara den geografiska valfrihet som var intentionen när patientlagen infördes, och som då avsåg fysisk vård. Det vill säga att en person som exempelvis pendlar till

[139] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022.

sitt arbete i en annan region, är student i annan region eller är bosatt nära gränsen till en annan region ska kunna välja en utförare i den regionen som ett alternativ till en utförare i sin hemregion.

Den digitala utomlänsvården hanteras utanför huvudmännens ordinarie styrning

Tillämpningen av befintliga regelverk för fri etableringsrätt i primärvården och fri rörlighet inom den öppna vården i kombination med riksavtalet för utomlänsvård[140] har bidragit till ett parallellt system för digital primärvård. Det systemet är frikopplat från styrningen av den reguljära digifysiska[141] primärvård som regioner ansvarar för och ersätter enligt andra principer.

Som både vi och tidigare utredningar har visat innebär detta att det finns en liten men växande del av den offentliga hälso- och sjukvården som är utom räckvidd för huvudmännens ordinarie styrning och därmed inte heller utgör en integrerad del i befintliga vårdkedjor. Som vi sett i avsnitt 14.6.2 har detta sammanfallit med en avsevärd ökning av digitala utomlänsbesök och regionernas kostnader för sådana besök.

Styckpris för utomlänsersättning och fast pris för övrig primärvård

Utomlänsersättningarna är generellt utformade som styckprisersättningar för olika typer av åtgärder. När den digitala utomlänsvården uppstod ersattes den först med samma summa som den för fysiska utomlänsbesök hos läkare i primärvården. Så småningom skapades dock ett eget spår för den digitala utomlänsvården i riksavtalet, men fortsatt med utformningen att ersättning ges per besök.

Ersättningsmodellerna i de regionala vårdvalsystemen för primärvård har, som framgår av avsnitt 14.3.1, i stället utformats så att de till övervägande del bygger på kapitering (det vill säga en fast ersättning per individ som är listad på den aktuella vårdcentralen). De bygger i relativt liten utsträckning på olika typer av rörliga ersättningar. Det är ett val som gjorts bland annat med syfte att styra mot ett helhetsansvar och sammanhängande digifysisk vård. Det avser

[140] Avser huvudsakligen bestämmelser i PL, HSL och LOV.
[141] Som kombinerar digital och fysisk närvaro.

även att styra i enlighet med principer om såväl att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården som att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

Behovet av att göra prioriteringar i enlighet med prioriteringsplattformen

I det parallella ersättningssystemet för den digitala utomlänsvården på primärvårdsnivå används i stället en modell med ersättning per besök och inte en fast ersättning i form av till exempel kapitering. Som vi sett i avsnitt 14.2.1 ger den typen av rörliga ersättningar incitament att producera mer av just det som ersätts. Rörliga ersättningar innebär också att den finansiella risken i högre grad ligger på finansiären – i detta fall regionerna – eftersom ersättningen till utförarna blir beroende av vilka volymer som produceras. Därför finns ett tydligt behov av en kompletterande styrning som inkluderar någon form av kostnadskontroll, exempelvis genom volym- eller pristak, men något sådant finns inte i ersättningssystemet för den digitala utomlänsvården.

Volymen digital utomlänsvård som utförs är i hög grad styrd av patienternas efterfrågan. Besöksersättningen kan vidare fungera som ett incitament att dela upp åtgärder som egentligen skulle kunna utföras samtidigt på flera olika besök. Sammantaget finns det en tydlig risk att nuvarande modell för digital utomlänsvård omfördelar resurser i hälso- och sjukvården på ett sätt som inte är förenligt med prioriteringsplattformen och att resurser bör fördelas efter behov.

I detta sammanhang är det viktigt att belysa skillnaden mellan behov och efterfrågan. I motsats till behov, som kan vara både omedvetna och icke uttryckta, är efterfrågan alltid uttryckt. Vård kan efterfrågas även om hälso- och sjukvården bedömer att det inte finns ett medicinskt behov av den. I propositionen där prioriteringsplattformen föreslogs konstaterade regeringen att behovs-solidaritetsprincipen kan komma i konflikt med efterfrågeprincipen. Att tillämpa efterfrågeprincipen som grund för prioriteringar kan innebära att individer med sämre förmåga att ta för sig kommer i kläm, vilket kan äventyra principen om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Regeringen

konstaterade att det inte går att bortse från människans egna önskningar helt, men dessa kan inte utgöra grund för prioriteringar.[142]

Beslut om vårdens resurser innebär att prioriteringar görs

Varje gång det fattas beslut om användning av resurser så görs en prioritering, ett val. Ett beslut om att använda hälso- och sjukvårdens resurser till ett visst ändamål innebär samtidigt att avstå från att använda dem till något annat. Vissa patienters behov av vård prioriteras framför andra patienters behov. Ofta handlar det om att någon ges vård tidigare än någon annan.[143]

Hög produktivitet anförs stundtals som ett argument för att vårdgivare som verkar med hjälp den digitala utomlänsersättningen är resurseffektiva. Produktivitet kan då till exempel mätas i form av hur många patienter en läkare kan ta emot under en viss tid. Att en verksamhet är maximalt produktiv är dock ointressant om det som verksamheten ägnar sig åt är av liten betydelse utifrån vårdens övergripande målsättningar eller om den använder resurser som gör att mer angelägen vård trängs undan.

Innebörden av behovs-solidaritetsprincipen i prioriteringsplattformen är att om prioriteringar måste *ske mellan effektiva åtgärder*, ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda. Detta innebär också ett ansvar att utreda och undersöka var de otillfredsställda behoven finns.[144] För att kunna styra och fördela vårdens resurser i linje med ovan räcker det inte att utgå enbart från produktivitet eller effektivitet för enskilda lösningar eller aktörer. Det behövs även ett systemperspektiv och en bedömning av eventuella undanträngningseffekter till följd av de val som görs.

Utifrån nuvarande evidensläge bedöms ofta digitala hälsoteknologier vara kostnadseffektiva. Det är dock inte samma sak som att vården sparar pengar tack vare den nya teknologin, utan innebär i regel att investeringarna är rimliga sett till de effekter, de hälsovinster, som kan förväntas uppstå för just den aktuella problematiken.[145]

[142] Prop. 1996/97:60, s. 23–24.
[143] Prop. 1996/97:60 s. 11.
[144] Ibid. s. 20–21.
[145] Ekman, B och Ellegård, LM, *Digitaliseringen av svensk vård och omsorg*, 2023, s. 47.

Om ny teknologi införs utan att nya resurser tillförs så blir det dock mindre resurser kvar till patienter i andra delar av vården, eftersom de uppkomna hälsovinsterna vanligen inte innebär att individer efterfrågar, behöver eller erbjuds mindre hälso- och sjukvård.[146] I fallet med den digitala utomlänsvården ser vi att även om de digitala teknikerna i sig är kostnadseffektiva så innebär systemets utformning att de resurser som finns inom regionernas primärvårdsbudgetar omfördelas från ordinarie primärvård till digital utomlänsvård. Detta sker utan att regionerna kan styra över hur denna omfördelning görs.

Ökad risk för undanträngningseffekter

För att respektera prioriteringsplattformen och behovs-solidaritetsprincipen behöver det alltså bevakas att eventuella besparingar och frigjorda resurser som uppstår på grund av digital vård går till patienterna med störst behov. Om användandet av en viss teknologi eller medicin för vissa tillstånd i stället leder till samma eller ökade utgifter behöver man på systemnivå se till att detta inte tränger undan högre prioriterad vård.

I detta sammanhang kan noteras att de personer som i Sverige använder sig av digitala teknologier för att få vård, till exempel via digital primärvård, hittills är yngre, mer välutbildade och har högre socioekonomisk standard än personer som utnyttjar traditionell primärvård genom fysiska besök.[147] Detta kan bero på att dessa grupper är så kallade early adopters av ny teknologi, och i så fall kan nyttjandet komma att sprida sig till andra delar av befolkningen på sikt. Om man tittar på samtliga besök som gjordes via underleverantörer i Sörmland under 2025 så framgår att i förhållande till befolkningsandel är patienter från Region Stockholm kraftigt överrepresenterade och patienter från exempelvis Region Dalarna och Region Västerbotten är underrepresenterade.[148]

Vi bedömer att nuvarande ersättningsmodell skapar incitament att bedriva vård på ett sätt som i högre grad styrs av ersättningslogik än av medicinska behov. Därigenom ökar risken för undanträngnings-

[146] Ibid. s. 49.
[147] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*, 2022.
[148] Region Sörmland, *Statistikpaket DVG 2025*, 2026.

effekter. Sammantaget finns det starka indikationer på att systemet har lett till en oavsiktlig och oönskad omfördelning av resurser från grupper med större behov till grupper med mindre behov.

Detta utesluter inte att det kan finnas vissa grupperingar och personer vars vårdbehov har blivit mer korrekt prioriterade och resurssatta tack vare tillgången till den digitala utomlänsvården. Ett sådant exempel kan vara tillgång till psykologtjänster på primärvårdsnivå, som ser väldigt olika ut på olika håll landet. Detta måste beaktas och hanteras i utvecklingen av ett alternativt system.

Även de som erbjuder digital utomlänsvård är missnöjda med nuvarande modell

Även privata aktörer som till stor del, eller enbart, erbjuder digital vård anser att nuvarande modell för ersättning av den digitala utomlänsvården inte längre är ändamålsenlig. Detta framkom vid utredningens dialogmöte med dessa aktörer. Flertalet menade att nuvarande system har haft en viktig roll i utvecklingen av den digitala vården i Sverige men att det inte längre är funktionellt. Bland annat framhöll aktörerna att det saknas tydliga definitioner och att samsynen brister kring vad aktörerna ska göra och ersättas för. Det har i sin tur lett till en många gånger infekterad diskussion och stora slitningar mellan regioner och privata utförare, vilket upplevs försvåra ett konstruktivt samarbete och vidareutveckling av den digitala vården.

Utredningen uppfattar att det finns en förståelse för att den perfekta ersättningsmodellen inte finns, men att aktörerna efterfrågar tydlighet, likvärdighet och förutsägbarhet i styrningen. Aktörerna framhöll också att det i dag finns digitala aktörer med många olika typer av vårderbjudanden och att det troligen finns behov av olika ersättningsmodeller för att uppnå en effektiv styrning. Någon menade att den digitala utomlänsvården sätter principen om vård efter behov ur spel med resultat att många patienter med relativt sett mindre behov ges mer resurser än flera av de kroniker som finns på en vanlig vårdcentral. Den aktören hade mot denna bakgrund avstått från möjligheten att använda sig av ersättningarna för digital utomlänsvård.

Nuvarande system behöver förändras

Utredningen bedömer att det i dag finns en bred enighet om att nuvarande system för digital utomlänsvård behöver förändras. Systemet är inte ändamålsenligt för att ge en behovsstyrd och effektiv vård och inte heller för att stimulera en fortsatt utveckling och innovation inom hälso- och sjukvården.

Den digitala utomlänsvården var inte föremål för övervägande i samband med införandet av den fria rörligheten i den öppna vården. Utredningen som låg bakom förslagen genomfördes åren 2011 och 2013 och själva lagstiftningen trädde i kraft den 1 januari 2015. Vid den tidpunkten fanns inte digital vård, i den betydelse vi i dag avser, som en etablerad företeelse i hälso- och sjukvården. Som vi sett i avsnitt 14.6 växte den fram först efter att patientlagen trätt i kraft. Vare sig ordet ”digital” eller ”distans” finns nämnt i den statliga utredning (SOU) som lade fram förslaget och inte heller i den proposition som låg till grund för riksdagens beslut om patientlagen.[149] I så väl betänkandets som propositionens konsekvensanalys beskrivs att det inte finns något som talar för ”att patienter, som en direkt följd av förslaget, i så mycket högre grad än vad som sker i dag kommer att resa till andra landsting i syfte att erhålla vård”.[150] Analyserna avser olika typer av fysiska vårdtillfällen i andra regioner. Som vi sett i avsnitt 14.6 har vi nu en situation där de digitala utomlänsbesöken ökat markant sedan 2016 och en situation som är problematisk på flera sätt.

Den nuvarande styrningsmodellen för digital utomlänsvård medför betydande svårigheter för regionerna att i sin huvudmannaroll se till att patienter får vård i rätt tid utifrån behov, på rätt vårdnivå, samtidigt som regionen ser till att vårdens resurser används så effektivt som möjligt. Det krävs därför förändringar i styrningen.

Förändringar i avgifter och ersättningsmodeller är inte tillräckligt för att uppnå en behovsstyrd vård

Vi bedömer att de problem som finns med dagens modell inte främst har att göra med nivån på ersättningar och avgifter för digital utomlänsvård. För att uppnå det uttalade syftet i våra direktiv så är det

[149] SOU 2013:2, prop. 2013/14:106.
[150] SOU 2013:2, s. 254, prop. 2013/14:106, s. 107.

därför inte tillräckligt att lämna förslag på justeringar av nuvarande ersättningar och avgifter. Själva utformningen av ersättningssystemet för den digitala utomlänsvården är dock en central del i den aktuella problematiken.

Att olika typer av utomlänsvård ersätts på de sätt som anges i riksavtalet är en etablerad praxis. Riksavtalet är en överenskommelse mellan regionerna och inte något som är reglerat i lag. Det finns därmed i teorin inget som hindrar regionerna från att i grunden förändra det som regleras i avtalet, som hur själva ersättningen av den digitala utomlänsvården ska utformas. Det faktum att det rör sig om just utomlänsvård kan samtidigt i viss mån begränsa möjligheterna för vilka ersättningssystem som rent praktiskt ses som möjliga att tillämpa. Att införa annat än ”styckprisersättning” skulle rimligen kräva ett större arbete med att ensa uppdragsbeskrivningar och ersättningsmodeller mellan regionerna. Att inget sådant arbete genomförts de senaste åren, trots att frågorna återkommande har behandlats inom relevanta forum i SKR, indikerar att det är låg sannolikhet att ett sådant initieras och genomförs inom närtid.

Vi gör vidare bedömningen att med den tolkning av gällande bestämmelser som sedan flera år etablerats så finns det begränsat utrymme för regionerna att ändra grundförutsättningarna som skapar utrymmet för ett parallellt system där privata aktörer genom ett enda regionalt avtal eller underleverantörsavtal kan erbjuda digital utomlänsvård i hela Sverige.

För att uppnå det avsedda syftet med vårt uppdrag krävs det därför förändringar i den lagstiftning som skapar förutsättningarna för dagens system och påverkar möjligheten till styrning och kontroll av de aktörer som tillhandahåller digital utomlänsvård.

Den fria rörligheten mellan regionerna ska inte omfatta hälso- och sjukvård som enbart ges genom distanskontakt

För att vårdens resurser ska användas effektivt och behovsstyrt behöver möjligheten att erbjuda obegränsat med offentligt finansierad digital vård till invånare i hela landet baserat på ett avtal i en enskild region upphöra. Vi föreslår förändringar i bestämmelsen i patientlagen som reglerar patienternas möjlighet att inom och utom sin hemregion få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

Som beskrivits i tidigare kapitel föreslår vi att patientens möjlighet att välja utförare i hela landet även ska omfatta sluten vård. Utomlänsvården ska dock godkännas av hemregionen innan hemregionen svarar för kostnaderna (se avsnitt 9.4). Sammantaget innebär våra förslag därmed att en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård inom eller utom denna region ska få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen eller sluten vård. Patienten får dock inte utom regionen välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt. För vård inom den egna regionen införs inte någon begränsning.

Bestämmelsen innebär att valmöjligheten vid utomlänsvård är begränsad till utförare som har ett fysiskt eller digifysiskt utbud av hälso- och sjukvård. Om en person exempelvis är bosatt i Region Skåne kommer han eller hon inte kunna söka vård hos en utförare som är leverantör eller underleverantör i Region Sörmland om denna endast erbjuder vård genom distanskontakter. Den utföraren kommer enbart kunna erbjuda sina tjänster till dem som är bosatta i Region Sörmland (det vill säga den region som utförarens avtal är kopplat till).

När det gäller primärvården så regleras det i HSL att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt välja och få tillgång till en fast läkarkontakt. Valet ska ske genom så kallad listning (uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter). Listning påverkar inte den enskildes möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. En person kan också välja att lista sig på en vårdcentral i en annan region än sin hemregion och där få tillgång till en fast läkarkontakt. Som utgångspunkt får dock en patient enbart lista om sig två gånger under ett år.[151] Dessa regler förändras inte av våra förslag.

Det är därmed fortsatt möjligt för en person att lista sig på en vårdcentral i en annan region. När patienten gör sitt val om var den ska lista sig behöver den beakta vilket behov av fysiska respektive digitala vårdtjänster den förväntar sig att ha och hur utföraren kan tillgodose dessa. Regionerna bör överväga att ta fram ett gemensamt informationsmaterial om listning till patienter och allmänhet, för att underlätta för patienterna att göra informerade val. Om personen i vårt exempel ovan, som är bosatt i Skåne väljer att lista sig på en

[151] 7 kap., 3–3b §, HSL.

närliggande vårdcentral i exempelvis Region Halland, vilken har ett digifysiskt erbjudande, så kommer personen att kunna ta del av såväl de fysiska tjänster som de distanstjänster som utföraren erbjuder inom ramen för sitt uppdrag.

Förslaget begränsar inte möjligheten för patienter att använda distanskontakter för att kontakta en vårdenhet där man har pågående fysiska eller digifysiska vårdkontakter, eller söker kontakt för att få ta del av ett fysiskt eller digifysiskt vårdutbud. Det finns inte heller fortsättningsvis något som hindrar personen från att besöka en vårdcentral i en annan region än hemregionen, som erbjuder fysisk och digital vård. Förslaget begränsar inte möjligheten att välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt inom den region där man är bosatt.

Förändringar i regionernas skyldighet att erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård

Vårt förslag innebär på motsvarande sätt att regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård inte ska omfatta vård som endast ges genom distanskontakt. Regionens ansvar att erbjuda dem vård som ges fysiskt eller digifysiskt kvarstår.

Även om en utförare har ett digifysiskt utbud på en fysisk plats så betyder inte det att det är ett utbud som i realiteten är fullt tillgängligt för patienter i samtliga andra regioner. Många av dessa patienter kan i praktiken enbart sägas kunna ta del av den vård som ges genom distanskontakt. Uttrycket vård som endast ges genom distanskontakt behöver förstås i förhållande till vad som är möjligt för en patient.

En utförare som vill erbjuda vård som är helt baserad på distanskontakter kommer behöva ha ett avtal som leverantör, eller underleverantör, i de regioner där man vill erbjuda sådan vård. Möjligheten att erbjuda offentligt finansierad digital vård till invånare i hela Sverige baserat på ett avtal i en enskild region upphör därmed. Detta bedöms ge regionerna förutsättningar att uppnå bättre integrering med övrig offentligt finansierad vård. Det gäller såväl behovsstyrning som ekonomisk styrning samt informationsöverföring och uppföljning. Integreringen uppnås exempelvis genom utformningen av kravspecifi-

kationer, ersättningsystem och uppföljningskrav gällande utförarna i fråga.

Förslaget ger möjlighet för huvudmännen att utifrån de lokala behoven av hälso- och sjukvård utforma olika typer av krav och ersättningar för olika typer av distanskontakter, och även differentiera styrningen i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Eftersom erbjudande om distanskontakter på primärvårdsnivå ska vara en integrerad del i utbudet hos vårdcentraler så kommer detta troligen oftast ingå i kapiteringsersättningen till vårdcentraler, snarare än att en särskild ersättning för olika besök utgår. Om en viss vårdcentral i det läget önskar använda en underleverantör för att tillhandahålla vissa digitala tjänster så blir det upp till dessa bägge parter att avtala hur underleverantören ska ersättas för vården den utför åt vårdcentralen.

Man kan även tänka sig ett scenario där det i en viss region är svårt att genom fysiska kontakter tillhandahålla exempelvis psykologbehandling på primärvårdsnivå och att regionen därför ser behov av ett ökat utbud av distanskontakter. Då kan en särskild ersättning för denna typ av kontakter tillämpas i förhållande till utförare. Till skillnad från den digitala utomlänsersättningen är regionen dock inte utlämnad till att enbart kunna använda besöksersättning utan det finns ett spelrum att utforma en ersättningsmodell utifrån de mål man vill styra mot.

Förslagen gäller inte bara primärvården, utan även den specialiserade vården. På motsvarande sätt ges det där utrymme för huvudmännen i sin roll som beställare av vård att kunna utforma kravspecifikationer, ersättningsystem och uppföljningskrav för digital specialiserad vård, på ett sätt som säkerställer nödvändig integrering med övrig offentligt finansierad vård. Utredningen bedömer att våra förslag i denna del innebär att regionernas oro för att potentiellt tappa (kostnads)kontrollen om man inkluderar digital vård även i upphandlingar i den specialiserade vården inte längre blir relevant. Därmed bedöms förslagen också kunna bidra till nya möjligheter för digitala vårdgivare inom den specialiserade vården.

Bestämmelsen omfattar både öppen vård och sluten vård. Även om det i dagsläget troligen inte är aktuellt med sluten vård som endast ges genom distanskontakt kan det inte uteslutas att utvecklingen framöver kommer att medge det.

Regleringen behöver speglas i regionernas förfrågningsunderlag

I enlighet med ambitionen att säkerställa en fortsatt utveckling av vård som ges på distans och att patienten ska kunna få ett samlat digifysiskt omhändertagande där den är listad i primärvården så begränsar vi inte valet av utförare som erbjuder digifysisk vård.

Det finns ingen exakt gräns för vad som är att anse som digifysisk vård. Om en aktör skulle välja att inte agera i enlighet med lagstiftningens intention kan detta potentiellt utnyttjas, exempelvis genom att skapa ett erbjudande som enbart har en försumbar del fysisk vård och i realiteten sker enbart genom distanskontakt. Vi bedömer att ett sådant erbjudande är att likställa med vård som enbart ges genom distanskontakt.

Det är också tänkbart med en situation där digifysiska aktörer i primärvården aktivt försöker locka till sig listningar av patienter från andra regioner, även regioner där avstånden gör att det inte finns någon verklig möjlighet att erbjuda en samlad digifysisk vård. Ett sådant agerande är inte heller i linje med förslagens intention.

För att fullt ut genomföra våra förslag i enlighet med dess intention, och undvika sådana avarter av digifysisk vård, så behöver regionerna använda det utrymme de har som beställare av den upphandlade vården. Det vill säga de behöver aktivt begränsa möjligheterna till sådana beteenden genom villkorsskrivningar i förfrågningsunderlag och avtal.

Det kan till exempel handla om tydliga villkor kring marknadsföring och vilken information som ska ges till patienter i samband med erbjudande om listning. Det kan också handla om utformningen av ersättningar. Ett exempel på en region som agerat för att motverka icke önskvärda beteenden är Region Skåne som valt att enbart ersätta digitala besök för personer som är folkbokförda i Skåne.[152] Ett annat exempel är överenskommelsen mellan Region Stockholm och Kry, som innebär att digitala besök för Region Stockholms invånare ska debiteras inom Region Stockholm (där Kry har vårdcentraler).[153]

För att få fullt genomslag kommer regionerna behöva samordna sig kring sådana villkor. Den funktion vi bedömer ska inrättas

[152] Region Skåne, *Förfrågningsunderlag och Avtal beslutade i Primärvårdsnämnden för Vårdcentral i Hälsoval Skåne Gällande år 2026*, 2025.
[153] Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Delegationsbeslut 2026-01-29, PVN 2025–0141*, 2026.

(se avsnitt 14.8.1) skulle även kunna användas även för den samordningen.

Behov av förändringar i riksavtalet för utomlänsvård som ges genom distanskontakt

Även med våra förslag så kommer det fortsatt finnas utrymme för utomlänsvård som ges genom distanskontakter, men då *som en del av en digifysisk vård*, utförd såväl i regionernas egen regi som av privata aktörer. Skillnaden är att regionerna inte kommer vara ersättningsskyldiga för vård som enbart ges genom distanskontakter och att regionerna kommer ha större kontroll över styrningen av den vård som ges.

Riksavtalet behöver därmed reglera vad som ska gälla ersättningar för de distanskontakter som kan bli aktuella, vilka kommer kunna avse både primärvård och specialiserad vård. För att riksavtalet ska stödja intentionerna i den lagstiftning vi föreslår bedömer vi att regionerna bör besluta om förändringar i det som gäller utomlänsvård genom distanskontakt.

För att betona inriktningen på ett samlat digifysiskt omhändertagande bör ett nytt krav införas om att distanskontakter för utomlänspatienter – inom såväl primärvård som specialiserad vård – ska *föregås* av minst en fysisk kontakt kring samma behov för att vara ersättningsberättigade.

Vidare bör den separata ersättningen för distanskontakter i primärvården utgå. Som vi sett utgör den ett parallellt ersättningsystem som till skillnad från ersättningarna i den reguljära primärvården i stora delar styr mot vård utifrån efterfrågan och inte behov.

Ersättningarna för den utomlänsvård som ges genom distanskontakt bör vara i linje med intentionen att skapa en mer sammanhållen och behovsstyrd vård och det faktum att alla de utomlänsdistanskontakter som regionerna kan bli ersättningsskyldiga för ska vara en del av en digifysisk vård. Ersättningar för utomlänsvård som ges via distanskontakt, som en del av en digifysisk vård, bör därför ersättas av hemregionen i enlighet med det som gäller den aktuella tjänsten i vårdregionens kontrakt eller överenskommelse med utföraren. Det skulle exempelvis innebära att om en person som är folkbokförd i Norrbotten listar sig på en vårdcentral i Stockholm och gör digitala besök via den vårdcentralen så ska Region Norrbotten ersätta Region

Stockholm i enlighet med vad som sägs om digitala besök i Region Stockholms förfrågningsunderlag för sina vårdcentraler. Om Region Stockholm inte har någon särskild ersättning för digitala besök för listade (inomläns-)patienter så blir resultatet att det inte heller uppstår någon kostnad för dessa besök för Region Norrbotten.

14.8.6 Bättre förutsättningar för uppföljning av digital vård

Bedömning

För att möjliggöra en sammanhållen nationell uppföljning av vård via distanskontakt bör Socialstyrelsen få i uppdrag att ta fram stöd för hur digital vård och annan vård via distanskontakt ska kodas och beskrivas i exempelvis patientjournaler, i samband med avtalsuppföljning och vid inrapportering till olika hälsodataregister.

Vård- och omsorgsanalys bör få i uppdrag att följa och årligen rapportera om regionernas utbud av vård genom distanskontakt och användandet av dessa tjänster, ur ett befolkningsperspektiv.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) bör få i uppdrag att återkommande ta fram kunskapsöversikter för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt.

Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring distanskontakter och digitala tjänster.

Regionerna bör ställa tydliga krav på sina leverantörer och underleverantörer vad gäller dokumentation, uppföljning, anslutning till nationella gemensamma e-hälsospecifikationer, kommande krav enligt EHDS samt anslutning till Nationell patientöversikt (NPÖ).

Huvudmännen bör enas om gemensamma kriterier för vad som är potentiellt ersättningsberättigade digitala vårdtjänster inom olika vårdnivåer och vårdområden. Processer för att fastslå detta skulle kunna hanteras inom ramen för den funktion som föreslås i avsnitt 14.8.1.

Skäl för utredningens bedömning

Regeringen bör stödja utvecklingen och uppföljningen av vård genom distanskontakt

Vi lämnar förslag som innebär att betydelsen av vård som ges via distanskontakter lyfts fram. Grunden läggs vidare för en ny struktur för hur den digitala utomlänsvården ska integreras med övrig offentligt finansierad hälso- och sjukvård och även för hur den ska ersättas finansiellt. Dessa förslag sätter samtidigt ljuset på behovet av att utvecklingen av vård genom distanskontakter, och olika lösningar som tas fram i regionerna, följs upp och utvärderas.

Förutsättningarna för uppföljning av digital vård behöver stärkas. Det innefattar behov av tydligare definitioner, mer enhetliga rutiner för registrering och datainsamling samt bättre förutsättningar att inkludera samtliga vårdgivare i uppföljningen.[154]

Utvecklingen understryker även behovet av mer forskning på området. Det gäller både vilken typ av vårdkontakter som lämpar sig för vård på distans och vad som krävs för att den digitala vården ska kunna integreras med övrig vård.

Mot denna bakgrund ser vi behov av att regeringen vidtar ett antal åtgärder:

- Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram stöd för hur digital vård och annan vård via distanskontakt ska kodas och beskrivas i exempelvis journaler och inrapportering till olika hälsodataregister. Behovet av beskrivningssystem som täcker den vård som utförs genom distanskontakter är centralt för möjligheten till en ändamålsenlig nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Uppdraget bör genomföras i samråd med såväl Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som med huvudmännen. Det är huvudmännen som ska använda kodverken och generera data för uppföljningen.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få i uppdrag att följa och årligen rapportera om regionernas utbud av vård genom distanskontakt och användandet av dessa tjänster, ur ett befolkningsperspektiv.

[154] Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026, s. 2.

- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) bör få i uppdrag att sammanställa kunskapsöversikter för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt.
- Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring distanskontakter och digitala tjänster.

Fortsätta åtgärder krävs från huvudmännen för att uppnå nödvändig integrering av privata aktörer som utför offentligt finansierad vård

Det kommer att finnas privata vårdgivare som utför offentligt finansierad digital vård även framöver. Därför finns det också ett antal frågor relaterade till vård på distans som huvudmännen behöver adressera.

Utredningen vill i detta sammanhang understryka behovet av att:

- regionerna ställer tydliga krav på sina leverantörer och underleverantörer vad gäller dokumentation, uppföljning, anslutning till nationella gemensamma e-hälsospecifikationer, kommande krav enligt EHDS samt anslutning till Nationell patientöversikt (NPÖ),
- regionerna enas om gemensamma kriterier för vad som bör utgöra potentiellt ersättningsberättigade digitala vårdtjänster inom olika vårdnivåer och vårdområden. Processer för att fastslå detta skulle kunna hanteras inom ramen för den funktion som föreslås i avsnitt 14.8.1.

Vi vill betona att så länge majoriteten av offentligt finansierad digital vård utförd av privata vårdgivare är på primärvårdsnivå så är det viktigt att skilja mellan de olika typer av bedömningar som görs vid den så kallade 0:an respektive 3:an i vårdgarantin i primärvården. Detta behöver beaktas i utformningen av ersättningar. Mycket av befintliga konflikter om vad som är ersättningsbart förefaller handla om bedömningar och besked till patienten som kan sägas motsvara den typ av kontakt som sker vid den så kallade 0:an i vårdgarantin. Denna reglerar att en patient samma dag som den söker hjälp ska få kontakt med primärvården. Den bedömning som sker i samband med denna första kontakt görs för att avgöra om patientens tillstånd är sådant att vidare kontakt med primärvården är befogad: att patienten har behov av

en medicinsk bedömning av en legitimerad profession i primärvården (därigenom aktiveras garantin om medicinsk bedömning i primärvården).

Vid den så kallade 3:an sker sedan den medicinska bedömning som görs av den legitimerade yrkesgrupp som patienten, utifrån konstaterat behov, möter inom ramen för vårdgarantin. Det ligger i yrkesutövningen hos varje vårdprofession att vid kontakt med en patient meddela en slutsats i form av bedömning; en diagnos, ett vårdbehov eller annan konkret åtgärd. I författningskommentaren till bestämmelsen om medicinsk bedömning i primärvården framgår bland att en medicinsk bedömning ska journalföras i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. patientdatalagen (2008:355).

Utredningen vill även i förhållande till regionerna framhålla behovet av att det utvecklas och tillämpas ett beskrivningssystem som på ett enhetligt sätt täcker in den vård som utförs genom distanskontakter. Ett sådant system underlättar inte bara den nationella uppföljningen utan även den regionala. I detta sammanhang vill utredningen även påminna om regionernas ansvar enligt kommunallagen att när skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller regionen kontrollera och följa upp verksamheten.[155]

14.9 Konsekvensanalys för förslagen

I detta avsnitt presenteras en konsekvensanalys för de förslag som lämnas i kapitlet, som samtliga rör distanskontakter.

[155] 10 kap. 8 § Kommunallagen.

Förslagen innebär att huvudmännen, regionerna, får mer rådighet och kostnadskontroll vad gäller offentligt finansierad digital hälso- och sjukvård. På så vis skapas bättre förutsättningar för att systemets sammanlagda resurser fördelas utifrån behov och på ett kostnadseffektivt sätt.

Regionerna får möjlighet till större kontroll och en tydligare avtalsrelation till de digitala utförare som regionerna betalar för. Vi bedömer att det skapar för möjligheter för mer differentierade och ändamålsenliga ersättningar för de tjänster som regionerna har behov av att upphandla, både inom primärvård och inom specialiserad vård. Sammantaget förväntas detta bidra till mer konstruktiva samarbeten och avtalsrelationer.

Förslagen bedöms inte medföra någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. De innebär inte heller några nya åtaganden för regionerna eller någon ambitionshöjning. Därmed aktiveras inte finansieringsprincipen för förslagen.

För patienterna bedöms förslagen ge bättre förutsättningar att få en sammanhållen digifysisk vård, som utgår från den vårdcentral där patienten är listad. Potentiellt kan det även ge bättre tillgång till digitala lösningar inom den specialiserade vården, när det är lämpligt. Förslagen medför inga särskilda konsekvenser för barn utöver de som gäller generellt för patienter och anhöriga.

14.9.1 Konsekvenser för patienter och anhöriga

Bättre förutsättningar för en mer sammanhållen digifysisk vård

För patienterna bedöms förslagen ge bättre förutsättningar att kunna få en sammanhållen digifysisk vård, som utgår från den vårdcentral där patienten är listad. Genom att regionerna kan ställa direkta krav på utförarna kring exempelvis dokumentation och informationssystem så skapas även bättre förutsättningar för ett mer fungerande och ändamålsenligt informationsutbyte om patienten mellan olika berörda vårdgivare.

På sikt kan det även ge bättre tillgång till digitala lösningar i den specialiserade vården, när det är lämpligt. Utvecklingen av den digitala utomlänsvården på primärvårdsnivå, och den tillhörande bristen på kostnadskontroll för huvudmännen, bedöms ha medfört en mot-

villighet hos huvudmännen att öppna för en utveckling mot nationellt verksamma digitala vårdgivare inom specialiserad vård. Våra förslag förväntas bidra till att öppna upp dessa låsningar (se avsnitt 14.8.5).

Jämfört med befintlig reglering blir det en viss begränsning i möjligheten för patienter att välja digital utförare på primärvårdsnivån. Om det faktiskt blir ett mindre eller annorlunda utbud att välja bland i praktiken beror på vilka tjänster regionerna väljer att tillhandahålla, antingen i egen regi eller genom avtal med privata vårdgivare.

Det är också troligt att möjligheten att få tillgång till offentligt finansierad digital hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå dygnet runt kommer att begränsas eller i vissa fall försvinna. Generellt kan sägas att primärvården har vissa uppgifter som ska kunna utföras oavsett tid på dygnet. Det gäller exempelvis medicinska bedömningar i kommunal hälso- och sjukvård, konstaterande av dödsfall och utfärdande av vårdintyg. Vård på primärvårdsnivå är dock till övervägande del av sådan karaktär att det är vård som kan vänta till nästa dag. Det som är medicinskt akut ska som utgångspunkt inte hanteras av primärvården. De flesta vårdbehov som ska hanteras av primärvården, även brådskande, kan tas om hand på eller i nära anslutning till kontorstid. Att samordna olika resurser under ett mindre antal timmar per dygn är mer resurseffektivt än att ha dem tillgängliga dygnet runt och den reguljära primärvårdens verksamheter är därför som huvudregel förlagda på eller i nära anslutning till kontorstid. Vare sig ur ett medicinskt perspektiv eller effektivitetsperspektiv kan det alltså sägas vara motiverat att det offentliga ska finansiera tillgång till digitala tjänster på primärvårdsnivå dygnet runt.

Samtidigt finns det inte något som hindrar att en utförare, offentligt eller privat finansierad, tillhandahåller digitala vårdtjänster dygnet runt. Om utföraren sedan gör det eller inte kommer rimligen bland annat bero på vilken vård utföraren har i uppdrag, eller själv åtar sig, att utföra. Det kommer också bero på om utföraren kan hitta ett kostnadseffektivt sätt att göra det på, inom ramen för den finansiering den har.

Ett förändrat utbud eller längre väntetider i vissa situationer kan upplevas som en försämring för personer som vant sig vid att kunna få väldigt snabb kontakt med en digital vårdgivare även för behov som inte är medicinskt prioriterade eller som kanske borde vara föremål för egenvård snarare än hälso- och sjukvård. I detta sammanhang vill vi framhålla att det finns dygnet runt tillgänglig sjukvårds-

rådgivning via 1177, som är upphandlad av regionerna och gratis för den som ringer.[156] I tjänsten får man hjälp med bedömning av vårdbehov och vid behov råd eller vägledning vidare till lämplig vårdmottagning. Om det är vårdbehov som kräver vidare hantering inom primärvården så gäller sedan vårdgarantin och att man ska få möjlighet till medicinsk bedömning inom tre dagar. Är det ett akut behov kommer man att hänvisas till akutmottagning.

Valet av utförare och fast läkarkontakt är det centrala valet i primärvården

De begränsningar som beskrivits ovan följer av en avvägning mellan två olika principer som delvis krockar med varandra i nuvarande system. Det gäller principen om behovsstyrd vård (som den är uttryckt i HSL:s portalparagraf samt i prioriteringsplattformen) och principen om valfrihet (som den är uttryckt i patientlagens bestämmelse om val av utförare). Vi bedömer att den valfrihet av utförare i just digital utomlänsvård som oförutsett och utan intention skapades i samband med patientlagens tillkomst inte kan finnas kvar utan att behovsprincipen blir åsidosatt. I valet mellan dessa bägge principer bedömer vi att den så kallade portalparagrafen väger tyngst och att den begränsade inskränkning som förslagen medför vad gäller valfriheten för just vård genom distanskontakt är proportionerlig.

Utredningen vill också understryka att den valfrihet som i vår bedömning är den mest centrala när det gäller primärvården kvarstår – valet av vårdcentral och fast läkarkontakt i primärvården.[157] Det är här merparten av vårdbehoven tas om hand, det är här kontinuerliga relationer byggs upp över tid och det är därför också här som bryggan till andra delar av vårdsystemet finns. Regioner och utförare av primärvård kan utveckla och förbättra sina digifysiska erbjudande så att patienter *vill* lista sig hos dem. Även om grunduppdraget är detsamma så kan olika vårdcentraler ha olika profil och på så vis attrahera patientgrupper med olika preferenser.

Sammantaget bedöms förslagen skapa bättre förutsättningar för patienterna att få en personcentrerad, effektiv och sammanhållen hälso- och sjukvård.

[156] Förutom kostnaden för själva telefonsamtalet.
[157] Jfr 7 kap. 3 § HSL.

Konsekvenser för barn

Inga särskilda konsekvenser utöver de som gäller generellt för patienter och anhöriga.

14.9.2 Konsekvenser för vårdens medarbetare och kompetensförsörjningen

I maj 2025 var det totalt 254 800 legitimerade yrkesutövare sysselsatta i hälso- och sjukvården. Sjuksköterskor och läkare utgör tillsammans 65 procent av de legitimerade yrkesgrupperna. De resterande 35 procenten är fördelade på de övriga 20 legitimationsyrkena.

Spridningen är stor mellan länen när det gäller antalet legitimerade inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. Antalet läkare, inklusive specialistläkare, varierar till exempel mellan 342 och 555 per 100 000 invånare.[158] Det finns inga uppgifter om deltidsarbete bland legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i Socialstyrelsens statistik. Undersökningar från bland annat fackförbund pekar på att omkring 30 procent arbetar deltid, men i vissa grupper ännu fler.[159]

Arbete inom hälso- och sjukvården kan vara tungt, både fysiskt och psykiskt, och vara en bidragande faktor till att många, främst kvinnor, arbetar deltid. Förslaget om att regionerna ska erbjuda möjlighet till distanskontakt sätter ökat fokus på att detta ska ingå i regionernas erbjudande. Om mer vård genomförs i form av distanskontakter kan det bidra till mindre stress och en bättre arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta eftersom det ger mer flexibilitet i hur verksamheten kan organiseras och därmed också möjlighet att öka flexibiliteten för medarbetarna. Vissa typer av distanskontakter bedöms också möjliggöra för vissa grupper av medarbetare att arbeta på annan plats än vid fysiska arbetsuppgifter. Möjligheten till distansarbete kan göra det enklare att kombinera arbete med familjeliv. Sammantaget kan förslagen därmed bidra till ett mer hållbart arbetsliv och att fler kan ha förutsättningar att gå upp i arbetstid.

[158] Socialstyrelsen, *Trender och trendbrott i tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Nationella planeringsstödet 2026 – fördjupningsrapport*, 2026, s. 10–12.
[159] Jfr Vårdförbundet, *Tre av tio jobbar deltid i vården – många orkar inte heltid*, hämtad 2026-05-06 och Läkartidningen, *Primärvårdsläkare väljer nu deltid,* hämtad 2026-05-06.

Särskilt om medarbetare som arbetar för vårdgivare som är helt digitala

Det saknas i hög grad kunskap om hur arbetsvillkoren ser ut eller upplevs hos medarbetare som arbetar för vårdgivare som är helt digitala. Vi har därför tillfrågat fackförbund som varit representerade i vår referensgrupp för professioner och vars medlemmar är vanligt förekommande bland vårdgivare som är helt digitala om deras erfarenheter. Där framhålls att privata vårdgivare som huvudsakligen bedriver verksamhet utifrån utomlänstaxan i en del fall saknar kollektivavtal, vilket innebär att de anställda inte alltid omfattas av de standardiserade villkor, löneökningar och tjänstepensioner som är norm på den svenska arbetsmarknaden.[160]

Den stora fördelen sett ur medarbetarnas perspektiv är flexibiliteten och friheten att lägga upp sitt arbete. Psykologerna som arbetar hos digitala vårdgivare kan arbeta hemifrån, styra sina tider och själva lägga upp planeringen för sina patienter. De har också goda möjligheter att nischa sig på diagnoser och behandlingsinriktningar de är mest intresserad av.[161]

Baksidan är hög arbetsbelastning och stress. Ersättningsmodellen i utomlänstaxan i kombination med interna incitamentsstrukturer skapar en arbetsmiljö med hårda produktionskrav. Psykologerna ska klara höga kvoter av samtal för att få full ersättning. Många psykologer upplever etisk stress. Hos vissa arbetsgivare är psykologen ekonomiskt ansvarig om patienten uteblir från ett inbokat besök. Journalföring och reflektion efter samtal hinns inte med under arbetstid utan får skötas efter.[162] Detta liknar den bild som framträder i Sveriges radios granskning av Kry.[163]

Det lyfts även fram att det oftast saknas introduktion vid nyanställning liksom kompetensutveckling. Bristen på fysisk närvaro av kollegor gör också att man kan uppleva en känsla av ensamhet i jobbet. För psykologer är det heller inte lika vanligt som på andra arbetsplatser med strukturerade forum för kollegialt utbyte kring svåra patientfall eller lärande av vararanda.[164]

[160] Skriftlig kommunikation med Psykologförbundet, april 2026.
[161] Skriftlig kommunikation med Psykologförbundet, april 2026.
[162] Ibid.
[163] Sveriges radio, Ekot granskar, ”Kry-läkare: ’Kan ta 100 patienter på en dag’ ”, 15 april 2026.
[164] Skriftlig kommunikation med Psykologförbundet, april 2026.

14.9.3 Konsekvenser för regioner

Förslaget i avsnitt 14.8.4 om att införa en definition av termen ”distanskontakt” bedöms inte i sig medföra några konsekvenser. Konsekvenser som följer av övriga förslag där termen används, i avsnitt 14.8.4 och 14.8.5, beskrivs nedan.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget i avsnitt 14.8.4 om att regioner ska erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv utgör ett förtydligande av gällande rätt och bedöms inte medföra någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Som beskrivits i avsnitt 14.8.4 ställer befintlig reglering krav på en lätt tillgänglig vård.[165] Det ställs även krav på att regionerna ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.[166] Av förarbeten framgår att en del av att göra vården lätt tillgänglig, samt kunna ge den nära befolkningen, är att kommunikation och möten med vården kan tillhandahållas genom olika tekniska lösningar.[167] Det bör även framhållas att förslaget inte innebär att regioner och utförare är skyldiga att tillämpa en viss form av informations- och kommunikationsteknik för distanskontakter. Regioner och utförare bör utforma relevanta lösningar, med beaktande av behoven hos patienterna, den tekniska och medicinska utvecklingen samt utvecklingen i samhället i stort.

Förslaget i avsnitt 14.8.5 om att patientens val av utförare av offentligt finansierad öppen och sluten vård inte ska omfatta utomlänsvård som endast ges genom distanskontakt bedöms inte medföra någon inskränkning i det kommunala självstyret. Tvärtom bedöms förslaget stärka det kommunala självstyret genom att regionerna ges större rådighet att styra över den vård de har kostnadsansvar för. Detsamma gäller förslaget om att regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar inte ska omfatta vård som endast ges genom distanskontakt. Detta är en spegling av förslaget som reglerar patienternas valmöjligheter.

[165] 5 kap. 1 § HSL, 13 a kap. 1 § 2 HSL.
[166] 7 kap. 2 a § HSL.
[167] Prop. 2017/18:83 s. 46, prop. 2019/20:164 s. 79.

Ekonomiska konsekvenser för regioner

Förslagen i avsnitt 14.8.4 och 14.8.5 innebär inte några nya åtaganden för regionerna och inte heller någon ambitionshöjning. Därmed aktiveras inte finansieringsprincipen för förslagen.

Som beskrivits ovan utgör förslaget i avsnitt 14.8.4 om att regioner ska erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt ett förtydligande av befintlig reglering. Samma bedömning gjordes vad gäller motsvarande förslag i Ds 2023:27. Förslaget innebär inte heller att regioner och vårdgivare är skyldiga att tillämpa en viss form av informations- och kommunikationsteknik för distanskontakter utan det är upp till dem att utforma relevanta lösningar. I sammanhanget kan även påminnas om bestämmelsen i HSL om att regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.[168]

Förslaget i avsnitt 14.8.5 om att patientens val av utförare av offentligt finansierad öppen och sluten vård inte ska omfatta utomlänsvård som endast ges genom distanskontakt bedöms ge regionerna bättre ekonomisk kontroll och rådighet att styra över den vård de har kostnadsansvar för. Jämfört med dagens situation bedöms detta få konsekvenser framför allt i förhållande till hur budgeten för primärvården fördelas. Genom förslaget skapas bättre förutsättningar för regionerna som huvudmän att säkerställa att de sammanlagda resurserna för hälso- och sjukvård fördelas utifrån behov och på ett kostnadseffektivt sätt. Detsamma gäller förslaget om att regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar inte ska omfatta vård som endast ges genom distanskontakt. Vilket är en spegling av förslaget som reglerar patienternas valmöjligheter.

Förslagen i avsnitt 14.8.5 ger regionerna möjlighet till större kontroll och en tydligare avtalsrelation i förhållande till digitala utförare som utför tjänster vilka regionerna betalar för. Genom förslagen läggs initiativet på regionerna själva att beställa olika typer av digitala tjänster baserat på en egen behovsanalys och med ett självvalt avtalsformat i de fall man väljer att kontraktera privata utförare. Detta förväntas också öppna upp för mer differentierade och ändamålsenliga ersättningsnivåer för de olika typer av tjänster som regioner har behov av att upphandla, både inom primärvård och specialiserad

[168] 7 kap. 2 § HSL.

vård. Sammantaget förväntas detta skapa förutsättningar för mer konstruktiva samarbeten och avtalsrelationer mellan regioner och privata utförare.

Konsekvenser för vårdutbudet

Våra förslag ställer krav på privata aktörer som enbart erbjuder vård genom distanskontakt att ha avtal i samtliga regioner där man vill erbjuda sina distanstjänster – det vill säga precis samma förhållande som gäller för övrig hälso- och sjukvård. Eftersom nuvarande ordning inte ställt detta krav på just de utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt så finns en risk att vissa av dem inte bedömer sig ha förutsättningar att ingå sådana avtal med alla regioner. De skulle till exempel kunna välja att begränsa sin verksamhet till regioner med större befolkning. I det läget finns en viss risk att det totala utbudet av digital vård skulle minska. Ett förändrat utbud av olika aktörer behöver dock inte vara problematiskt så länge den vård som invånarna har behov av finns att tillgå. Utredningens förslag sätter också ljuset på att regionerna ska erbjuda vård genom distanskontakt när det är lämpligt ur ett medicinskt perspektiv. Ansvaret vilar på regionerna, som huvudmän, att säkerställa att det finns ett vårderbjudande – såväl fysiskt som digitalt – som motsvarar befolkningens behov. Ett sätt att möta behoven skulle även för regionernas del kunna vara att samordna, ”poola”, sina resurser på liknande sätt som de nationellt verksamma digitala vårdgivarna. Det skulle kunna göras såväl inom en region eller sjukvårdsregion som nationellt. En stor del av de personer som använder den digitala utomlänsvården har sökt hjälp för behov relaterade till psykisk ohälsa. Det är ett område som många gånger lämpar sig väl för vård genom distanskontakt och ett område där även huvudmännen själva i högre utsträckning skulle kunna samordna sina resurser för att erbjuda bättre tillgänglighet till psykologisk behandling och mer personcentrerad vård.

Övriga konsekvenser för regionerna

Förslaget i avsnitt 14.8.4 om att erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt avser personer som omfattas av regionens ansvar att erbjuda vård enligt 8 kap. 1–2 §§ HSL. I 8 kap. 2 § HSL regleras att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt

1. den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, och
2. den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av förordningen.

Personer som omfattas av denna bestämmelse har inte alltid ett svenskt personnummer. Det gör att personerna i dagsläget i praktiken ofta saknar möjligheter till inloggning genom elektroniska identifikationstjänster, såsom Bank ID. För att dessa personer ska ha möjlighet att få tillgång till vård genom distanskontakter krävs i nuläget lösningar som inte förutsätter inloggning med svenskt personnummer, utan tillåter inloggning exempelvis med reservnummer. Detta kan potentiellt utgöra en utmaning för regionerna.

Utredningen bedömer att detta kommer att tas om hand genom det pågående arbetet med EU:s digitala identitetsplånbok (EU Digital Identity Wallet (EUDIW). Arbetet är ett steg i EU:s arbete för att göra digitala tjänster enklare, säkrare och mer tillgängliga över landsgränserna. Med EU:s digitala identitetsplånbok ska individer och företag kunna använda digitala tjänster oavsett var de befinner sig inom EU. Varje medlemsland utvecklar sin egen plånbok, men alla bygger på samma tekniska och juridiska standarder för att tjänsterna ska fungera sömlöst över landsgränserna. En digital identitetsplånbok kan exempelvis innehålla körkort och personuppgifter som kan användas för att identifiera sig digitalt. Plånboken ska kunna användas såväl i personens hemland som i ett annat europeiskt land. Arbetet med den digitala identitetsplånboken är omfattande och delas upp i flera steg. I december 2026 ska en första version av den svenska statliga digitala identitetsplånboken finnas på plats. Någon gång 2028–

2029 förväntas den digitala identitetsplånboken vara fullt redo att möta de europeiska kraven.[169]

14.9.4 Konsekvenser för staten

Förslagen i avsnitt 14.8.4 och 14.8.5 medför inga direkta konsekvenser för staten.

I avsnitt 14.8.1, 14.8.2 och 14.8.6 lämnar vi bedömningar med innebörden att regeringen bör ta olika initiativ vidare. Om regeringen väljer att gå vidare med dessa kommer de att medföra vissa kostnader.

I avsnitt 14.8.1 föreslås att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med regionerna inrätta en funktion för nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården. Etableringen och driften av den funktionen kan förväntas medföra vissa kostnader. Vi uppskattar att ett kansli kommer behöva bemannas av 2–3 personer, och utöver det knyta olika kompetenser till sig, utifrån behoven i de olika uppgifter man tar sig an. Vi uppskattar att kostnaden kommer uppgå till 10 miljoner kronor det första året. I samband med ett uppdrag att inrätta funktionen bör myndigheten få i uppgift att analysera omfattningen av det fortsatta behovet av finansiering.

I avsnitt 14.8.2 gör vi bedömningen att regeringen bör tillsätta en utredning om hur kostnader för hjälpmedel kan införlivas i högkostnadsskyddet för den öppna vården. En sådan utredning kan uppskattningsvis behöva 1,5–2 år på sig och vi uppskattar kostnaden till cirka 4 miljoner kronor per år.

I avsnitt 14.8.6. lämnar vi flera bedömningar avseende uppdrag som regeringen bör ge olika myndigheter.

Ett uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram stöd för hur digital vård och annan vård via distanskontakt ska kodas och beskrivas bedöms kunna genomföras under två år och till en kostnad om 4,5 miljoner kronor per år.

Ett uppdrag till Vård- och omsorgsanalys att följa och årligen rapportera om regionernas utbud av vård genom distanskontakt och användandet av dessa tjänster, bedöms ligga inom ramen för vad myndigheten redan kan förväntas göra utifrån sitt instruktions-

[169] Myndigheten för digital förvaltning (Digg), ”Digital identitetsplånbok”, hämtad 2026-04-08.

enliga uppdrag och kostnaderna bör kunna hanteras inom ramen för myndighetens förvaltningsanslag.

Ett återkommande uppdrag till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) att sammanställa kunskapsöversikter för när det lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt bedöms vid respektive tillfälle kunna genomföras under ett år och till en kostnad om 2 miljoner kronor.

14.9.5 Konsekvenser för företag och idéburen verksamhet som är vårdgivare

En väsentlig del av offentligt finansierad hälso- och sjukvård utförs av privata utförare

I dag utförs en väsentlig andel av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården av privata utförare. En majoritet av dessa är företag. År 2023 utfördes 19 procent av den totala hälso- och sjukvården av privata utförare. Inom hälso- och sjukvårdssektorn fanns det 2023 drygt 29 000 privata verksamheter. Andelen köp från privata företag och stiftelser skiljer sig dock mycket mellan olika län.[170] År 2023 fanns det drygt 1 200 vårdcentraler i Sverige. Andelen vårdcentraler som drivs i privat regi har ökat från 26 procent år 2007 till 46 procent år 2023. Även här är dock variationen stor över landet. Stockholm har störst andel, där drivs drygt 71 procent av alla vårdcentraler i privat regi. I Västerbotten och Örebro är det i stället drygt var tionde vårdcentral som drivs privat.[171]

När det gäller företag som erbjuder offentligt finansierad digital utomlänsvård så finns det ingen fullständig sammanställning av dessa. Merparten av denna vård bedrivs dock av aktörer som har underleverantörsavtal i Region Sörmland och deras uppgifter och statistik är därmed det som SKR och andra berörda aktörer brukar använda sig av. Våren 2026 finns det i Region Sörmland 12 olika företag som verkar som digitala underleverantörer till sju olika vårdcentraler. De fördelar sig så här:[172]

[170] SCB, ”Privata företag utförde 18 procent av verksamheten inom vård, skola och omsorg 2023”, hämtad 2026-03-31.
[171] Ekonomifakta, ”Vårdcentraler i privat regi”, hämtad 2026-03-31.
[172] Skriftlig kommunikation med Region Sörmland, april 2026. I början av april verkade utöver detta Doktera som underleverantör till Vårdcentralen Norra Eskilstuna men tillståndet drogs tillbaka i slutet av april.

- Vårdcentralen Doktor.se Vingåker
  - Doktor.se Onlinemottagning
  - Doktor24
- Vårdcentralen Snabbdoktor Eskilstuna
  - Din Psykolog
  - Eatit
  - Knodd
- Vårdcentralen Centrum Flen
  - DrVikt
  - EsterCare
- Vårdcentralen Min Doktor vårdcentral Nyköping
  - MinDoktor.se
- Vårdcentralen Frösjön Gnesta
  - Joint Academy
  - Mindler
- Vårdcentralen Smeden Eskilstuna
  - ReceptOnline
- Vårdcentralen Kry Nyköping
  - Kry.

Som framgår av uppställningen så är det aktörer med olika slags erbjudanden. Vissa har ett bredare digitalt primärvårdsutbud medan andra specialiserar sig på enskilda delar av primärvårdsuppdraget. På senare tid har till exempel flera aktörer tillkommit som riktar in sig på att erbjuda tjänster för viktminskning.

Förutsättningar för fortsatt utveckling och sund konkurrens

Som vi sett i avsnitt 14.6.2 bedömer Konkurrensverket att nuvarande system innebär att det inte råder konkurrens på lika villkor mellan vårdcentralerna i vårdvalssystemen och de privata digitala vårdgivarna som verkar med utomlänsersättning. En vårdcentral som erbjuder digitala vårdtjänster till sina listade patienter får nämligen lägre ersättning än den ersättning som betalas om samma patient besöker en privat digital vårdtjänst med utomlänsersättning. Denna snedvridning i konkurrensen finns även mellan de privata företag som erbjuder offentligt finansierade digitala tjänster men valt att inte använda utomlänstaxan och de privata företag som valt att verka helt eller delvis med hjälp av ersättningen för digital utomlänsvård.

Genom våra förslag försvinner nuvarande parallella system för digital utomlänsvård och därmed även den snedvridna konkurrensen som det gav upphov till. Med våra förslag ges bättre förutsättningar för en likvärdig konkurrens, som bidrar till infriande av de övergripande målsättningarna i HSL.

Det kommer även framöver finnas utrymme för och behov av tekniska lösningar för distanskontakter utvecklade av privata aktörer och regionerna själva. Privata aktörer kommer även fortsättningsvis kunna verka som leverantörer till regionerna, eller underleverantörer till upphandlade leverantörer. Villkoren för dessa avtal kommer liksom i dag att bestämmas av regionerna, i deras roll som huvudmän och beställare av hälso- och sjukvård. Vårt nuvarande system med regionalt huvudmannaskap kan här sägas innebära en fördel ur konkurrenssynpunkt eftersom det ger upphov till flera olika upphandlingar inom samma eller närliggande områden, och därmed möjligheter för flera olika privata aktörer att konkurrera om sådana kontrakt. Privata aktörer som vill erbjuda vård som enbart ges genom distanskontakt kommer dock att behöva upprätta fler avtal än i dag om man vill erbjuda sina tjänster till hela eller stora delar av landet. Detta motsvarar den situation som gäller övrig offentligt finansierad hälso- och sjukvård, och är en effekt av att regionerna är huvudmän för hälso- och sjukvården. Om man inte vill jobba gentemot den offentligt finansierade hälso- och sjukvården finns precis som i dag alternativet att erbjuda privatfinansierad vård.

Att kunna jobba i större skala är vanligtvis en fördel i utvecklingen av olika digitala lösningar. Liksom i dag kommer troligen

vissa regioner kunna utveckla sina lösningar själv, eller i samarbete med andra regioner, medan andra kan förväntas behöva ta hjälp av privata aktörer eller arbeta i offentlig-privat samverkan. Ett sätt att underlätta för huvudmännen att kunna upphandla ändamålsenliga digitala lösningar skulle kunna vara tillskapandet av en samverkanshubb. En sådan hubb skulle kunna samla privata aktörer med lösningar som man vill erbjuda den offentligt finansierade vården. Ett kriterium för att kunna delta skulle vara att de aktuella produkterna och/eller tjänsterna uppfyller vissa fördefinierade grundläggande krav. Det skulle till exempel kunna handla om att produkterna lever upp till relevanta tekniska krav och standarder, såsom kommande krav enligt regelverket om det europeiska hälsodataområdet (EHDS), eller hur aktörerna ska säkerställa att offentligt finansierad vård och privat finansierad vård hålls åtskild när en aktör erbjuder bägge delarna. Utredningen bedömer att en sådan lösning med fördel skulle kunna undersökas vidare inom ramen för en eventuell överenskommelse mellan SKR och Vårdföretagarna om digital vård.[173]

Förslagen öppnar potentiellt nya möjligheter för digitala vårdgivare inom den specialiserade vården

Befintligt system med fri digital etablering på primärvårdsnivå, och den tillhörande bristen på kostnadskontroll för huvudmännen, bedöms ha medfört en motvillighet hos huvudmännen att öppna för en utveckling mot nationellt verksamma digitala vårdgivare inom specialiserad vård. En verksamhet som öppnar för helt digitala vårdkontakter måste nämligen från start ta höjd för att ta emot vårdsökande från hela landet, vilket är en ansträngning både för vårdgivare och för den region som då får till uppgift att administrera och följa upp den nationella digitala verksamheten. Som Ds 2023:27 också förde fram kan det därför antas att befintligt regelverk kring utomlänsvård i viss mån motverkar eller hämmar utvecklingen av nya digitala vårdtjänster inom den specialiserade öppna vården.

Utredningen bedömer att våra förslag kommer bidra till att öppna nya möjligheter för digitala vårdgivare inom den specialiserade vården. Förtydligande av att regionen ska erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt

[173] SKR, ”Reviderade ersättningar för digital utomlänsvård”, hämtad 2026-03-31.

perspektiv sätter ljuset på regionens ansvar att tillhandahålla distanslösningar, som digital vård. Ändringarna som innebär att privata aktörer behöver ha ett avtal som leverantör eller underleverantör till en region för att kunna erbjuda digital vård till patienter just där, innebär att regionernas rädsla för att potentiellt tappa (kostnads)kontrollen om de inkluderar digital vård även i upphandlingar i den specialiserade vården, inte längre är relevant. Detta bör skapa bättre förutsättningar för regionerna och digitala vårdgivare att kunna samverka konstruktivt, såväl inom primärvård som inom specialiserad vård. På så vis kan regioner och privata utförare gemensamt bidra till en utveckling som ger nytta både för patienter och för vårt gemensamt finansierade hälso- och sjukvårdsystem.

14.9.6 Konsekvenser för kommuner

Våra förslag bedöms inte ha några direkta effekter för den hälso- och sjukvård som bedrivs av kommunerna. Den kommunala verksamheten kan påverkas positivt om de föreslagna förändringarna medför att patienter som också har kommunal hälso- och sjukvård eller kommunal omsorg får en bättre sammanhängande digifysisk regional hälso- och sjukvård.

14.9.7 Övriga konsekvenser

Förslagen bedöms inte ha några direkta effekter på jämställdheten eller den offentliga servicen i glesbygder. Förslagen bedöms inte heller ha några konsekvenser för EU-rätten, sysselsättningen, de integrationspolitiska målen, miljön och klimatet, brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet.

14.9.8 Alternativa lösningar som övervägts

Ett separat vårdvalssystem för digitala primärvårdstjänster

Från olika aktörer, inte minst flera av de vårdgivare som i dag verkar med finansiering genom den digitala utomlänstaxan, uttalas ofta en efterfrågan på någon typ av nationellt ersättningskontrakt till vilket

en privat vårdgivare kan ansluta och sedan erbjuda sina digitala tjänster till hela landet. Detta alternativ kan ses som en utveckling av den befintliga situationen med digital utomlänsvård, vilken de facto fungerar som ett parallellt system med nationellt upptagningsområde.

Eftersom regionerna fortsatt är huvudmän för den aktuella hälso- och sjukvården så skulle den lösning som ligger närmast till hands vara utvecklingen av ett eller flera vårdvalssystem[174] som enbart omfattar digitala tjänster. Sådana skulle kunna utformas nationellt eller lokalt. Såväl betänkandet SOU 2019:42 som Ds 2023:27 för resonemang kring alternativet att etablera någon typ av separat vårdvalssystem för digitala primärvårdstjänster. Liksom dem har vi övervägt detta alternativ men på motsvarande grund som dem har även vi avfärdat detta alternativ.

Vår slutsats grundar sig på två huvudsakliga argument. Det handlar dels om att inte skapa en än mer fragmentiserad primärvård, med samma eller större brister i samordning och integrering som i dag. Det handlar också om att respektera den ansvarsfördelning som råder och som nyligen varit föremål för översyn. Dessutom hanterar en sådan lösning inte den digitala vård som skulle kunna ges inom den specialiserade vården.

Om någon typ av separat vårdvalssystem skulle skapas för en digital primärvård uppstår gränsdragningsproblematik. Vilka tjänster ska inkluderas i ett sådant vårdvalsystem och ska dessa i så fall inte längre ingå i den reguljära primärvårdens uppdrag? Risken finns för så kallad ”cream skimming” eller med ett svenskt uttryck att man plockat russinen ur kakan. Det vill säga att det skapas ett vårdvalssystem för de mest lönsamma, enkla eller minst resurskrävande patienterna medan den reguljära primärvården står kvar med patienter med större behov och större medföljande kostnader. Sett till de utförare som i dag utför digital utomlänsvård så är de också väldigt olika varandra. Vissa har både ett brett fysiskt och digitalt utbud, som täcker stora eller hela delar av primärvården, medan andra har ett erbjudande inom en specifik del av primärvårdsuppdraget, kopplat till exempelvis psykisk ohälsa eller problem med levnadsvanor och övervikt. Att utforma *ett* nationellt uppdrag som är ändamålsenligt i förhållande till dessa olika tjänster är lika orimligt som i det nuvarande systemet. Att utforma *flera olika* nationella system skulle inne-

[174] Utgående från Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

bära ett betydande administrativt arbete för regionerna och det skulle dessutom bidra till att ytterligare fragmentisera vården.

Sådana lösningar skulle även medföra utmaningar vad gäller utformningen av styrningsmodeller för att ersätta detta på ett lämpligt sätt, utan att resurser oavsiktligt omfördelas i systemet. Det skulle även innebära utmaningar vad gäller utbildning av olika professioner. Givet att det inte finns någon etablerad och välfungerande lösning för överföring av relevant medicinsk information mellan vårdgivare i olika regioner (och ibland inte heller inom samma region) så kvarstår även problemen med att skapa sammanhållna och integrerade vårdkedjor för patienterna. Den utveckling som redan pågår mot ett mer digifysiskt arbetssätt i primärvården talar emot att införa särskilda uppdrag och ersättningsregler för nationellt verksamma digitala vårdgivare. En fortsatt integrering av digitala vårdtjänster och digitala vårdgivare i den ordinarie primärvården är att föredra.

Sedan Ds 2023:27 upprättades så har dessutom Vårdansvarskommittén avslutat sitt arbete och landat i att inte rekommendera ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Det innebär att regionerna inom överskådlig framtid är huvudmän för merparten av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, inklusive den vård som i dag bedrivs som digital utomlänsvård. I ansvaret som huvudmän ligger att planera och erbjuda vården utifrån befolkningens behov. Det är därmed deras uppgift att planera, finansiera och organisera den hälso- och sjukvård de ansvarar för på ett sätt så att de lever upp till de bestämmelser som finns i HSL. Givet den befintliga ansvarsfördelningen i svensk hälso- och sjukvård är det inte lämpligt att låta villkoren för digitala vårdtjänster fastställas av någon annan än regionerna.

Det bör också noteras att även om regionerna skulle gå samman och bestämma sig för att skapa ett nationellt valfrihetssystem för digitala tjänster så kvarstår, givet nuvarande tolkning av patientlagen, möjligheten för vårdgivare att etablera sig i en region och därifrån erbjuda tjänster nationellt. Allt annat lika skulle detta alternativ alltså skapa en situation där nuvarande problem med digital utomlänsvård kvarstår men det etableras utöver det ytterligare ett eller flera parallella system.

Utomlänsvård genom distanskontakt ska föregås av en behovs- och lämplighetsbedömning

I Ds 2023:27 föreslogs att utomlänsvård genom distanskontakt skulle föregås av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning. Patientens hemregion skulle enbart vara skyldig att ersätta kostnaden för distanskontakter som erbjudits av en annan region om distanskontakten hade föregåtts av en sådan bedömning, enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården.

Remissvaren i denna del var blandade, och flera centrala instanser hade invändningar. De som helt eller delvis motsatte sig förslaget gjorde det bland annat utifrån en ståndpunkt att alla vårdgivare redan i dag omfattas av motsvarande krav på behovsbedömning i HSL. Det anfördes också att förslaget var otydligt utformat. Vissa läste in att det skulle tvinga patienter att ta en försvårande omväg via en annan vårdgivare innan man kunde få digital vård, vilket man motsatte sig. Remissinsatserna framförde även att systemet med en behovs- och lämplighetsbedömning skulle vara ineffektivt och resurskrävande. Det fanns också kritik mot att förslaget ställde upp ett indirekt krav på behovs- och lämplighetsbedömning för alla utförare – digitala som fysiska och oavsett om de drivs i regionens eller privat regi – i en bestämmelse som syftade till att reglera ersättningen mellan regioner för utförd vård. Vissa aktörer avstyrkte inte förslaget per se men framhöll att kriterierna för bedömning behövde vara enhetliga över hela landet för att främja kontinuitet och jämlikhet.

Vår utredning bedömer att detta förslag inte kommer åt grundproblematiken med den vård som ges i form av digital utomlänsvård. Det lämnar fortsatt utrymme för aktörer att erbjuda en omfattande mängd digital vård utan att ha en direkt avtalsrelation med den region där patienten hör hemma. Den vården kommer fortsatt ersättas via den ersättningsmodell och nivå som bestäms i riksavtalet för digital utomlänsvård. Som vi sett skiljer den modellen sig avsevärt från övrig primärvård. Det blir med andra ord fortfarande en snedvriden konkurrenssituation och regionerna har fortsatt inte kostnadskontroll. Däremot skapas bättre grund för att undvika situationer, som de nyligen uppdagade, där digitala vårdgivare i stor omfattning fakturerat för besök som ej bedöms vara kvalificerad vård. Även med denna lösning kvarstår problemen med att skapa sammanhållna och inte-

grerade vårdkedjor för patienterna. Vi ser alltså inte heller att detta alternativ svarar mot det syfte som är uttalat i vårt direktiv.

Skarpare krav för underleverantörer till utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård

Regionerna är upphandlande myndigheter och omfattas därför av det offentliga upphandlingsregelverket när de köper hälso- och sjukvårdstjänster från privata vårdgivare. Regelverket vilar ytterst på EU-rätten. Att använda sig av LOU är huvudregeln när regioner upphandlar hälso- och sjukvård. LOV, är ett alternativ till LOU, inte ett komplement. Regioner kan, men måste inte, tillämpa LOV. Undantaget är den regionala primärvården, där det är obligatoriskt för regionerna att göra detta.[175]

Det upphandlingsrättsliga regelverket ger som utgångspunkt möjlighet för en leverantör som tilldelats ett vårdkontrakt eller godkänts i ett LOV-system att anlita underleverantörer, om inte annat följer av lag, villkor eller kontrakt. Det främsta syftet med att leverantörer får använda sig av underleverantörer i offentlig upphandling är att öka förutsättningarna för en god konkurrens. Även mindre företag ska ha möjlighet att delta i offentliga upphandlingar. Den upphandlande regionen får ställa villkor för hur underleverantörer används.

I teorin är det därmed tänkbart att regionerna skulle kunna ställa skarpare krav på hur underleverantörer får användas för att uppfylla det åtagande som huvudleverantören åtagit sig. På så sätt skulle de kunna återta mer kontroll över styrningen av den digitala utomlänsvården. För att en sådan styrning ska få genomslag på nationell nivå krävs dock att regionerna samordnar sig kring hur villkor för underleverantörer ska formuleras – annars kan aktörer alltid etablera sig i annan region med mer tillåtande villkor. Så har inte skett.

Från utredningens dialoger med huvudmännen uppfattar vi att regionerna upplever att regelverket delvis är oklart vad gäller hur mycket utrymme de som upphandlande myndigheter har att begränsa antal underleverantörer och utforma de krav som kan ställas på underleverantörer. Denna otydlighet försvårar användningen av det handlingsutrymme som potentiellt finns.

[175] 7 kap. 3 § HSL.

För att åtgärda detta ser vi att det skulle behövas tydligare reglering eller vägledning för huvudmännen gällande hur det upphandlingsrättsliga regelverket kan användas och förstås. Givet att det rör sig om lagstiftning som vilar på omfattande EU-rätt, och berör fler områden än bara hälso- och sjukvård, så har vi inte bedömt att vi inom vårt uppdrag har möjlighet att överväga och föreslå ändringar i denna lagstiftning.

Reglering av hur patienter ska få tillgång till offentligt finansierad digital vård

I arbetet med förslagen som rör den digitala utomlänsvården har vi utgått från syftet att patienter ska få vård i rätt tid utifrån behov, att den vården ska ges på rätt vårdnivå och att det ska säkerställas att vårdens resurser används så effektivt som möjligt. För att uppnå detta har vi bedömt att huvudmännen behöver ha en större möjlighet till styrning och kontroll över den vård som i dag ges som digital utomlänsvård.

En följd av de förslag vi lämnar är att en utförare som vill erbjuda vård som är helt baserad på distanskontakter kommer behöva ha ett avtal som leverantör, eller underleverantör, i de regioner där utföraren vill erbjuda sådan vård. På så vis får regionerna förutsättningar för direkt styrning och kontroll även av den digitala vården.

Forskning visar att kontinuitet i hälso- och sjukvården hänger samman med bättre överlevnad, färre sjukhusinläggningar, ökad patienttillfredsställelse och mer effektiv resursanvändning. Effekterna är särskilt tydliga i primärvård och för patienter med stora och långvariga vårdbehov.

I utformningen av våra förslag har vi därför övervägt om det för att fullt ut uppnå en behovsstyrd och kostnadseffektiv vård behövs en reglering som ännu starkare än våra förslag knyter den offentligt finansierade digitala vården till den eller de enheter där en patient är listad eller har andra långvariga kontakter. Det skulle till exempel kunna regleras så att alla distanskontakter på primärvårdsnivå ska ske vid den vårdcentral där patienten är listad. Inget val av utförare som erbjuder (offentligt finansierad) primärvård genom distanskontakt skulle vara möjligt, varken inom eller utom den egna regionen. För den specialiserade vården skulle en reglering i så fall på motsvarande sätt begränsa möjligheten att välja utförare av vård som ges på distans

till sådana som är kopplade till en fysisk eller digifysisk vårdenhet där patienten har pågående kontakter.

En sådan reglering skulle dock omöjliggöra distanskontakter vid andra primärvårdsenheter än vårdcentraler (såsom BVC, MVC eller separata rehabiliteringsmottagningar) och även motverka utvecklingen av primärvårdsnivån som helhet. Vi bedömer att en sådan reglering också skulle göra ett obefogat stort ingrepp i patienternas valfrihet.

Nollalternativet

Det så kallade ”nollalternativet”, att inte vidta några åtgärder utan låta nuvarande system kvarstå, bedömer vi inte ha förutsättningar att uppnå syftet att patienter ska få vård i rätt tid utifrån behov och den vården ska ges på rätt vårdnivå och det ska säkerställas att vårdens resurser används så effektivt som möjligt.

I teorin har regionerna vissa verktyg som man i högre grad än i dag skulle kunna använda, och samordna, för att ändra incitamentsstrukturer och styra mot en mer sammanhållen digifysisk hälso- och sjukvård. Det handlar exempelvis om att huvudmän har möjlighet att ställa krav på de utförare man har avtal med vad gäller dels vilka kontaktvägar som ska tillhandahållas, dels hur underleverantörer används. Regionerna skulle också tillsammans kunna enas om vissa krav – krav som sedan behöver uttryckas i samtliga förfrågningsunderlag – som gör att incitamenten att systematiskt använda sig av ersättningen för digital utomlänsvård mildras eller elimineras. I likhet med den bedömning som gjordes i SOU 2019:42 konstaterar vi att regionerna har förhållit sig relativt passiva i denna fråga, bortsett från åtgärderna att succesivt sänka ersättningsnivåerna för digital utomlänsvård. I april 2026 beslutade SKR:s styrelse om nya rekommendationer för ersättning av digital utomlänsvård i primärvården. I de uppdaterade rekommendationerna förtydligas att en digital vårdkontakt endast är ersättningsberättigad om den utgör kvalificerad sjukvård. Rekommendationerna tydliggör ett antal situationer där ersättning inte ska utgå. Det gäller bland annat digitala kontakter som enbart omfattar administrativa åtgärder, råd om egenvård eller hänvisning vidare utan att någon medicinsk bedömning görs. Detta är ett välkommet steg, men det löser inte i grunden problemen med det parallella system som uppstått för den digitala utomlänsvården,

och de snedvridande incitament som det medför när det gäller behovsstyrd och kostnadseffektiv vård på systemnivå.

Vi konstaterar att det framstår som osannolikt att den nuvarande problematiken kommer att lösas enbart genom fortsatt frivillig samverkan mellan regionerna.

Vi gör därför bedömningen att för att uppnå syftet med vårt uppdrag krävs förändringar i den lagstiftning som givit förutsättningar för dagens parallella system, och som omöjliggör styrning och kontroll av de aktörer som tillhandahåller digital utomlänsvård.

15 Ikraftträdande

15.1 Utredningens förslag till författningsändringar

15.1.1 Ikraftträdande

Majoriteten av förslagen till ändringar i lag och förordning föreslås träda i kraft den 1 juli 2028. Det behövs inte några övergångsbestämmelser.

Undantagen är förslaget om en definition av termen distanskontakt, respektive om vård som ges genom distanskontakt, som föreslås träda i kraft den 1 januari 2028. Detta gäller även förslaget om att patienten ska få välja utförare av offentligt finansierad sluten vård.

Författningsändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt. Samtidigt är det viktigt att regionerna får tid på sig att ställa om till en vårdgaranti med kortare tidsgränser. Vi bedömer att det är rimligt att regionerna får tid för detta under 2027 och första delen av 2028. Författningsändringarna som rör vårdgarantin föreslås därför träda i kraft den 1 juli 2028.

Regionernas behov av omställning gäller inte i lika hög utsträckning för samtliga förslag. Förtydligande om fast vårdkontakt i patientlagen (kontinuitet) ställer exempelvis inte samma krav på förändringar i organisationen. För att utredningens förslag ska fungera som en helhet föreslår vi ändå samma datum för ikraftträdande, den 1 juli 2028. Undantagen, som har ett annat datum föreslaget för ikraftträdande, rör förslagen om vård som ges genom distanskontakt (se kapitel 14) och förslaget om att patienten ska få välja utförare av offentligt finansierad sluten vård (se kapitel 9). I dessa fall finns inte samma behov av tid för omställning. Nuvarande system för digital utomlänsvård snedvrider konkurrensen och riskerar att patienters behov av vård

inte blir styrande. Förslagen som ska åtgärda detta bör därför träda i kraft snarast möjligt. Vi föreslår att de ska träda i kraft den 1 januari 2028.

16 Författningskommentar

16.1 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

7 kap.

23 b §

Om Inspektionen för vård och omsorg finner att den informationsgaranti som följer av 9 kap. 1 § första stycket 4 och 5 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller den informationsskyldighet som följer av 3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen (2014:821) inte fullgörs, får inspektionen förelägga vårdgivaren eller regionen i egenskap av huvudman att avhjälpa bristen.

Paragrafen, som är ny, reglerar Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) möjlighet att rikta förelägganden för att avhjälpa brister i informationsgarantin i den nya vårdgarantin och den informationsskyldighet som följer av patientlagen (2014:821). Övervägande finns i avsnitt 11.2.

Av bestämmelsen framgår att IVO får meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om informationsgaranti i 9 kap. 1 § första stycket 4 och 5 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och 2 kap. 3 § 4 och 5 patientlagen. Tidsfristerna för informationsgarantin regleras i 6 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Vidare får IVO meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om informationsskyldighet i 3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen. Bestämmelsen innebär att det knyts en särskild föreläggandemöjlighet till reglerna om information till patienter.

Enligt bestämmelsen kan ett föreläggande riktas både mot en vårdgivare och mot en region i egenskap av huvudman. Detta innebär att IVO kan välja adressat beroende på vilken nivå som bristerna i information finns. Även om regionen agerar både som vårdgivare

och huvudman finns det aspekter av kraven på information till patienter där huvudmannen har ett större ansvar och där IVO bör kunna rikta förelägganden mot regionen i den egenskapen. Det kan exempelvis handla om att huvudmannen har ett ansvar att se till att vårdgivare har en möjlighet att ge information till patienter på ett lämpligt sätt i enlighet med 3 kap. patientlagen. Vidare kan det handla om att huvudmannen har ett ansvar att se till att det finns rutiner som är lika mellan vårdgivare och som möjliggör informationsdelning mellan vårdgivare exempelvis gällande remisser.

Ett föreläggande får kombineras med vite, se 7 kap. 25 § patientsäkerhetslagen.

Ett föreläggande och en eventuell kombination med vite bör bara användas när det behövs för att åstadkomma rättelse. IVO behöver därför göra en bedömning av i vilka fall ett föreläggande med vite behövs. En sådan bedömning kan till exempel ta sin utgångspunkt i vad som framkommit om bristerna och om vårdgivaren eller huvudmannen visat vilja och förmåga att vidta rättelse. I 25 § anges hur ett föreläggande ska vara utformat. I övrigt gäller lagen (1985:206) om viten.

Beslut om föreläggande enligt förslaget ska kunna överklagas, se kommentaren till 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen nedan.

25 §

Ett föreläggande enligt *23 b eller* 24 § ska innehålla uppgifter om
1. de åtgärder som Inspektionen för vård och omsorg anser nödvändiga för att missförhållandena eller bristen ska kunna avhjälpas, och
2. när åtgärderna senast ska vara utförda.

Beslutet om föreläggande får förenas med vite.

Paragrafen ändras på så sätt att en hänvisning till den nya 23 b § läggs till i bestämmelsen. Se kommentaren till den bestämmelsen ovan. Överväganden finns i avsnitt 11.2.

10 kap.

13 §

Inspektionen för vård och omsorgs beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller

1. tillstånd att bedriva verksamhet enligt 2 kap. 4 § eller avgift för ansökan om sådant tillstånd enligt 2 kap. 9 §,
2. föreläggande enligt 7 kap. 20 § andra stycket att lämna upplysningar, handlingar eller annat material,
3. föreläggande enligt 7 kap. 23 a § att göra anmälan,
4. *föreläggande enligt 7 kap. 23 b § att avhjälpa brister i informationsgarantin eller informationsskyldigheten*,
5. föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse,
6. förbud enligt 7 kap. 26, 27, 28 eller 28 b § att bedriva verksamhet,
7. återkallelse enligt 7 kap. 26 eller 27 § av tillstånd enligt 2 kap. 4 §, *eller*
8. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.

Andra beslut av Inspektionen för vård och omsorg enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Första stycket i paragrafen ändras på så sätt att en ny *punkt 4* läggs till som innebär att föreläggande enligt 7 kap. 23 b § att avhjälpa brister i informationsgarantin eller informationsskyldigheten får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Övriga ändringar är endast redaktionella.

Övervägandena finns i avsnitt 11.2.

16.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

2 kap.

3 §

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den *innebär* att den enskilde inom viss tid *ska få*,

1. kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. *remiss till den specialiserad vården granskad,*
4. *information om att en remiss till den specialiserad vården har mottagits,*
5. *information om när en medicinsk bedömning i den specialiserade vården ska ske,*

6. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården, och
7. planerad vård.

Paragrafen hänvisar till och redovisar innehållet i 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, om att regionerna ska erbjuda patienter en vårdgaranti. Överväganden finns i avsnitt 7.2.

Punkterna 3–6 är nya. Se författningskommentarerna till 9 kap. 1 § HSL och den mer utförliga kommentaren till 6 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) som båda är giltiga även för denna bestämmelse.

Andra meningen ändras språkligt. Någon ändring i sak är inte avsedd.

4 §

När regionen bedömer att garantin enligt 3 § *6* eller *7* inte *kommer att kunna uppfyllas,* ska *regionen se till att* patienten *får* vård hos en annan vårdgivare. *Det ska ske inom garantins gränser och* utan extra kostnad för patienten.

Paragrafen ändras för att motsvara ändringarna som gjorts i 9 kap. 2 § HSL, se kommentaren till den bestämmelsen. Överväganden finns i avsnitt 7.3.

6 kap.

2 §

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Vid valet av fast vårdkontakt ska hänsyn tas till patientens behov samt till patientens önskemål om vem som ska utses.

För en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i ett sådant boende eller en sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska kommunen utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövligt.

Paragrafen reglerar patienters rätt till en fast vårdkontakt. Överväganden finns i avsnitt 12.5.

I paragrafen införs ett nytt *andra stycke* som innebär att hänsyn ska tas till patientens behov och önskemål om vem som ska utses till fast vårdkontakt. Detta tillägg innebär att verksamhetschefen, enligt 4 kap. 2 a § HSL, vid valet av fast vårdkontakt ska ta hänsyn till patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet och till patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten. Det kan exempelvis handla om att en patient har behov av att den fasta vårdkontakten har en viss profession eller att patienten har särskilda önskemål om att den fasta vårdkontakten till exempel ska vara en legitimerad läkare. Det kan även handla om att patienten har önskemål om att en viss person ska eller inte ska utses till fast vårdkontakt. Tillägget innebär inte att verksamhetschefen är bunden av patientens önskemål utan enbart att hänsyn ska tas till önskemålet.

9 kap.

1 §

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen *eller sluten* vård. *Patienten får dock utom regionen inte välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt.*

Den region som ansvarar för en patients hälso- och sjukvård får även ställa krav på att patientens slutna vård i en annan region ska godkännas innan den svarar för kostnaderna.

Bestämmelser om val av utförare inom primärvården genom listning finns i 7 kap. 3 a och 3 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

I paragrafen regleras bland annat patientens möjlighet att välja utförare. Övervägandena finns i avsnitt 9.4 gällande förändringarna om sluten vård och 14.8.5 gällande distanskontakt. Vad gäller distanskontakt regleras detta även i 8 kap. 3 § HSL. Termen distanskontakt i denna paragraf avses följa den definition som finns i 2 kap. 7 a § HSL.

I *första stycket* finns en allmän bestämmelse om patientens möjlighet att välja utförare inom offentligt finansierad vård. Bestämmelsen ändras på så sätt att patientens val av utförare inte längre är begränsad till att gälla öppen vård. Valmöjligheten gäller även sluten vård, se dock andra stycket.

Om patienten söker vård i andra regioner än hemregionen finns det en begränsning av valet av utförare. Patienten har inte längre möjlighet att välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskon-

takt i någon annan region än hemregionen. En utförare som även erbjuder fysisk vård men där patienten inte har någon faktisk möjlighet att ta del av vården, exempelvis på grund av för stort avstånd till vårdgivaren, räknas också som en utförare som *endast erbjuder vård genom distanskontakt.*

Valmöjligheten vid utomlänsvård begränsas därmed till utförare som har ett fysiskt eller digifysiskt utbud av hälso- och sjukvård. Den föreslagna bestämmelsen innebär att om en person exempelvis är bosatt i Region Skåne kommer han eller hon inte kunna söka vård hos en utförare som är leverantör eller underleverantör i Region Sörmland, om denna endast erbjuder vård genom distanskontakt. En sådan utförare kommer enbart kunna erbjuda sina tjänster till dem som är bosatta i den egna regionen, det vill säga den region som utförarens avtal är kopplat till.

Om det i stället är så att personen som är bosatt i Region Skåne väljer att till exempel lista sig på en närliggande vårdcentral i Region Halland, vilken har ett digifysiskt erbjudande, så kommer personen kunna ta del av såväl de fysiska tjänster som de distanstjänster som utföraren erbjuder inom ramen för sitt uppdrag. Bestämmelsen begränsar inte möjligheten för patienter att använda distanskontakter för att kontakta en vårdenhet där man har pågående fysiska eller digifysiska vårdkontakter, eller söker kontakt för att få ta del av ett fysiskt eller digifysiskt vårdutbud. Det finns inte heller fortsättningsvis något som hindrar en patient från att besöka en vårdcentral i en annan region än hemregionen, som erbjuder fysisk och digital vård.

I *andra stycket*, som är nytt, begränsas möjligheten att välja utförare inom den offentligt finansierade slutna vården på så sätt att patientens hemregion har möjlighet att godkänna eller inte godkänna om en patient ska få sluten vård i en annan region och om hemregionen därmed står för kostnaderna för vården. Det är upp till hemregionen att besluta om hur ett sådant godkännande ska regleras internt. En motsvarande bestämmelse införs i 8 kap. 3 § HSL.

16.3 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

2 kap.

7 a §

Med distanskontakt avses i denna lag en patients kontakt med hälso- och sjukvården där hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten är rumsligt åtskilda och de använder informations- och kommunikationsteknologi för att kommunicera med varandra.

Paragrafen, som är ny, innehåller en definition av termen distanskontakt. Överväganden finns i avsnitt 14.8.4.

Termen distanskontakt föreslås ingå i flera bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, HSL, se 8 kap. 2 b och 3 §§ HSL. Termen distanskontakt gäller för såväl öppen som sluten vård. Av definitionen framgår att det handlar om en kontakt där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda. Det handlar med andra ord om en kontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonal, som den är definierad i 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och patient. Definitionen omfattar därmed inte en potentiell situation där en teknisk lösning, till exempel en AI, har en direktkontakt med patient.

Det sista ledet i definitionen förtydligar att det krävs något mer än enbart rumslig åtskillnad mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen för att det ska utgöra en distanskontakt. Kontakten ska ske genom någon form av informations- och kommunikationsteknologi. En patient kan exempelvis ha distanskontakt med hälso- och sjukvården genom telefoni, men det kan också handla om att använda sig av olika typer av appar i exempelvis en surfplatta. Över tid kan ytterligare former av informations- och kommunikationsteknologi utvecklas och omfattas av definitionen.

Såväl distanskontakter som sker i realtid (synkront) som med fördröjning (asynkront) omfattas av definitionen. Om kontakten sker synkront (till exempel ett videomöte eller telefonsamtal) eller asynkront (till exempel en asynkron chatt) är inte avgörande för om den utgör en distanskontakt.

Definitionen är inte begränsad till att endast avse situationer när vård ges till en patient, utan gäller alla kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. Definitionen omfattar således även exempelvis kontakter för att boka in ett möte eller en kontakt

genom vilken information inhämtas inför ett kommande möte eller vårdtillfälle.

7 kap.

2 §

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.

Regionen ska planera och organisera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet.

Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Paragrafen innehåller bestämmelser om regionens ansvar att planera hälso- och sjukvården. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.1.

I paragrafen läggs ett nytt *andra stycke* till, där regionens ansvar att planera och organisera sin verksamhet så att den främjar god tillgänglighet framgår. Genom denna bestämmelse tydliggörs att detta är ett av regionens centrala ansvarsområden. Begreppet tillgänglighet ska ges samma betydelse som det har i dag. Det kan innebära tillgänglighet till exempelvis rådgivning, tidsbokning, bedömning och behandling men även handla om geografisk tillgänglighet, öppettider, jourtjänstgöring, kötider, tillgång till information eller en vård som anpassats till patientens förutsättningar (jfr prop. 2019/20:164 s. 13 och prop. 1981/82:97 s. 57 och 117). Också genom digitala och andra tekniska lösningar kan hälso- och sjukvården uppfylla kravet på närhet och lättillgänglighet för patienten (prop. 2017/18:83 s. 23 och prop. 2019/20:164 s. 79).

Det är regionen som avgör vilken eller vilka åtgärder som är lämpliga för att planera och organisera sin verksamhet så att regionen främjar en god tillgänglighet. Exempel på sådana åtgärder kan vara inrättande av vårdlotsar och vårdgarantikanslier.

8 kap.

2 b §

Regionen ska erbjuda den som omfattas av 1 eller 2 § möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten får avstå sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.

I paragrafen, som är ny, regleras regionens skyldighet att erbjuda vård genom distanskontakt. Överväganden finns i avsnitt 14.8.4.

Regionen ska *erbjuda* möjlighet till vård genom distanskontakt. Det avser att betona att det är just en möjlighet som erbjuds. Valet att anta erbjudandet eller inte ligger hos patienten. Om han eller hon önskar ett fysiskt besök så ska det erbjudas patienten, även om det som föranleder kontakten ur ett medicinskt perspektiv skulle kunna hanteras via en distanskontakt.

Med uttrycket ”annat sätt” avses som utgångspunkt en kontakt i form av ett fysiskt möte. En patient ska inte kunna nekas vård om han eller hon väljer att avstå från ett erbjudande om distanskontakt. Regionen är ytterst ansvarig för att erbjuda hälso- och sjukvård, och i det fallet blir regionen skyldig att tillhandahålla en fysisk kontakt.

Den föreslagna bestämmelsen avgränsar de situationer där regionerna ska erbjuda vård genom distanskontakter till vård som ur ett medicinskt perspektiv är lämplig att ge på distans. Det vill säga situationer där vetenskap och beprövad erfarenhet visat att en distanskontakt för det aktuella behovet är både säker och likvärdig en fysisk kontakt, ur ett medicinskt perspektiv. Distanskontakten behöver även kunna ske på ett sätt som är säkert ur såväl ett tekniskt som ett integritetsperspektiv.

Regionen behöver regelbundet fastställa vilka typer av vårdbehov som omfattas och därefter säkerställa att det finns tekniska och kunskapsmässiga förutsättningar hos de vårdgivare som utför regionalt finansierad hälso- och sjukvård att erbjuda sådan vård genom distanskontakt. Krav på detta behöver exempelvis reflekteras i regionernas förfrågningsunderlag för vård som upphandlas. De enskilda vårdgivarna behöver leva upp till detta i förhållande till patienterna. Vården som kan erbjudas avser öppen vård och i den mån det är tillämpligt även sluten vård.

Regionens ansvar att erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt omfattar de grupper som regionen ansvarar för enligt 8 kap.

1 och 2 §§ HSL. Ansvaret omfattar exempelvis inte dem som regionen har ansvar för enligt 8 kap. 3 § HSL, det vill säga personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

3 §

Regionen ska erbjuda öppen *och sluten* 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 §. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna. *Regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar omfattar inte vård som endast ges genom distanskontakt.*

Om patienten omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård enligt 1 §, svarar den regionen för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket. Detta gäller dock inte om den regionen ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs.

Den region som ansvarar för en patients hälso- och sjukvård får även ställa krav på att patientens slutna vård i en annan region ska godkännas innan den svarar för kostnaderna.

Paragrafen innehåller bestämmelser om en regions ansvar för att erbjuda vård. Övervägandena finns i avsnitt 9.4 gällande förändringarna av den slutna vården och i avsnitt 14.8.5 gällande distanskontakt. Gällande distanskontakt regleras patientens möjligheter att välja utförare i 9 kap. 1 § patientlagen.

Första stycket ändras genom att begreppet öppen vård kompletteras med begreppet sluten vård. Begreppet sluten vård definieras i 2 kap. 4 § HSL och avser vård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Ändringen gällande sluten vård i första stycket innebär att regionens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård åt utomlänspatienter nu även omfattar sluten vård med den begränsning som framgår av tredje stycket.

Regionens ansvar att erbjuda vård till patienter som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård begränsas så att det inte omfattar vård som endast ges genom distanskontakt. Termen distanskontakt definieras i 2 kap. 7 a § HSL och avser en patients kontakt med hälso- och sjukvården där hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten är rumsligt åtskilda och de använder informations- och kommunikationsteknologi för att kommunicera med varandra. Regionens ansvar att erbjuda vård som ges fysiskt eller digifysiskt omfattas fortsatt av bestämmelsen. Med vård som *endast*

ges genom distanskontakt likställs i detta sammanhang även vård hos vårdgivare som erbjuder såväl fysisk vård som vård genom distanskontakt men där patienten inte har någon faktisk möjlighet att ta del av den fysiska vården, exempelvis på grund av för stort avstånd till vårdgivaren.

Distanskontakt omfattar även sluten vård. Även om det i dagsläget är svårt att hitta exempel där sluten vård endast ges genom distanskontakt kan en sådan utveckling inte uteslutas.

För att kunna erbjuda vård som endast ges genom distanskontakt till patienter i en viss region behöver en privat utförare ha ett avtal som leverantör, eller underleverantör till just den regionen. Möjligheten för en enskild privat utförare att erbjuda offentligt finansierad digital vård till invånare i hela Sverige baserat på ett avtal i en enskild region försvinner därmed.

I *tredje stycket*, som är nytt, regleras att den region som ansvarar för en patients hälso- och sjukvård (hemregionen) får ställa krav på att sluten vård i en annan region ska godkännas av hemregionen innan den svarar för kostnaderna. Det är upp till hemregionen att besluta om hur ett sådant godkännande ska regleras internt.

9 kap.

1 §

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin *innebär* att den enskilde inom viss tid *ska få*

1. kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. *remiss till den* specialiserade vården *granskad*,
4. *information om att en remiss till den specialiserade vård har mottagits*,
5. *information om när en medicinsk bedömning i den specialiserade vården ska ske*,
6. *en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården, och*
7. planerad vård

Hos en sådan utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket gäller vårdgarantin enligt första stycket 1 och 2 endast om den enskilde är listad hos utföraren.

Paragrafen innehåller bestämmelser om vårdgarantin. Övervägandena finns i avsnitt 7.2.

Ändringarna i *första stycket* innebär att punkt 3 om besöksgarantin inom den specialiserade vården ersätts av de nya punkterna 3–6. Det närmare innehållet i vårdgarantin regleras i förordning i enlighet med bemyndigandebestämmelsen i 9 kap. 4 § HSL. Punkterna 3–6 behandlas mer utförligt nedan i kommentaren till 6 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Övriga ändringar i stycket är endast språkliga och redaktionella. Någon ändring i sak är inte avsedd.

2 §

När regionen *bedömer att* garantin enligt 1 § *6 eller 7 inte kommer att uppfyllas*, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare *inom garantins gränser och* utan extra kostnad för patienten.

Paragrafen reglerar konsekvensen av att en region inte klarar att uppfylla delar av vårdgarantin. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.

I dag gäller att om regionen inte uppfyller vårdgarantin i fråga om besök eller planerad vård inom den specialiserade vården ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Bestämmelsen är en form av sanktion mot den region som inte uppfyller sitt vårdgarantiåtagande, se prop. 2009/10:67 s. 52.

Paragrafen ändras på så sätt att det förtydligas att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare *när* den bedömer att garantin inte kommer att uppfyllas. Denna nya lydelse innebär en skärpning av kraven på regionens agerande och innebär att den tidpunkt då regionens skyldighet att agera inträder så snart vårdgarantin inte bedöms kunna uppfyllas.

Paragrafen ändras vidare genom att det förtydligas att regionens agerande ska ske inom garantins gränser. Detta innebär att den bedömning eller den planerade vård som patienten erbjuds av en annan vårdgivare ska äga rum inom vårdgarantins tidsramar. Även fortsättningsvis gäller att patientens bedömning eller planerade vård ska ske utan att patienten får någon extra kostnad. Om regionens erbjudande exempelvis kräver att patienten reser till en annan region, ska kostnaderna för detta bäras av den region som inte uppfyllt garantin.

Eftersom bestämmelsen endast hänvisar till bedömningsgarantin och till garantin om planerad vård omfattas inte tidskraven för granskning av remiss eller om att informera om remiss i 9 kap. 1 § 3, 4 och 5 HSL. Övriga ändringar är endast redaktionella.

16.4 Förslaget till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

6 kap.

1 §

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) *innebär, inom verksamhet som utgör primärvård, att den enskilde ska få*

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), *och*
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).

Paragrafen innehåller bestämmelser om vårdgarantin. Överväganden finns i avsnitt 7.2.

Paragrafen ändras på så sätt att den enbart reglerar vårdgarantin för primärvården. Vårdgarantin för den specialiserade vården flyttas till en egen bestämmelse, 6 kap. 1 a § HSF.

Första meningen ändras språkligt. Någon ändring i sak är inte avsedd.

1 a §

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) innebär, inom verksamhet som utgör specialiserad vård, att

1. den vårdgivare som mottar en remiss inom tre arbetsdagar granskar remissen,

2. den vårdgivare som mottar en remiss informerar patienten, inom tre arbetsdagar, om att remissen har mottagits (informationsgaranti),

3. patienten får information om när han eller hon ska få en medicinsk bedömning inom tio arbetsdagar från det att remissen har mottagits (informationsgaranti),

4. patienten får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom 30 dagar från det att remissen har mottagits i den specialiserade vården (bedömningsgaranti inom den specialiserade vården), och

5. patienten får planerad vård inom 60 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården. (garanti för planerad vård). Vad gäller verksamhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri ska planerad vård ges inom 30 dagar

Om någon remiss inte är nödvändig räknas tiden enligt första stycket 1, 2, 3 och 4 från det att den enskilde har sökt kontakt med vårdgivaren.

Inom den tid som framgår av första stycket 4 ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer behövs för att kunna göra en medicinsk bedömning. Inom den tid som framgår av första stycket 5 ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har beslutat om.

Om vårdgivaren, efter att patienten fått den planerade vården enligt första stycket 5, beslutar om att patienten ska få ytterligare vård ska den ges inom 60 dagar från beslutet. Vad gäller verksamhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri ska sådan vård ges inom 30 dagar.

Planerad uppföljning omfattas inte av vårdgarantin.

Paragrafen, som är ny, reglerar de tidsperioder inom vilka vårdgarantin inom specialiserad vård enligt 9 kap. 1 § första stycket HSL ska vara uppfylld och garantins innehåll i övrigt.
Överväganden till bestämmelsen finns i avsnitt 7.2 vad gäller den allmänna specialiserade vården och i avsnitt 8.6 vad gäller barn- och ungdomspsykiatrin.

Beräkningen av antalet dagar som föreskrivs i bestämmelsen är avsedd att ske enligt lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid. För punkterna 1–3 avser tidsfristen arbetsdagar. För punkterna 4–5 avser tidsfristen kalenderdagar.

Punkt 1, innebär att tidsfrister för remisshanteringen inkluderas i vårdgarantin. Punkten anger att vårdgivaren i den specialiserade vården som mottar en remiss inom tre arbetsdagar ska granska remissen. Det handlar då om att vårdgivaren ska göra den första preliminära bedömningen och prioriteringen av patientens vårdbehov i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. Någon ändring i sak av vårdgivares remisshantering i förhållande till gällande rätt är inte avsedd, utan bestämmelsen anger endast att detta moment i remisshanteringen, själva tidsfristen, blir en del av vårdgarantin. Om en vårdgivare redan tillämpar remissrutiner som innebär att garantins tidsgränser

och krav upprätthålls, finns således inget krav på att dessa ändras. Om den remiss som mottas är ofullständig och felaktig på ett sådant sätt att den mottagande vårdgivaren inte kan bedöma den, ska bestämmelsens tredagarsfrist inte börja löpa. Detta gäller även om remissen är skickad av misstag eller till fel mottagning.

Punkt 2, hänger samman med punkt 1 och innebär att den vårdgivare som granskat remissen ska informera patienten om att remissen har mottagits. Detta ska ske inom tre arbetsdagar. Om en remiss avvisas och inte ska tas vidare i den specialiserade vården ska patienten få information om det inom samma tidsgränser som i de fall när remissen tas vidare.

Hur vårdgivaren ska informera patienten regleras inte men vårdgivaren ska följa gällande regelverk i patientlagens tredje kapitel. Det innebär att vårdgivaren bland annat ska försäkra sig om att informationen anpassas till patientens individuella förutsättningar och att den ges skriftligen om patienten begär det, se 3 kap. 7 § PL.

Punkt 3, anger att vårdgivaren i den specialiserade vården inom tio arbetsdagar ska informera patienten om när han eller hon ska få sin medicinska bedömning. Detta utgör tillsammans med regleringen att ge patienten information om mottagen remiss inom tre arbetsdagar, en informationsgaranti. På samma sätt som under punkt 2 regleras inte hur vårdgivaren ska informera patienten. Vårdgivaren kan alltså uppfylla informationsgarantin på flera olika sätt, exempelvis genom att kontakta patienten per telefon eller genom ett skriftligt meddelande, digitalt genom 1177 eller fysiskt i brevlådan.

Punkt 4, innebär att dagens besöksgaranti ändras till en bedömningsgaranti och att tidsgränsen på nittio dagar kortas ned till en gräns på trettio dagar. Vad som avses med medicinsk bedömning utvecklas närmare i avsnitt 7.2.1. Uttryckets innebörd ska vara detsamma som inom primärvården och innebär en första bedömning av ett hälsotillstånd i syfte att ge patienten upplysningar om tillståndet samt om de behandlingsmetoder som står till buds, se prop. 1996/97:60 s. 40 f. och s. 44.

Inhämtande av information från patienten och i vissa fall även undersökningar, kan när det är lämpligt ske på distans genom någon form av teknisk lösning. Bedömning av vårdbehovet kan på samma sätt förmedlas på distans om det är lämpligt. I många fall kommer dock det fysiska besöket vara den form av kontakt som patienten

föredrar. Det är viktigt att kontakterna med patienten i större utsträckning sker utifrån patientens behov.

Den medicinska bedömningen ska utföras av läkare eller av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, precis som i primärvården. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med kompetens att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det är den aktuella vårdgivaren som avgör vilken yrkeskategori som bör göra den medicinska bedömningen – avgörandet måste i första hand bero på patientens aktuella behov. Dessutom måste ansvarig vårdgivare ta hänsyn till vilken kompetens som finns tillgänglig och hur arbetssätten är utformade i den aktuella verksamheten.

En medicinsk bedömning kan föregås av någon form av undersökning eller provtagning. Den medicinska bedömningen kan resultera i ett konstaterande om att patienten inte behöver ytterligare vårdinsatser, i ett beslut om att ytterligare undersökning behöver genomföras eller i ett beslut om behandling, till exempel i form av operation.

Om det behövs mer än ett besök för att göra den medicinska bedömningen gäller garantin på 30 dagar även då. Till skillnad mot dagens besöksgaranti ingår därmed både undersökningar och återbesök i garantins tidsgräns.

Punkt 5, som handlar om tiden för planerad vård, motsvarar nuvarande 1 § 4 men ändras på så sätt att tidsgränsen kortas från 90 till 60 dagar samt att benämningen ”behandlingsgaranti” ändras till *garanti för planerad vård*. Med uttrycket planerad vård avses inte endast en åtgärd, som en operation, utan det kan handla om flera åtgärder som den ansvariga professionen beslutat om för den aktuella patienten. Planerad vård kan vara en operation, men kan också utgöras av en påbörjad fysioterapi, fördjupad psykiatrisk utredning eller ytterligare medicinsk undersökning. Om exempelvis en höftledsoperation är den beslutade åtgärden för patienten ska både eventuella undersökningar och själva operationen utföras inom 60 dagar från det att beslut fattats. Om en patient inte ska genomgå någon operation utan ska göra en skopi exempelvis, så gäller gränsen om 60 dagar för genomförd skopi. Undersökningar kan med andra ord ingå i garantin både som ett steg på väg mot operation och som slutåtgärd för patienten. Tidsfristen om 60 dagar börjar räknas när den medicinska bedömningen är avslutad och beslut har fattats om fortsatt planerad vård.

Vad gäller verksamhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri införs en skarpare tidsgräns om trettio dagar. Inom denna trettio-

dagars gräns ska planerad vård, som fördjupad utredning och behandling, ske. Vad gäller uttrycket barn- och ungdomspsykiatri så har begreppet samma betydelse som inom hälso- och sjukvården i dag. Det som avses är således verksamhet med öppen vård som bas och med möjligheter till sluten vård för barn och ungdomar med de största utrednings- och vårdbehoven. För att bestämmelsen ska gälla krävs inte att barn- och ungdomspsykiatrin är organiserad på något särskilt sätt.

Återbesök ingår, vilket är en skillnad mot dagens behandlingsgaranti. Om ett återbesök skulle bli aktuellt efter att den planerade vården har avslutats bör det i stället omfattas av bestämmelsen om medicinsk bedömning och därför ske inom 30 dagar enligt punkt 4.

I *andra stycket* jämställs en remiss med att patienten tar kontakt med vården på egen hand enligt de remissregler som gäller i respektive region. Detta förfarande kan kallas egen vårdbegäran, egenremiss eller egenanmälan. Syftet med regleringen är att tydliggöra att det inte är nödvändigt att det skickas en remiss via vården, om inte regionen har ställt något sådant krav, för att vårdgarantin ska gälla.

I *tredje stycket* regleras att de åtgärder som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer behövs för att kunna göra en medicinsk bedömning ska vara utförda inom tidsgränsen 30 dagar. Det handlar om åtgärder som behöver utföras i den specialiserade vården för att nå fram till en sådan bedömning och som inte kan, eller utifrån till exempel standardiserade vårdförlopp eller lokala överenskommelser ska, utföras i primärvården. Det kan till exempel vara utredande åtgärder som undersökningar och provtagning. För att utföra dessa åtgärder kan patienten behöva ha kontakt med vården vid flera tillfällen.

Av tredje stycket framgår vidare att inom tidsgränsen 60 dagar ska de åtgärder vara utförda som den ansvariga professionen beslutat om för den aktuella patienten. Se ovan under punkt 5.

I *fjärde stycket* regleras att efter det att patienten fått planerad vård i enlighet med punkt 5 och det har beslutats om att ytterligare vård behövs, gäller samma tidsgränser som föreskrivs i punkt 5 på nytt. För barn- och ungdomspsykiatri gäller tidsgränsen 30 dagar och för övrig specialiserad vård gäller 60 dagar.

Av *femte stycket* framgår att planerad uppföljning inte omfattas av vårdgarantin. Planerade uppföljningar kan till exempel handla om att bedöma om en fraktur har läkt på rätt sätt efter ett visst antal

veckor eller regelbundna årliga uppföljningar vid kroniska diagnoser. Tidpunkterna för sådana besök styrs ofta av rekommendationer och nationella riktlinjer och vad som är en lämplig tidpunkt för planerad uppföljning skiljer sig tidsmässigt åt beroende på diagnos och patientens situation.

Med planerad uppföljning avses inte de återbesök till vården som kan ske inom ramen för att uppfylla vårdgarantin enligt punkterna 4 och 5.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av Niklas Ekerstad, förordnad expert i utredningen, ordförande i Delegationen för medicinsk kvalitet, Svenska Läkaresällskapet (SLS)

SLS önskar här framföra ett särskilt yttrande över betänkandet (SOU 2026:38). Det innehåller sex punkter med tillhörande anknytning till betänkandets kapitel.

1. **Den föreslagna nya vårdgarantins status i förhållande till prioriteringsplattformen** (kap. 1, 3–8, 10, 13, 16)

SLS menar att en konstruktion med garanterad vård inom en viss tidsram med nödvändighet leder till konflikt med prioriteringsplattformen, och vi är därför i grunden tveksamma till vårdgaranti som lösning på problemet med vårdköer. Detta problem har dessutom tidigare lyfts och beskrivits av ett flertal aktörer, exempelvis Riksrevisionen. SLS anser att det i angivna kapitel samt aktuell författning måste framgå att normsystemet för prioriteringar (prioriteringsplattformen) är överordnat normsystemet för vårdgarantier, i händelse av konflikt dem emellan.

2. **Beskrivningen av risken för undanträngningseffekter** (kap. 4–8, 13)

Undanträngningseffekter innebär att patienter med mindre medicinska vårdbehov i praktiken får företräde framför patienter med större vårdbehov genom att behov som ingår i vårdgarantier och engångssatsningar tränger undan behov som inte ingår. Vårdgarantin utgår enbart från enskilda diagnoser, och beaktar inte svårighetsgrad och samsjuklighet. Den stora merparten av alla vårdbehov

berörs inte av vårdgarantier, och flera aktörer har tidigare beskrivit undanträngningseffekter i svensk sjukvård.

SLS anser att risken för undanträngningseffekter sannolikt kommer att öka om den nya vårdgarantin genomförs. Detta mot bakgrund av att: a) tidsgränserna för bedömnings- respektive behandlingsgaranti görs snävare, och b) fler utredningssteg kan förutses krävas inom ramen för bedömningsgarantin.

SLS anser även att uteblivna eller försenade planerade uppföljningar i form av återbesök riskerar att leda till att försämringar inte upptäcks med åtföljande konsekvenser för patientsäkerhet.

3. **Praktiska konsekvenser för patientflöden mellan olika vårdgivare** (kap. 7, 10, 13)

Givet den föreslagna nya vårdgarantins utformning, kan förutses ett ökande tryck på vården. Ett betydligt större antal patienter än i dag kommer att hänvisas till privata och offentliga vårdgivare i andra regioner.

SLS anser att risken för ökad administrativ börda, försämrad kontinuitet samt patientsäkerhet behöver belysas mer ingående än i betänkandet. Detta i synnerhet som exempelvis Riksrevisionen konstaterat att vårdgarantier hittills inte varit långsiktigt effektiva för att korta väntetider.

4. **Valfrihet beträffande val av vårdgivare inom sluten vård** (kap. 1, 9, 13, 16)

Det är centralt att val av vårdgivare sker inom ramen för den ordinarie prioriteringsordningen och att vården sker enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns indikationer på att införande av normsystem för valfrihet inom vården menligt kan inverka på möjligheterna att följa prioriteringsplattformen. Exempelvis kan grupper med nedsatt autonomi eller socioekonomisk utsatthet missgynnas.

SLS anser att det behöver klarläggas hur risken för ökad ojämlikhet och avsteg från plattformen samt hälso- och sjukvårdslagens (HSL) portalparagraf rörande vårdbehov, kan reduceras vid genomförande av en ny vårdgaranti.

SLS anser även att det behöver beskrivas mer ingående hur de planeringsmässiga problem som kan förutses (på grund av akuta patientflöden, vårdplatsbrist och behov av specifik specialistkompetens) i relation till möjligheten att välja utförare inom sluten vård skulle kunna bemästras.

5. Allmänna synpunkter på effektivitet, kapacitet och beslutsfattande inom hälso- och sjukvården (kap. 3)

SLS anser att det ur effektivitets- och kapacitetssynvinkel krävs en markant förbättrad läkarbemanning inom primärvården, ökat antal sjukhusvårdplatser, samt en kraftfull satsning på kompetensförsörjning anpassad efter faktiska förutsedda vårdbehov. Det är först efter det att dessa förutsättningar är uppfyllda, som statliga satsningar såsom vårdgarantier har möjlighet att få långsiktigt genomslag.

SLS anser även att det på klinisk beslutsnivå alltid kommer att krävas individuella bedömningar på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet, samt tillämpning av genomtänkta etiska principer.

6. Den använda begreppsapparaten i betänkandet (kap. 4–8, 13)

Det är centralt att en enhetlig nomenklatur, med tillhörande tydliga definitioner av nyckelbegrepp, tillämpas. I annat fall kan oklarheter och missuppfattningar uppstå.

SLS anser att exempelvis begreppen ”vårdbehov”, ”efterfrågan” och ”patientnytta” behöver definieras tydligare i utredningstexten, lämpligen med hänvisning till referensen Vårdens svåra val (SOU 1995:5).

Referenser

Lagar, förordningar, föreskrifter och EU-direktiv

Regeringsformen (1974:152).

Lag (1985:206) om viten.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

Patientdatalag (2008:355).

Lag (2001:99) om den officiella statistiken.

Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400).

Lag (2010:243) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen.

Patientsäkerhetslag (2010:659).

Skollag (2010:800).

Patientrörlighetsdirektivet (2011/24/EU). Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

Lag (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom EES.

Patientlag (2014:821).

Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Kommunallag (2017:725).

Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Socialtjänstlag (2025:400).

Kommittéförordning (1998:1474).

Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

Förordning (2004:881) om kommunalekonomisk utjämning.

Förordning (2010:349) om vårdgaranti.

Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet.

Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80).

Förordning (2018:1129) om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Förordning (2024:183) om konsekvensutredningar.

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

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

Förordning (2025:312) om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Förordning (2025:661) om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämning av vissa läkemedel.

Departementsserien

Ds 2023:27, *Effektiv och behovsbaserad digital vård.*

Statens offentliga utredningar

SOU 1989:39, *Hjälpmedelsverksamhetens utveckling – kartläggning och bedömning*.

SOU 1995:35, *Avgifter inom handikappområdet*.

SOU 2004:68, *Sammanhållen hemvård*.

S 2007:07, *Patientens rätt i vården*.

SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*.

SOU 2008:127, *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning*.

SOU 2009:11, *En nationell cancerstrategi för framtiden*.

SOU 2013:2, *Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen*.

SOU 2016:2, *Effektiv vård*.

SOU 2017:43, *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen*.

SOU 2017:53, *God och nära vård – delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård*.

SOU 2017:56, *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*

SOU 2018:39, *God och nära vård – En primärvårdsreform*.

SOU 2019:29, *God och nära vård – Vård i samverkan.*

SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval.*

SOU 2020:19, *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

SOU 2021:6, *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.*

SOU 2021:34, *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.

SOU 2021:59, *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*.

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

SOU 2022:22, *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*.

S 2024:A, *Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling*, 2025.

S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården.*

SOU 2024:43, *Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning*.

SOU 2024:50, *Nätt och jämnt – Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn, del 1*.

SOU 2024:57, *Ett nytt regelverk för hälsodataregister.*

SOU 2025:44, *Förbättrat stöd i skolan – Delbetänkande av Utredningen om en förbättrad elevhälsa.*

SOU 2025:62, *Ansvaret för hälso- och sjukvården*.

SOU 2025:96, *Fler möjligheter till ökat välstånd.*

SOU 2025:113, *En förbättrad elevhälsa – Slutbetänkande av Utredningen om en förbättrad elevhälsa.*

Kommittédirektiv

Dir. 2007:90, *Patientens rätt i vården*.

Dir. 2017:24, *Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.*

Dir. 2017:97, *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).*

Dir. 2018:90, *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).*

Dir. 2019:49, *Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).*

Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

Dir. 2021:107, *Tilläggsdirektiv till Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12)*.

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

Dir. 2025:94, *Tilläggsdirektiv till utredningen Behovsstyrd vård (S2024:05).*

Dir. 2026:3, *Samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården*.

Riksdagstryck

Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, bet. 1981/82: SoU51, rskr. 1981/82:381.

Prop. 1989/90:81, *Om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m. m.*

Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, bet. 1990/91:SoU9, rskr. 1990/91:97.

Prop. 1993/94:218, *Psykiskt störda villkor*, bet. 1993/94:SoU28, rskr. 1993/94:396.

Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

Prop. 2003/04:105, *God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting*, bet. 2004/05:FiU8, rskr. 2004/05:14.

Prop. 2004/05:1, *Budgetpropositionen för 2025, utgiftsområde 25*.

Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*.

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

Prop. 2009/10:165, *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet*.

Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn*.

Prop. 2012/13:116 *En mer samlad myndighetsstruktur inom Folkhälsoområdet*.

Prop. 2013/14:106, *Patientlag*, bet. 2013/14SoU24, rskr. 2023/14:327.

Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*, bet. 2017/18SoU18, rskr. 2017/18:176.

Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, bet. 2017/18:SoU22, rskr. 2017/18:294.

Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2020/21:61.

Prop. 2021/22:1, *Budgetpropositionen för 2022*, bet. 2021/22:FiU1, rskr. 2021/22:46.

Prop. 2021/22:72, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en Primärvårdsreform*, bet. 2021/22:SoU22, rskr. 2021/22:225.

Prop. 2024/25:144, *Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel*, bet. 2024/25:SoU27, rskr. 2024/25:222.

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

Prop. 2025/26:1, *Budgetpropositionen för 2026*, bet. 2025/26:FiU1, rskr. 2025/26:64; bet. 2025/26:SoU1, rskr. 2025/26:114; bet. 2025/26:UbU1, rskr. 2025/26:124.

Prop. 2025/26:19, *Nästa steg för en god och nära vård*, bet. 2025/26: SoU23, rskr. 2025/26:157.

Regeringsbeslut

Regeringsbeslut, S2020/03320, *Ändring av uppdraget att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*.

Regeringsbeslut, S2021/06332, *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*.

Regeringsbeslut, S2022/00456, *Uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven*.

Regeringsbeslut, S2022/01373, *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser*.

Regeringsbeslut, S2022/01664, *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*.

Regeringsbeslut, S2022/01372, *Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas*.

Regeringsbeslut, S2023/00679, *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården*.

Regeringsbeslut, S2023/00256, *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*.

Regeringsbeslut, S2023/01930, *Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*.

Regeringsbeslut, S2023/02117, *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling*.

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

Regeringsbeslut, S2024/01007, *Uppdrag att följa förekomst av fast läkarkontakt i hela befolkningen*.

Regeringsbeslut, S2024/01058, *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå*.

Regeringsbeslut, S2024/02236, *Uppdrag att förbereda för att samla in väntetidsdata*.

Regeringsbeslut, S2025/00254, *Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att kartlägga och analysera risker och nyttor med viss vård*.

Regeringsbeslut, S2025/01282, *Uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026*.

Regeringsbeslut, S2025/00401, *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna*.

Regeringsbeslut, S2025/00657, *Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra fortsatta insatser för att utveckla arbetet med nationella utvecklingsteam*.

Regeringsbeslut, S2025/00940, *Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården*.

Regeringsbeslut, S2025/00971, *Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling*.

Regeringsbeslut, S2025/01230, *Uppdrag till Socialstyrelsen att etablera och agera sammankallande part för en nationell cancer mission hubb*.

Regeringsbeslut, S2025/01233, *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna*.

Regeringsbeslut, S2025/01452, *Uppdrag till Inspektionen för vård och omsorg att stärka och utveckla tillsynen inom området psykisk hälsa och suicidprevention*.

Regeringsbeslut, S2025/01757, *Uppdrag till Socialstyrelsen att lämna förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna*.

Regeringsbeslut, S2025/02147, *Regleringsbrev för budgetåret 2026 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*.

Regeringsbeslut, S2025/02147, *Regleringsbrev för budgetåret 2026 avseende Socialstyrelsen*.

Regeringsbeslut, S2026/00052, *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna.*

Regeringsbeslut, S2026/00092, *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela och betala ut medel för att stärka kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården*.

Regeringsbeslut, S2026/00201, *Ändring av uppdraget till Socialstyrelsen att följa upp överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026*.

Regeringsbeslut, S2026/00065, *Ökad överlevnad och bättre livskvalitet – nationell cancerstrategi 2.0*.

Regeringsbeslut, S2026/00384, *Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra förberedelser för nytt regelverk om hälsodataregister och utökad insamling*.

Regeringsbeslut, S2026/00948, *Uppdrag att stärka implementeringen av Socialstyrelsens stöd för utmönstring av vård som saknar patientnytta*.

Regeringsbeslut, S2026/00990, *Uppdrag att utveckla en nationell listningstjänst i primärvården.*

Överenskommelser

Regeringen och SKL, *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa*, 2009.

Regeringen och SKL, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015*, 2015.

Regeringen och SKL, *En ny, uppdaterad kömiljard 2019. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting,* 2019.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och* Landsting, 2019.

Regeringen och SKR, *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner,* 2020.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2020.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021.

Regeringen och SKR, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner,* 2021.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2022.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2023.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner,* 2023.

Regeringen och SKR, *Strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2025*, 2025.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2025.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026. Ändringsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2026.

Regeringen och SKR, *Strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2026. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner,* 2026.

Regeringen och SKR, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2026. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2026.

Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, *Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna,* 2019.

Moderaterna, Liberalerna, Kristdemokraterna och Sverigedemokraterna, *Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige,* 2022.

Regeringsskrivelser

Skr. 2024/25:77, *Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.*

Domstolsavgöranden

Högsta förvaltningsdomstolens dom, HFD 2020 ref. 28.

Kammarrätten i Göteborgs dom den 2 december 2022 i mål nr 4502-22.

Förvaltningsrätten i Stockholms dom den 12 februari 2024 i mål nr 3487-23.

Myndighetsbeslut

Inspektionen för vård och omsorg, beslut 2025-06-09 dnr 3.5.1-27473/2023-6.

Inspektionen för vård och omsorg, beslut 2024-08-18 i ärende med dnr 3.1.1-05819/2025-9 avseende bråck.

Inspektionen för vård och omsorg, beslut 2024-02-26 i ärende med dnr 3.1.1-35834/2023-5 avseende urinblåsecancer.

Inspektionen för vård och omsorg beslut 2025-02-26 i ärende med dnr 3.1.1-36095/2024-3 avseende tarmundersökning.

Inspektionen för vård och omsorg beslut 2025-04-08 i ärende med dnr 3.1.1-04262/2025-5 avseende koloskopiundersökning.

Integritetsskyddsmyndigheten, beslut 2024-12-18, i ärende med dnr DI-2021-9333.

Litteratur, utredningar och publikationer

Anell, A., *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, rapport 2010:7, Regeringskansliet, 2010.

Anell, A., *Vården är värd en bättre styrning*, SNS Förlag: Stockholm, 2020.

Autism Sverige, *Hälso- och sjukvårdsrapport 2024*, 2024.

Barnombudsmannen. *Årsrapport 2024. Hur dåligt måste man må egentligen? Samhällets insatser för att främja barns psykiska hälsa*, 2024.

Dahlgren, G. och Whitehead, M., *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institutet för framtidsstudier, 1991.

Deeny, S., Gardner, T., Al-Zaidy, S., Barker, I., Steventon, A., *Briefing: Reducing hospital admissions by improving continuity of care in general practice.* The Health Foundation, 2017.

Ekman, B. och Ellegård, LM., *Digitaliseringen av svensk vård och omsorg*, SNS Förlag: Stockholm, 2023.

Folkhälsomyndigheten, *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*, 2018.

Försäkringskassan, *Planerad vård utomlands*, 2017:4, 2017.

Haggerty J., Reid R., Freeman G., Starfield, B., Adair C., McKendry, R., *Continuity of Care: A Multidisciplinary Review*, BMJ, 2003.

Hanning, M. och Edhag, O., *Väntetider i vården – en utmaning*, Socialmedicinsk tidskrift 5-6 2006.

Inspektionen för vård- och omsorg, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, Artikelnummer 2021-7, 2021.

Inspektionen för vård- och omsorg, *Iakttagelser i korthet. Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatrin riskerar patientsäkerheten*, 2025.

Inspektionen för vård och omsorg, *Tillsyn av privat finansierad neuropsykiatrisk vård – Slutredovisning av regeringsuppdrag (S2025/00257)*, 2026.

Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, rapport 2022:3, 2022.

Lavin, R., *Viteslagstiftningen. En kommentar*, 2025-01-08, JUNO.

Lindgren, L., *Utvärderingsmonstret*, *Kvalitetsmätning och resultatstyrning i den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur, 2008.

Marmot, M. och Wilkinson, R., *Social determinants of health*, Oxford university press, 2005.

Meiqari, L., Al-Oudat, T., Essink, D., Scheele, F., Wright, P., *How have researchers defined and used the concept of 'continuity of care' for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework*, Health Res Policy Syst., 2019.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor och Folkhälsomyndigheten, *Att inte bara överleva, utan att faktiskt också leva – En kartläggning om ungas psykiska hälsa*, Folkhälsomyndigheten, 2023.

Myndigheten för vårdanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, rapport 2014:3, 2014.

Myndigheten för vårdanalys, *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5, 2015.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017*, rapport 2017:2, 2017.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6, 2017.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder,* PM 2017:2, 2017.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, rapport 2021:4, 2021.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar*, rapport 2020:1, 2020.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag*, rapport 2021:10, 2021.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Besök via nätet.*

Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök, rapport 2022:1, 2022.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre International Health Policy Survey (IHP) 2021*, rapport 2022:2, 2022.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Kontinuitet och fast Läkarkontakt Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård: 2023*, PM 2023:3, 2023.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023*, 2024.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv* PM 2024:3, 2024.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Fast läkarkontakt i primärvården 2024 – Behov och tillgång ur befolkningens perspektiv*, PM 2024:5, 2024.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Omtag för omställning Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport,* rapport 2025:1, 2025.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Analysplan*, 2026.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En fast punkt? Uppföljning av förekomsten av fast läkarkontakt i befolkningen: delrapport*, rapport 2026:2, 2026.

Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256)*, 2024.

Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *En gemensam och sammanhållen kedja för kunskapsstyrning*, 2024.

Region Norrbotten, *Beställning Vårdval Primärvård 2026 Huvudbok*, Bilaga 1.

Region Skåne, *Förfrågningsunderlag och Avtal beslutade i Primärvårdsnämnden för Vårdcentral i Hälsoval Skåne Gällande år 2026,* 2025.

Region Stockholm, *Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Delegationsbeslut 2026-01-29, PVN 2025-0141*, 2026.

Region Sörmland, *Fördjupad uppföljning avseende digitala distanskontakter inom vårdval vårdcentral Kry Primärvård AB samt Doktor.se*, 2025.

Region Sörmland, *Regelbok för vårdval vårdcentral i Region Sörmland 2026*, 2025.

Region Värmland, *Krav- och kvalitetsbok Vårdval Värmland*, 2025.

Region Västmanland, *Regelbok Vårdval Vårdcentral 2026 – Vårduppdrag Västmanland*.

Region Jönköpings län, *Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län Regelbok 2026*, version 1.0.

Region Örebro län, *Hälsoval Örebro län Krav- och kvalitetsbok – Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva primärvård inom Region Örebro län,* 2025.

Region Östergötland, *Vårdval primärvård Regelbok för auktorisation 2026*.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument – Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, version 2.0, 2020.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2020–2021*, 2022.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Cancer utan känd primärtumör (CUP)*, 2024-11-05.

Riksrevisionen, *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet,* rapport 2017:3, 2017.

Riksrevisionen, *Regeringens underlag till riksdagen under pandemin – extra ändringsbudgetar 2020 och 2021*, rapport 2022:16, 2022.

Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, rapport 2023:12, 2023.

Saultz, JW., Annals of family medicine, *Defining and measuring interpersonal continuity of care*, 2003.

SBU, *Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård*, 2018.

SBU, *Kontinuitet i vården – En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter*, 2021.

SBU, *Patientavgifter och vårdutnyttjande inom akutvård*, 2024.

Sirona, *Granskning av Blodtrycksdoktorn AB – Journalgranskning utförd av Sirona på uppdrag av Region Sörmland*, 2026.

Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026.

SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022.

SKR, *Ersättningsmodeller för nära vård,* 2023.

SKR, *Ersättningsmodeller för specialistvård*, 2022.

SKR, *Ersättningsmodeller i primärvården,* 2022.

SKR, *Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa 21/22*, 2022.

SKR, *Psykiatrin i siffror. Barn- och ungdomspsykiatrin, kartläggning 2024*, 2025.

SKR, *Hälso- och sjukvårdsrapporten. Om läget och utvecklingen i den regionala sjukvården*, 2024.

SKR, *Primärvård i Sverige*, 2024.

SKR, *Pusselbitar och perspektiv – Första linjen och BUP:s erfarenheter av barn och ungas psykiska ohälsa*, 2025.

SKR, *Projekt hänvisning 2021*, 2022.

Socialdepartementet, *Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel*, dnr S2024/02135, 2024.

Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, artikelnummer 2012-5-16, 2012.

Socialstyrelsen, *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*, 2015.

Socialstyrelsen, *Fast vårdkontakt – När, var hur?*, 2017-10-26.

Socialstyrelsen, *Patientströmmar över landstingsgränsen*, 2018.

Socialstyrelsen, *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*, artikelnummer 2018-12-1, 2018.

Socialstyrelsen, *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Februari 2018*, artikelnummer 2018-2-16, 2018.

Socialstyrelsen, *Nationellt utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården*, artikelnummer 2025-3-9495, 2025.

Socialstyrelsen, *Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018*, 2019.

Socialstyrelsen, *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa*, 2021.

Socialstyrelsen *Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt*, 2022.

Socialstyrelsen, *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata, Slutrapport november 2022*, 2022.

Socialstyrelsen, *Statistik om specialiserad psykiatrisk vård*, 2023.

Socialstyrelsen, *Statistik om specialiserad psykiatrisk vård 2024 – fokus på ny inrapportering*, 2026.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022*, 2023.

Socialstyrelsen, *Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård 2023 – delredovisning*, artikelnummer 2024-3-9007.

Socialstyrelsen, *Förekomst av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*, 2024.

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens plan för arbetet med tillgänglighet och vårdkapacitet*, 2024, artikelnummer 2024-11-9312.

Socialstyrelsen, *Plats för vård. Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården,* artikelnummer 2024-5-9098, 2024.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, *Delredovisning 1*, januari 2024.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Nationell vårdförmedling Delredovisning av regeringsuppdrag (S2023/02119): genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider,* september 2024.

Socialstyrelsen, *Låt hjärtat orka längre – nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt*, 2024.

Socialstyrelsen, *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt*, 2024.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, *Slutredovisning*, 2025.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer 2024. Rörelseorganens sjukdomar – Utvärdering av vården vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar*, 2024.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer 2025 – Utvärdering av vården vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom*, 2025.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023 och 2024. Slutredovisning av regionernas insatser*, 2025.

Socialstyrelsen, *Analys av incitamentsstrukturer för nationell vårdförmedling*, 2025.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling*, 2025.

Socialstyrelsen, *Förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna*, 2025.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, 2025.

Socialstyrelsen, *Uppdrag att förbereda insamling av uppgifter om väntetider*, 2025.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025 Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatrin*, 2025.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av arbetssättet En väg in. En rapport om införandet av centraliserade funktioner för telefontriagering av vård för barn och unga med psykisk ohälsa*, 2025.

Socialstyrelsen, *Statistik om hjälpmedel 2024 och kostnader 2025,* 2025.

Socialstyrelsen, *Trender och trendbrott i tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Nationella planeringsstödet 2026 – fördjupningsrapport*, 2026.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling Delredovisning*, 2026.

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Sveriges Kommuner och Regioner, *Begrepp inom området psykisk hälsa*, 2024.

Statskontoret, *Tänk till om tillsynen. Om utformningen av statlig tillsyn*, 2012.

Statskontoret, *På väg mot en bättre tillsyn? En studie av den statliga tillsynens utveckling*, 2020.

Statskontoret, *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2024,* 2025.

Sveriges läkarförbund, *Medicin med detsamma – Förslag till en rättvisare vårdgaranti*, 2012.

Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar, *Årsrapport 2024*, 2025.

Vedung, E., *Utvärdering i politik och förvaltning*, Lund; Studentlitteratur, 1998.

Lagar i Danmark, Norge och Finland

Danmark, Sundhedsloven, LBK (275).

Norge, Lov om pasient- og brukerrettigheter, (LOV-1999-07-02-63).

Norge, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., (LOV-1999-07-02-61).

Finland, Hälso- och sjukvårdslag, Terveydenhuoltolaki, (1326/10).

Webbsidor m.m.

Breakit, ”Kry spenderar miljoner på att locka förkylda till läkaren – sågas”, https://www.breakit.se/artikel/15994/kry-spenderar-miljoner-pa-att-locka-forkylda-till-lakaren-sagas, hämtad 2026-01-28.

Dagens samhälle, ”Region avfyrar ny fakturasalva mot Kry och Doktor.se”, 18 november 2025, https://www.dagenssamhalle.se/samhalle-och-valfard/digitalisering/region-avfyrar-ny-fakturasalva-mot-kry-och-doktorse/, hämtad 2026-01-29.

DI digital, ”Efter kritiken – Kry tvingas sluta ragga patienter på stan”, 3 december 2025, https://www.di.se/digital/efter-kritiken-kry-tvingas-sluta-ragga-patienter-pa-stan/, hämtad 2026-01-28.

Myndigheten för digital förvaltning, ”Digital identitetsplånbok”, https://www.digg.se/digitala-tjanster/digital-identitetsplanbok, hämtad 2026-04-08.

Doktor.se, ”Välj din vårdcentral”, https://doktor.se/vardcentraler, hämtad 2026-04-09.

E-hälsomyndigheten, ”Högkostnadsskydd”, https://www.ehalsomyndigheten.se/privatperson/hogkostnadsskydd/, hämtad 2026-02-10.

Ekonomifakta, ”Vårdcentraler i privat regi”, https://www.ekonomifakta.se/sakomraden/foretagande/offentlig-sektor/vardcentraler-i-privat-regi_1210137.html, hämtad 2026-03-31.

Försäkringskassan, ”Statistik om internationell vård”, https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistik-om-internationell-vard, hämtad 2026-03-26, 2026-03-27.

Kry, ”Välkommen till våra vårdcentraler”, https://www.kry.se/vardcentraler/, hämtad 2026-04-09.

Läkartidningen, ”Primärvårdsläkare väljer nu deltid”, https://lakartidningen.se/nyheter/sex-av-tio-primarvardslakare-arbetar-deltid/, hämtad 2026-05-06.

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, ”Grundläggande om prioriteringar inom vård och omsorg”, https://liu.se/forskning/prioriteringscentrum/om-prioriteringar, hämtad 2025-11-13.

Regeringen, pressmeddelande, ”Regeringen stärker uppföljningen av vårdens väntetider”, https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/05/regeringen-starker-uppfoljningen-av-vardens-vantetider/, hämtad 2025-05-06.

Region Sörmland, ”Region Sörmland drar tillbaka godkännandet av Blodtrycksdoktorn som underleverantör”, https://regionsormland.se/nyheter/nyhetslista/region-sormland-drar-tillbaka-godkannandet-av-blodtrycksdoktorn-som-underleverantor/, hämtad 2026-04-17.

Regionala cancercentrum i samverkan, ”Nationella vårdprogram – RCC Kunskapsbanken”, https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/vardprogram/, hämtad 2025-04-23.

Regionala cancercentrum i samverkan, ”Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram”, https://cancercentrum.se/diagnosbehandling/vardforloppsvf/andringarvardforlopp/satasettvardforloppfram.7393.html, hämtad 2026-02-04.

Region Stockholm, ”Regelverket för remisshantering inom Region Stockholms hälso- och sjukvård”, https://vardgivarguiden.se/administration/patientadministration/remittering/om-remisshantering/regelverk-remisshantering/, hämtad 2025-04-22.

Region Skåne, ”Remisshantering i Region Skåne”, https://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/remisshantering-och-rutiner-for-vantande-patienter/remisshantering/god-klinisk-praxis---remisshantering.pdf, hämtad 2025-04-22.

SCB, ”Privata företag utförde 18 procent av verksamheten inom vård, skola och omsorg 2023”, https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/finansiarer-och-utforare-inom-varden-skolan-och-omsorgen/pong/statistiknyhet/finansiarer-och-utforare-inom-vard-skola-och-omsorg-2023/, hämtad 2026-03-31.

SCB, ”Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 11,2 procent 2024”, https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper-2024/, hämtad 2026-04-19.

SCB, ”Köp från regioner i mnkr, löpande priser efter verksamhetsområde och år”, https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__OE__OE0107__OE0107D/ForsaljVerksamh/, hämtad 2026-03-10.

SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, https://extra.skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/utokaduppfoljningavspecialiseradvard.43536.html, hämtad 2026-02-09, 2026-02-11, 2026-02-12, 2026-03-31.

SKR, ”Reviderade ersättningar för digital utomlänsvård”, https://skr.se/pressrum/aktuellt/nyhetsarkiv/revideradeersattningarfordigitalutomlansvard.9910.html, hämtad 2026-03-13.

Socialstyrelsen, ”Statistik om patienter som får vård i en annan region”, https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/patienter-som-far-vard-i-en-annan-region/, hämtad 2026-03-26.

Socialstyrelsen, ”Statistik om tillgänglighet i hälso- och sjukvård”, https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/lagesbild-och-statistik-tillganglighet-vantetider-och-vardgaranti-i-halso-och-sjukvard/, hämtad 2025-04-09.

Socialstyrelsen, ”Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning”, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/stod-for-produktions--och-kapacitetsstyrning/, hämtad 2026-02-04.

Socialstyrelsen, ”Socialstyrelsens termbank” (återbesök), https://termbank.socialstyrelsen.se/?query=%C3%A5terbes%C3%B6k&src_lang=swe&subject=0.0.0&diagram_name=&sorting_field=22&sorting_dir=0&search_mode=0, hämtad 2026-03-31.

Socialstyrelsen, ”Information till patienter om publicerade riktlinjer”, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/information-till-patienter/om-publicerade-riktlinjer/, hämtad 2025-11-14.

Socialstyrelsen, ”Nationellt utvecklingsteam för barn- och ungdomspsykiatrin”, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/psykisk-halsa-hos-barn-och-unga/nationellt-utvecklingsteam-bup/, hämtad 2026-02-06.

Socialstyrelsen, ”Psykisk ohälsa – målbild för vårdcentraler”, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-vard/psykisk-ohalsa-malbild-for-vardcentraler/, hämtad 2026-04-10.

Sveriges radio, Ekot granskar, ”Kry-läkare: ’Kan ta 100 patienter på en dag’ ”, Publicerad 15 april 2026, https://www.sverigesradio.se/artikel/kry-lakare-kan-ta-100-patienter-pa-en-dag, hämtad 2026-04-19.

Vårdförbundet, ”Tre av tio jobbar deltid i vården – många orkar inte heltid”, https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/aktuellt/nyheter/tre-av-tio-jobbar-deltid-i-varden--manga-orkar-inte-heltid/, hämtad 2026-05-06.

Vårdhandboken, ”Bemötande i vård och omsorg, genusperspektiv – Översikt”, https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/bemotande-i-vard-och-omsorg/bemotande-i-vard-och-omsorg-genusperspektiv/oversikt/, hämtad 2026-04-14.

1177, ”Patientavgifter och högkostnadsskydd”, https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter/, hämtad 2026-04-19.

1177, ”Vårdgaranti”, https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgaranti/, hämtad 2026-04-02.

Övrigt

Famna, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Inspektionen för vård- och omsorg, remissvar över betänkandet *Ett nytt regelverk för hälsodataregister*, SOU 2024:57.

Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, remissvar över betänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet*, SOU 2022:22.

Pensionärernas riksorganisation, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Regeringen, *Regeringsförklaringen*, 18 oktober 2022.

Regeringen, *Regeringsförklaringen – För ett rikare och tryggare Sverige*, 10 september 2024.

Region Sörmland, *Statistikpaket DVG 2025,* 2026.

SKR, *Meddelande från styrelsen – Patientavgifter vid digitala vårdmöten*, 2018.

SKR, *Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster,* 2019.

SKR, *PM för arbetssätt för uppföljning av återbesök i specialiserad vård kopplat till rapportering av tillgänglighet till SKR*, 2023-11-17.

SKR, *Riksavtal för utomlänsvård, med giltighet fr.om 1 september 2025*, 2025.

SKR, *Hur får regionerna använda andra regioners avtal och LOU, utformning av kontrakt. Svarar riksavtalet på det?* presentation SKR, 2025.

SKR, *Patientavgifter 2026*, 2026.

SKR, *Meddelande från styrelsen – Digital utomlänsvård*, 2026.

Svenska distriktläkarföreningen, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Sveriges läkarförbund, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Sveriges läkarförbund, *PM Behövs en ny PAL-reglering? Input till utredningen Behovsstyrd vård*, 2025.

Svenska Läkaresällskapet, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Svenska Läkaresällskapet, *Yttrande rörande utredningen Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet (Dir 2024:05)*, 2025.

SVT Nyheter Norrbotten ”Färre norrbottningar tvingas resa för att få vård”, 15 december 2025.

Västra Götalandsregionen, *Regional medicinsk riktlinje, RMR, Remiss inom hälso- och sjukvård*, *Version 3.0*, Dokument-ID: SSN11800-2140136717-81.

Västra Götalandsregionen, *Krav och kvalitetsbok vårdval vårdcentral 2026*, 2025.

Kommittédirektiv 2024:50

Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet

Beslut vid regeringssammanträde den 23 maj 2024.

Sammanfattning

En särskild utredare ska analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti samt lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården. Den nya vårdgarantin bör tydliggöra såväl patientens möjligheter att få vård hos en annan vårdgivare i de fall vårdgarantins tidsgränser inte kommer kunna uppfyllas som regionens ansvar att tillgodose detta. Syftet är att hälso- och sjukvården på ett bättre sätt ska leva upp till lagens krav på en tillgänglig vård som tillgodoser patientens behov av rätt vård i rätt tid, trygghet, kontinuitet och säkerhet, samtidigt som behovsprincipen respekteras.

Utredaren ska bl.a.

- föreslå en vårdgaranti inom den specialiserade vården med väsentligt kortare tidsgränser än i dag, som bl.a. innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård vid psykisk ohälsa inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling,
- analysera och föreslå en reglering som ger patienten möjlighet att utan extra kostnad fritt välja utförare i den offentligt finansierade vården i hela landet, i de fall vårdgarantin inom den specialiserade vården inte bedöms kunna uppfyllas av hemregionen,

- vid behov lämna förslag på åtgärder som stärker huvudmännens och vårdgivarnas förutsättningar att uppfylla vårdgarantin och följa patientlagen (2014:821),
- analysera hur en fast läkarkontakt inom specialiserad vård bör förhålla sig till funktionerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården,
- lämna förslag på statliga engångsinsatser som syftar till att korta väntetiderna, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att föreslå statliga engångsinsatser för att minska väntetiderna ska redovisas senast den 2 januari 2025. Övriga delar av uppdraget ska redovisas senast den 25 maj 2026.

Uppdraget om en ny och stärkt vårdgaranti för ökad tillgänglighet, kontinuitet och jämlikhet över landet

Patienter bör ges möjlighet att tidigare än i dag få vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider

Svensk hälso- och sjukvård håller hög medicinsk kvalitet men långa väntetider, med stora regionala skillnader, är ett problem sedan lång tid tillbaka. Bristande tillgänglighet kan t.ex. leda till att medicinska tillstånd förvärras och att sjukfrånvaron från arbetet blir onödigt lång.

För att komma till rätta med dessa problem infördes det bl.a. en lagstadgad vårdgaranti 2010. Regeringen har även avsatt avsevärda ekonomiska medel i syfte att öka tillgängligheten. Sedan 2010 har över 20 miljarder kronor tilldelats regionerna genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för att öka tillgängligheten. Ytterligare medel har de senaste åren avsatts för att minska vårdplatsbristen och öka vårdkapaciteten. Tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet står också i centrum för regeringens och huvudmännens arbete med omställningen till en god och nära vård, även detta ett område där regeringen tilldelat regionerna medel. Sedan 2019 har regeringen avsatt knappt 18 miljarder kronor för arbetet med en god och nära vård.

Trots vidtagna åtgärder har den lagstadgade vårdgarantin i praktiken inte fungerat fullt ut. Tvärtom har väntetiderna fortsatt att öka de senaste åren och den lagstadgade vårdgarantin följs i allt lägre utsträckning. Patientens ställning och delaktighet har inte heller stärkts i önskad omfattning.

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12), härefter benämnd Tillgänglighetsdelegationen, konstaterar i sitt slutbetänkande Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22) att det förefaller ha utvecklats en syn på vårdgarantins gränser som målsättningar att ta sikte på, snarare än som yttersta gränser inom vilka medicinska prioriteringar ska ske. Likaså konstaterar Riksrevisionen i rapporten I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer (RiR 2023:12) att vårdgarantin inte har haft någon tydlig, långvarig effekt på väntetiderna. Mot den bakgrunden och i enlighet med Tidöavtalet, som är en överenskommelse mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna, bedömer regeringen att vårdgarantin ska ses över för att fler patienter ska få vård i tid. 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 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen på en lätt tillgänglig vård som tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samtidigt som behovsprincipen respekteras. För att hälso- och sjukvårdssystemet ska fungera effektivt behövs såväl en utbyggd primärvård som kan ta hand om merparten av befolkningens vårdbehov som en väl fungerande specialiserad vård. Det behövs även tillräckligt med vårdplatser i den slutna vården för att ta hand om de personer som behöver sjukhusens resurser. Därutöver krävs en väl fungerande samverkan mellan de olika delarna av systemet, så att varje person kan få en personcentrerad och sammanhängande vård, på rätt plats i vårdsystemet. Hälso- och sjukvården behöver därför arbeta parallellt med att öka tillgängligheten till den specialiserade vården och att bygga ut primärvården. En viktig del i detta är att korta vårdgarantins tidsgränser inom den specialiserade vården och bibehålla dagens tidsgränser inom primärvården i syfte att fler patienter ska få vård i tid.

Att tvingas vänta på vård kan utöver förvärrade medicinska tillstånd skapa oro, stress och rädsla hos patienten. En bristande tillgänglighet riskerar också att underminera förtroendet för hälso- och sjukvården och är inte förenlig med kraven i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen om att vården ska vara lätt tillgänglig.

När regionen inte kan erbjuda specialiserad vård inom vårdgarantins tidsgränser har regionen en skyldighet att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnader för patienten. Patienter har visserligen möjlighet att fritt välja utförare av offentligt finansierad öppen vård i hela landet oberoende av vårdgarantins gränser. Ett sådant val medför dock ofta extra kostnader för patienten, i form av t.ex. rese- och logikostnader. Inom den slutna vården saknas motsvarande möjlighet för patienter att fritt välja utförare. Eftersom regionens betalningsansvar för vården sammanfaller med vårdgarantins tidsgränser, innebär det i praktiken att många patienter tvingas vänta tills vårdgarantins gräns om 90 dagar inom den specialiserade vården har passerat innan de, med regionens hjälp och utan extra kostnad, kan få vård hos en annan vårdgivare. Förutsättningarna för patienter att få vård utanför sin hemregion skiljer sig åt betydligt mellan olika regioner. Regionernas organisation och arbetssätt för att öka tillgänglighet, med t.ex. patientkontor och vårdlotsar, har varierande effekt för patienterna.

Mot denna bakgrund anser regeringen att patienter ska ges möjlighet att tidigare än i dag få vård hos en vårdgivare i någon annan än den egna regionen, utan extra kostnad för patienten. Det behöver också bli enklare för patienter att själva söka vård hos andra vårdgivare, både inom hemregionen och i andra regioner. Som en del i detta har regeringen i enlighet med Tidöavtalet bl.a. tagit initiativ till att inrätta en nationell vårdförmedling som innebär att väntande patienter kan få vård hos en annan vårdgivare med ledig kapacitet eller kortare väntetider oavsett var i landet denna vårdgivare finns (S2023/02117). Genom att synliggöra var kapacitet finns i landet ska befintliga resurser kunna användas mer effektivt och väntande patienter snabbare erbjudas vård.

Mot bakgrund av de brister som finns med dagens vårdgaranti bedömer regeringen att Sverige behöver en ny och stärkt vårdgaranti med kortare tidsgränser än i dag för specialiserad vård och ett skärpt ansvar för regionerna i de fall vårdgarantins tidsgränser bedöms inte kunna uppfyllas.

Möjligheterna för tillsynsmyndigheten att agera exempelvis genom föreläggande mot huvudmannen, samt i vilken form, bör också ses över. Dessa ska dock inte medföra kostnader för patienten. Detta kan i sin tur bidra till kortare väntetider, stärkt patientperspektiv och en mer effektiv användning av resurserna i vårt gemensamma hälso- och sjukvårdssystem. En förutsättning för att en sådan vårdgaranti ska bidra till en god och tillgänglig vård i hela landet på lika villkor för hela befolkningen är att regionerna tillgängliggör information om regionernas skyldigheter och vilka möjligheter patienten ges i de fall tidsgränserna inte uppfylls. Patienternas rättigheter och regionernas ansvar i vårdgarantin ska även fortsättningsvis regleras i lag.

För att säkerställa att den nya vårdgarantin uppfyller sina syften och att patienterna får den vård de behöver, behöver följsamheten till den nya vårdgarantin följas upp. Här behöver statens roll i uppföljningen samt dess förutsättningar att göra detta på ett ändamålsenligt sätt analyseras.

Utredaren ska därför

- analysera och föreslå en vårdgaranti inom den specialiserade vården som utgår från patientens behov och med väsentligt kortare tidsgränser än i dag,
- analysera och föreslå en reglering som ger patienten möjlighet att utan extra kostnad fritt välja utförare i den offentligt finansierade vården i hela landet, i de fall vårdgarantin inom den specialiserade vården inte bedöms kunna uppfyllas av hemregionen,
- analysera och föreslå hur patientens möjlighet att fritt välja utförare av offentligt finansierad specialiserad vård i hela landet ska utökas till att också omfatta sluten vård,
- analysera och vid behov föreslå åtgärder som stärker huvudmännens och vårdgivarnas förutsättningar att uppfylla vårdgarantin och följa patientlagen,
- analysera och lämna förslag på lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen i de fall när vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför ekonomiska sanktioner mot regionen eller kostnader för patienten,

- analysera och föreslå hur en förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin och patientlagen ska utformas med fokus på lärande och ansvarsutkrävande, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Det är prioriterat med vård i tid för barn och unga med psykisk ohälsa

För barn- och ungdomspsykiatrin finns det sedan 2011 en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och unga inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling. Andelen genomförda första bedömningar och påbörjade fördjupade utredningar eller behandlingar inom dessa tidsgränser redovisas månatligen uppdelat per region. Målsättningen är dock inte lagstadgad utan har formulerats i överenskommelser mellan staten och SKR.

Eftersom det är extra viktigt att barn och unga med psykisk ohälsa som är i behov av specialiserad vård får hjälp i tid, och väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatrin fortsätter att öka, är det särskilt relevant att se över väntetiderna inom denna del av vården.

Att öka tillgängligheten till vård för barn och unga med psykisk ohälsa är en prioriterad fråga för regeringen under mandatperioden och i regeringsförklaringen den 18 oktober 2022 anges att en lagstadgad vårdgaranti ska införas med innebörden att barn som behöver hjälp och stöd ska få det inom maximalt 30 dagar.

Utredaren ska därför

- föreslå en lagstadgad vårdgaranti som innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård vid psykisk ohälsa inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning och efterföljande behandling,
- analysera och vid behov föreslå åtgärder för att stärka förutsättningarna för att vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa följs och inom ramen för analysen särskilt beakta vanligt förekommande patientgrupper, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget om fast läkarkontakt inom specialiserad vård

Kontinuiteten inom specialiserad vård behöver förbättras

På samma sätt som det finns brister i tillgänglighet inom den specialiserade vården finns det också brister när det gäller kontinuitet och patientdelaktighet. Detta konstateras bl.a. i rapporterna Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård (Socialstyrelsen 2021) och En lag som kräver omtag (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, rapport 2021:10).

Dagens alltmer specialiserade sjukvård, en åldrande befolkning och ett ökande antal multisjuka patienter med en komplex sjukdomsbild och flera olika diagnoser ställer höga krav på hälso- och sjukvården. Patienterna har ofta kontakt med många olika delar av vården, som därmed behöver organisera sig så att man kan tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, inte enbart på den egna kliniken eller mottagningen utan inom hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

En central del i att uppnå trygghet, kontinuitet och säkerhet är att patienten och närstående vet vem som är ansvarig för den hälso- och sjukvård som ges och till vem frågor om vården kan ställas. Även för andra professioner och vårdenheter runt patienten är det av stor vikt att veta vilken läkare (eller annan hälso- och sjukvårdsprofession) som har ansvar för vården av en viss patient. Det underlättar informationsutbytet och har därmed positiv effekt för behandlingen av patienten och patientens upplevelse av vården.

Kontinuitet i relationer mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är centralt för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Vissa funktioner i hälso- och sjukvården, som ska bidra till att säkerställa att dessa krav uppnås, är därför lagreglerade.

Reglering om fast läkarkontakt i primärvården har funnits sedan mitten av 1990-talet. Regionerna ansvarar för att alla som omfattas av deras ansvar kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården där patienten är listad. En fast läkarkontakt i primärvården syftar till att tillgodose patientens behov av kontinuitet i primärvården. Denna kontinuitet är särskilt viktig för personer med komplexa vårdbehov, men även vid mer sporadiska kontakter kan förebyggande åtgärder, t.ex. avseende livsstilsförändringar,

underlättas av att patienten har möjlighet att återkommande få träffa samma läkare Omfattande forskningsstudier har visat på den positiva effekt god kontinuitet har på behovet av akutvård, vård utanför arbetstid och mortalitet. Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården, om 1 100 invånare per specialistläkare och 550 invånare per ST-läkare, utgör en utgångspunkt i planering, resursfördelning och uppföljning av läkarresurserna i primärvården.

Sedan 2010 finns även bestämmelser om fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Bestämmelsen gäller all hälso- och sjukvård, dvs. såväl primärvård som specialiserad vård. Beroende på vilket behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, en sjuksköterska eller en psykolog, men det kan även vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Patienter som har kontakt med flera olika delar av hälso- och sjukvården – olika enheter, vårdgivare och huvudmän – kan behöva ha mer än en fast vårdkontakt.

Till skillnad från hur det är inom primärvården finns det i dag inget särskilt krav på att patienter i den specialiserade vården ska kunna få tillgång till en fast läkarkontakt. För vissa patienter inom den specialiserade vården bedöms dock fasta kontakter vara centralt för att kraven på att tillgodose patientens behov av trygghet och kontinuitet ska uppfyllas.

Återkommande rapporter och vittnesmål visar på att äldre och andra personer med omfattande och sammansatta vårdbehov, däribland barn och unga med psykisk ohälsa, många gånger inte får vård och omsorg med en helhetssyn på den enskildes problem. Problem uppstår ofta i vårdövergångarna mellan olika enheter, vårdgivare och huvudmän inom specialiserad vård, men också mellan den specialiserade vården och såväl kommunal som regional primärvård.

Med beaktande av behovet av en effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser kan den fasta läkarkontakten i primärvården för vissa patienter behöva kompletteras med en fast läkarkontakt inom den specialiserade vården. En sådan funktion kan vara särskilt värdefull för multisjuka äldre eller andra personer med utdragna vårdförlopp.

Utredaren ska därför

- kartlägga hur patienters behov av kontinuitet och sammanhållen vård tillgodoses vid specialiserad vård, särskilt för patienter med flera olika diagnoser eller utdragna vårdförlopp,
- kartlägga hur funktionen fast vårdkontakt används inom den specialiserade vården, om det finns skillnader för olika typer av vårdförlopp och i vilken utsträckning läkare innehar funktionen,
- föreslå hur patienter med utdragna vårdförlopp inom den specialiserade vården, eller med flera olika diagnoser som kräver kontakt med olika delar av den specialiserade vården, kan få tillgång till en fast läkarkontakt i relevanta delar av den specialiserade vården,
- analysera hur en fast läkarkontakt inom specialiserad vård bör förhålla sig till funktionerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att föreslå statliga engångsinsatser för att minska väntetiderna

Staten har under lång tid riktat satsningar till huvudmännen för att påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning. Riksrevisionen konstaterar dock i sin granskning I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer (RiR 2023:12) att vårdgarantins tidsgränser kontinuerligt överskridits och väntetiderna försämrats under de senaste åren, även före covid-19-pandemin. Samtidigt som regeringen riktat statliga medel till en god och nära vård och för ökad tillgänglighet, har väntetiderna fortsatt öka.

Att öka tillgängligheten och minska väntetiderna inom hälso- och sjukvården är en prioriterad fråga för regeringen. 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.

Privata vårdgivare framhåller att de har förmåga att öka kapaciteten och bidra till att korta vårdköerna. Samtidigt inriktas den privata upphandlade vården vanligtvis på relativt sett friskare patienter och standardiserade ingrepp, såsom operation av grå starr och höftproteser (Hur uppskjuten vård kan arbetas bort med stöd av privata vårdgivare, Vårdföretagarna, 2021). Eftersom antalet vårdpersonal är begränsat går det dock inte att utesluta att en kapacitetsökning i den privata vården leder till motsvarande kapacitetsminskning inom den offentliga vården.

Utredaren ska därför

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

Konsekvensbeskrivningar

I enlighet med förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar ska utredaren särskilt redogöra för eventuella konsekvenser, inklusive påverkan på regionernas och kommunernas planeringsförutsättningar, och potentiella undanträngningseffekter av en ny och skärpt vårdgaranti. Utredaren ska även analysera eventuella undanträngningseffekter samt konsekvenser för kompetensförsörjning som förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetiderna kan ha.

Utredaren ska även redogöra för eventuella konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män samt flickor och pojkar, liksom konsekvenserna för jämlikhet. Utredaren ska analysera de samhällsekonomiska effekterna av olika alternativ och beakta dessa i de förslag som läggs. Omfattningen av dessa analyser ska anpassas efter förslagens karaktär och de bör kvantifieras i den mån och i de delar det är möjligt.

Utredaren ska beakta och redogöra för hur förslagen förhåller sig till de grundläggande målen för svensk hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen och den prioriteringsplattform som riksdagen har beslutat om som bl.a. fastställer att den med det största

behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vidare ska utredaren särskilt redovisa hur förslagen kan påverka den administrativa arbetsbördan och de administrativa kostnaderna inom hälso- och sjukvården, inklusive var inom hälso- och sjukvården som dessa kan komma att uppstå. Utredaren ska även redogöra för konsekvenser som berör kompetensförsörjningsfrågor i förhållande till de förslag som lämnas. Likaså ska konsekvenser utifrån funktionshinderperspektivet redogöras för, liksom konsekvenser för barn utifrån FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som gäller som svensk lag.

Utredaren ska särskilt beakta eventuella konsekvenser för den personliga integriteten. I de fall utredaren lämnar förslag som rör behandling av personuppgifter ska det särskilt redovisas hur hänsyn tagits till behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet och skydd för den personliga integriteten.

Av 14 kap. 3 § regeringsformen framgår att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som legat till grund för den. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras. Om något av utredarens förslag påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver dess konsekvenser, också de särskilda överväganden som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Om förslagen medför kostnadsökningar för staten, regionerna eller kommunerna, ska utredaren enligt 15 § kommittéförordningen (1998:1474) föreslå hur dessa ska finansernas.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Eftersom dagens hälso- och sjukvård bedrivs av regionerna och kommunerna är det av stor vikt att de förslag som tas fram inom ramen för utredningen är väl förankrade hos berörda aktörer. En central del i genomförandet av uppdraget är därmed att föra dialog med och förankra utredningens arbete i kommuner och regioner. Därutöver ska utredaren också samverka med SKR samt andra berörda aktörer, såsom privata vårdgivare.

Utredaren ska hålla sig informerad om och beakta relevant arbete som bedrivs av andra utredningar och på berörda myndigheter. Utredaren ska även beakta tidigare utredningar och uppföljningar av

bl.a. vårdgarantin och kömiljarden och fast läkarkontakt inom primärvården, t.ex. de som genomförts av Tillgänglighetsdelegationen.

Uppdraget att föreslå statliga engångsinsatser för att minska väntetiderna ska redovisas senast den 2 januari 2025. Övriga delar av uppdraget ska redovisas senast den 25 maj 2026.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2025:94

Tilläggsdirektiv till utredningen Behovsstyrd vård (S 2024:05)

Beslut vid regeringssammanträde den 23 oktober 2025

Ändring och utvidgning av uppdraget

Regeringen beslutade den 23 maj 2024 kommittédirektiv om bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet (dir. 2024:50). Uppdraget skulle redovisas senast den 25 maj 2026.

Uppdraget om en ny och stärkt vårdgaranti för ökad tillgänglighet, kontinuitet och jämlikhet över landet ändras nu på följande sätt. Den särskilda utredaren ska analysera och lämna förslag på ekonomiska sanktioner och andra lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten stegvis ska vidta mot huvudmännen i de fall när den lagstadgade vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför kostnader för patienten.

Den särskilda utredaren får också i uppdrag att bl.a. analysera och lämna förslag på hur statens styrning kan stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 18 juni 2026.

Uppdraget om en ny och stärkt vårdgaranti för ökad tillgänglighet, kontinuitet och jämlikhet över landet

Patientens ställning behöver stärkas bl.a. genom att utveckla möjligheterna till inflytande och delaktighet och regionerna behöver uttömma alla möjligheter, inklusive erbjuda vård i andra regioner, för att uppnå vårdgarantin. I Vårdansvarskommitténs betänkande Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) föreslås det att staten tar ett tydligare ansvar inom flera strategiskt viktiga delar av hälso- och sjukvården. Syftet är att stärka jämlikheten och förbättra vårdens förutsättningar i hela landet. Ett av förslagen innebär att staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna för ökad regelefterlevnad och för att stärka patientens ställning, exempelvis i form av stärkt tillsyn och utökade sanktioner. Regeringen anser i likhet med Vårdansvarskommittén att staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna för att stärka patientens ställning.

Av de ursprungliga direktiven framgår att utredaren bl.a. ska analysera och lämna förslag på lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen i de fall när vårdgarantin och patientlagen inte följs. Dessa förslag får dock inte medföra ekonomiska sanktioner mot regionen eller kostnader för patienten. För att stärka patientens ställning när det gäller vårdgarantin ges utredaren nu i uppdrag att också lämna förslag på ekonomiska sanktioner mot regionen. Uppdraget ändras enligt följande.

Den del av uppdraget som innebär att utredaren ska

- analysera och lämna förslag på lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen i de fall när vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför ekonomiska sanktioner mot regionen eller kostnader för patienten,

ändras till att utredaren ska

- analysera och lämna förslag på ekonomiska sanktioner och andra lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten stegvis ska vidta mot huvudmännen i de fall när den lagstadgade vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför kostnader för patienten.

Uppdraget att se över nationella principer för ersättning och avgifter

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Mot den bakgrunden tillsatte regeringen utredningen Behovsstyrd vård (S 2024:05) med uppdrag att lämna förslag på en ny vårdgaranti för att bättre möta patienternas behov.

I betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) görs bedömningen att staten bör ta ett ökat ansvar för vissa delar av hälso- och sjukvården. Enligt utredningen bör statens ansvarsutkrävande och kontroll stärkas i syfte att säkra patientens rättigheter samt garantera att hälso- och sjukvårdslagstiftningen får större genomslag i praktiken.

Regeringen anser att dagens system med ersättningar och avgifter i regionerna behöver utvecklas och samordnas. Flera tidigare utredningar konstaterar att det nuvarande systemet inte är förenligt med behovsprincipen och lämnar förslag på förändrad lagstiftning på området. I betänkandet Styrning för en mer jämlik vård (SOU 2019:42) framhålls det bl.a. att nuvarande ersättningssystem, med parallella lösningar för såväl utomlänsvård som digital vård, inte är utformat på ett sätt som främjar effektivt resursutnyttjande utifrån patienters behov av vård. I promemorian En effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27) görs bedömningen att dagens ersättningssystem leder till en omotiverad styrning mot utomlänsvård som inte nödvändigtvis ges till patienter med störst behov. Utredarens slutsats är att det kan ifrågasättas om behovs- och solidaritetsprincipen går att upprätthålla utan förändringar i nuvarande ersättningssystem. Promemorian har remitterats och flera av remissinstanserna anser att det är eftersträvansvärt att samma patientavgift införs i hela landet för att bidra till en jämlik vård.

I dag regleras villkoren för hur regionerna ersätter varandra i det fall en patient vårdas utanför hemregionen genom Riksavtalet för utomlänsvård, som tas fram av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Riksavtalet är en rekommendation från SKR, inte ett lagstadgat krav. Utöver riksavtalet har SKR sedan 2019 också tagit fram rekommendationer till regionerna om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdkontakter samt krav som vårdaktörerna måste

uppfylla för att ta del av ersättningen. I rapporten Primärvård i Sverige (SKR, 2024) konstaterar SKR att regionernas kostnader för digital utomlänsvård har ökat kraftigt under de senaste åren. De ökade kostnaderna för utomlänsvården kan, enligt rapporten, leda till en obalans i resursfördelningen i förhållande till behovsprincipen.

En nationell vårdförmedling har inrättats och innebär att väntande patienter kan erbjudas vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider oavsett var i landet denna vårdgivare finns. En väl fungerande nationell vårdförmedling ökar regionernas förutsättningar att tillämpa behovsprincipen på nationell nivå, i det fall vårdgarantin inte kan uppnås i den egna regionen. Regionerna har alltså verktyg att ta till för att den lagstadgade vårdgarantin ska kunna uppfyllas även i de fall det är köer i den egna regionen. Den patient som har störst behov kan ges företräde till vården, oavsett i vilken region som behandlingen ges. För att detta ska fungera på ett effektivt sätt behöver regionernas ersättningar och avgifter anpassas så att de överensstämmer med de resurser som behövs, oavsett om vården ges inom eller utanför patientens hemregion och oavsett om den ges fysiskt eller digitalt.

Nationell vårdförmedling ska, enligt nuvarande regelverk, inte innebära någon extra kostnad för patienten. Hemregionen ska därmed ersätta patientens kringkostnader, exempelvis resa och logi. Om det är medicinskt motiverat ersätts även kostnader för en eventuellt medföljande person. I rapporten Analys av incitamentsstrukturer för nationell vårdförmedling (Socialstyrelsen, 2025) konstaterar Socialstyrelsen att regionernas rutiner för när patienten, och eventuell medföljande, ersätts skiljer sig åt. Detta påverkar patienters förutsättningar och motivation till att tacka ja till en vårdåtgärd hos en annan vårdgivare beroende på var i landet patienten bor. Myndigheten ser ett behov av utvecklade gemensamma principer för ersättning av kringkostnader.

En viktig del av omställningen till en god och nära vård är att stärka det hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetet. Många sjukdomar och dess konsekvenser kan förebyggas och fördröjas genom hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser, vilket inte bara förbättrar individers hälsa, utan minskar behovet av mer kostsamma och avancerade vårdinsatser längre fram. Primärvården har en särskilt viktig roll i det förebyggande och rehabiliterande arbetet genom sin närhet till människors vardag. Sedan 2021 finns bestämmelser om primärvårdens grunduppdrag i 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Där anges bl.a. att

regioner och kommuner, inom ramen för verksamhet som är primärvård, särskilt ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar samt rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar. Ersättningsystemen är en viktig förutsättning för att främja förebyggande och rehabiliterande insatser eftersom de spelar en central roll i hur vården prioriterar sina insatser. Regeringen ser därför ett behov av att stärka den statliga styrningen och utreda hur regionernas ersättningssystem kan utformas på ett sätt som främjar en behovsstyrd vård, oavsett om patienten behandlas i sin hemregion eller i en annan region, och oavsett om vårdbesöken är fysiska eller digitala. I detta ingår att vid behov ta fram principer för ersättningar och avgifter för digital vård som inte är en integrerad del i en vårdkedja. Syftet är att patienter ska få vård i rätt tid utifrån behov och den vården ska ges på rätt vårdnivå och det ska säkerställas att vårdens resurser används så effektivt som möjligt.

Utredaren ska därför

- analysera och lämna förslag på hur statens styrning ska stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården, inklusive vid nationell vårdförmedling samt vid digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja,
- analysera behovet av reglerade nivåer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården på nationell nivå,
- analysera och vid behov föreslå nationella principer för ersättning av kringkostnader, för patienter och medföljande, vid nationell vårdförmedling, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

(Socialdepartementet)

Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården

Promemoria av utredningen Behovsstyrd vård S 2024:05



Innehåll

Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården 1

1 Inledning 4

1.1 Om uppdraget 4

1.2 Arbetet fortsätter med övriga frågeställningar 5

2 Ökat nationellt ansvar för vården i en tid med långa väntetider 7

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

3 Förslag på engångsinsatser för att korta väntetiderna 17

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

4 Utredningens fortsatta arbete 40

Referenser 41

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 grannlaga 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 köställs, 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[1] 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.[2]

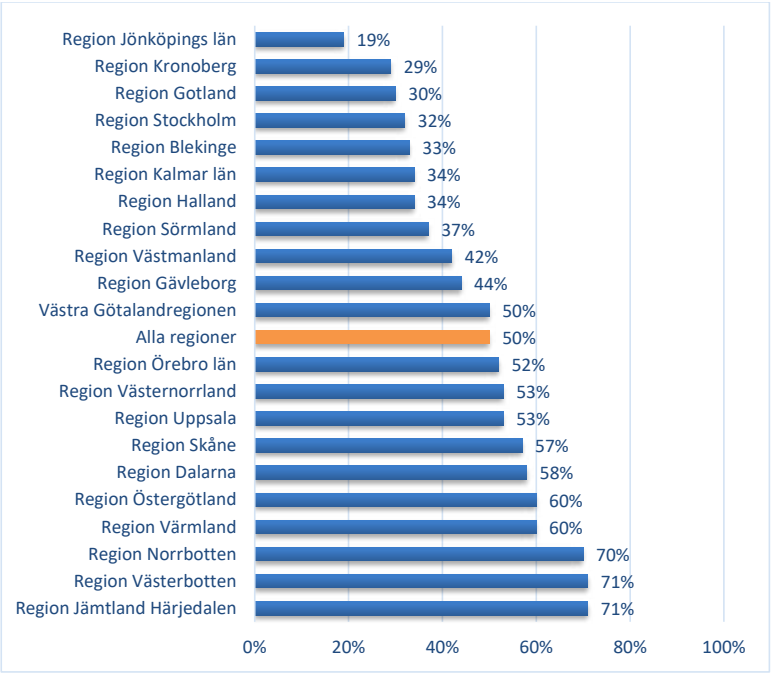
Skillnaderna i väntetider mellan regionerna är stora: I Region Norrbotten till exempel, hade i augusti 2024 64 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på sitt första besök i specialistvården. Vad gäller väntan på operation eller åtgärd så hade 70 procent väntat längre än 90 dagar – näst intill 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.

[1] Vi har konsekvent använt oss av data från Väntetidsdatabasen eftersom det är den författningsreglerade databasen, som regionerna har rapporteringsskyldighet till.
[2] 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

8

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.[3] Att vårdgarantin blev lagstadgad 2010 är ett led i detta, liksom införandet av Kömiljarden[4], 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.[5] Kompetensförsörjning, tillgänglighet och digitalisering är områden som regeringen bedömer är i behov av ett tydligare nationellt perspektiv.[6] 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.[7] Moderaterna, Kristdemokraterna och Sverigedemokraterna avsatte medel för detta redan som oppositionspartier, i det förslag till statsbudget som riksdagen röstade igenom i december 2021.[8] 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.

[3] SOU 2022:22, s. 46 f.
[4] RiR 2023:12.
[5] Se regeringsförklaringen från 2022 eller 2024 till exempel.
[6] Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, S2023/02117 (delvis).
[7] Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige.
[8] 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.[9] 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.[10] Regeringen har även gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas.[11]

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[12] 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

[9] Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, S2023/02117 (delvis).
[10] 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).
[11] 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.
[12] 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.[13]

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.[14]

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*.[15] [16]

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

[13] 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).
[14] Prop. 2023/24:1, Utgiftsområde 9, bet. 2023/24:FiU1, rskr. 2023/24:47.
[15] Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå, S2024/01058 (delvis).
[16] 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 vårdköer och väntetider samt öka vårdens kapacitet och antalet vårdplatser.”[17] Anslaget beräknas även öka 2026 och 2027 och då uppgå till cirka 4,3 respektive 4,7 miljarder kronor.[18]

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.

[17] Prop. 2024/25:1, Utgiftsområde 9.
[18] 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.[19]

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

[19] 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 huvudmannaskap 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[20], regionavtal inom sjukvårdsregionerna, mellanlänsavtal eller i avtal med privata och idéburna vårdgivare.

2.6 Patienten 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.[21] Patienten har möjlighet att antingen välja en offentlig eller en privat utförare, så länge denna har avtal med regionen.

[20] Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015, Sveriges kommuner och landsting.
[21] 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.[22]

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

[22] 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.[23]

[23] Prop. 2013/14:106, s. 50.

16

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.[24] 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

[24] 3 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

lätt tillgänglig vård som tillgodoser trygghet, kontinuitet och säkerhet, samtidigt som behovsprincipen respekteras.[25]

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.[26] 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.[27]

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.[28]

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.[29] 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.[30] Detta konstaterande är något som vi tagit till oss i valet av diagnosområden nedan.

[25] Dir. 2024:50.
[26] 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.
[27] Prop. 1996/97:60, s. 19.
[28] Carlsson & Waldau (Redaktörskap) 2013.
[29] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020.
[30] 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 höftledsprotes, 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 höftledsprotes
- 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 allvarligare 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.[31] Forskning visar också att väntan i vårdkö, med sjukskrivning som följd, ökar risken för att inte komma tillbaka till jobbet alls.[32]

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

[31] Försäkringskassan 2024.
[32] 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 försämrat 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.[33]

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. [34] 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.

[33] Synskadades riksförbund, https://www.srf.nu/synskador/diagnoser/katarakt-gra-starr/ (hämtat 2024-11-28).
[34] 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 höftledsprotes, 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 höftledsprotes,
- 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[35] 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

[35] 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.[36]

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

[36] 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.[37] 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.

[37] Se även Vårdföretagarna, *Nationellt initiativ för verkställd vårdgaranti*, https://www.vardforetagarna.se/nationellt-initiativ-for-verkstalld-vardgaranti/ (hämtad 2024-12-11) och Vårdföretagarna, *Väntetider längre än vårdgarantin inom den planerade specialistvården, oktober 2024* https://www.vardforetagarna.se/vardskulden/ (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.[38] Vi har fått en modell beskriven för oss som delar in regionernas arbete i tre steg:[39]

- 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

[38] Se 3 kap. 2 § patientlagen och 9 kap. 2 § HSL.
[39] Modellen syftar till att ge en övergripande bild över hur regionerna arbetar, avvikelser kan förekomma.

gör kontrollerna av tillgänglig kapacitet enligt trestegsmodellen ovan.[40]

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.[41] Riksrevisionen har tidigare kritiserat denna ordning eftersom SKR i detta fall används som en myndighet trots att det är en privaträttslig

[40] I de fall en sådan funktion saknas så görs kontrollerna av tillgänglig kapacitet inom linjeorganisationen, hos den vårdgivare som saknar ledig kapacitet.
[41] 6 kap. 3 § hälso- och sjukvårdsförordningen samt 9 kap. 3 § HSL.

organisation, som till exempel inte omfattas av reglerna om offentlighet och sekretess.[42] 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.[43] 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.[44]

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

[42] Riksrevisionen, RiR 2017:3.
[43] Se till exempel s. 9 i överenskommelse Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024.
[44] 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.[45] 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[46] 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.[47] 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.[48]

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.[49] En behovsanalys som genomförs

[45] Sveriges Kommuner och Regioner 2022.
[46] 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.
[47] Socialstyrelsen 2018.
[48] Socialstyrelsen 2024 och Palmgren & Eklund 2014.
[49] 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.[50]

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.

[50] 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.[51] Avtalen är tecknade med privata vårdgivare.[52]

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 kökapningsavtal 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.[53]

[51] SOU 2021:80, s. 493.
[52] 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.
[53] SOU 2021:80, s. 217.

Exempel på utformningen av avtalen i regionerna

Regionerna i Västra sjukvårdsregionen[54] 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.[55]

[54] Västra Götalandsregionen och de norra kommunerna i Region Halland bildar tillsammans Västra Sjukvårdsregionen.
[55] 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,[56] 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

[56] 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”.[57] 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.”[58] Utredningen ser fram emot att ta del av slutredovisningen som

[57] SOU 2021:59, s. 170.
[58] 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.[59] 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[60] 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

[59] Upphandlingsmyndigheten 2023, s. 6.
[60] 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.[61] 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.[62]

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.[63]

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ge verksamhetsnära stöd till regionerna i arbetet med att utmönstra vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienter.[64] 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-

[61] OECD 2017.
[62] Socialstyrelsen 2023.
[63] Svenska Läkaresällskapet 2023.
[64] 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.[65] 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.[66]

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,

[65] Socialstyrelsen 2023.
[66] 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.[67]

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.

[67] 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, strategis 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 vårdsöksystem 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 vårdköerna kortas*. https://www.vardforetagarna.se/nationellt-initiativ-for-verkstalld-vardgaranti/ (hämtad 2014-12-11).

Vårdföretagarna, *Väntetider längre än vårdgarantin inom den planerade specialistvården oktober 2024*. https://www.vardforetagarna.se/vardskulden/ (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 *Agnes 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
Kanslirådd *Andrea Larsson*, Socialdepartementet

Referensgrupper

Utredningen har knutit fyra referensgrupper till sig:

- Hälso- 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.[68]

[68] 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 vårdköerna kortas.*

Tabell 1. Kostnadsberäkning

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

Källa: Väntetidsdatabasen och 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 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 Ledprotesregistret årsrapport 2024 tillhörde cirka 81 procent av patienterna som genomgick operation av elektiv primär total höftprotes ASA 1–2.

* Beräkning på kostnadssnitt 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).[69]

[69] 6 kap. 1 § HSF.

Statens offentliga utredningar 2026

Kronologisk förteckning

1. Skatteincitament för forskning och utveckling – ett nytt incitament baserat på utgifter för FoU-personal. Fi.
2. 710 miljoner skäl till reformer. Ju.
3. Genomförande av plattformsdirektivet. A.
4. Rektor i fokus – förutsättningar för ett pedagogiskt ledarskap. U.
5. Utvidgad avdragsrätt för sponsring m.m. Fi.
6. En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården. Styrning med tydliga roller och ansvar för aktörerna. S.
7. Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken.
   Del I: Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser.
   Del II: Utvärdering av alkoholpolitikens styrmedel. S.
8. Rättssäker samhällsvård för barn och unga. S.
9. Registrering av EES-medborgare. Ju.
10. Ökade möjligheter till tillgångsinriktad brottsbekämpning. Del 1 och 2. Ju.
11. Om överföring av Första AP-fondens verksamhet och tillgångar till Tredje och Fjärde AP-fonderna. Fi.
12. Om överföring av Sjätte AP-fondens verksamhet och tillgångar till Andra AP-fonden. Fi.
13. Straffansvar för deltagande i och samröre med kriminella sammanslutningar. Ju.
14. Ädelmetallutredningen – en moderniserad reglering av handel med ädelmetallarbeten. KN.
15. Marken, vattnet, tankarna. Konsekvenser för samer av svensk politik. Volym 1 och 2. Ku.
16. Försvarsexportinitiativ. För gemensam säkerhet. Fö.
17. Öresundsförbindelser 2050 – behov av kapacitet, redundans och svenskt-danskt samarbete. LI.
18. Odlingstorv och klimatet. Fi.
19. Stärkt tillsyn och uppföljning – förslag för att motverka oegentlig läkemedelsförskrivning. S.
20. Belägg för broms? Åtgärder för starkare incitament till lägre kommunalskattesatser. Fi.
21. Återkallelse av svenskt medborgarskap. Ju.
22. Stärkt läkemedelsförsörjning i samverkan. Nationella åtgärder för fördelning, omfördelning och inköp vid brist. S.
23. Tolkavgift och förbud mot barntolkning. A.
24. Mervärdesskatt vid uthyrning och överlåtelse av fastighet. Fi.
25. Ett smittskydd för framtiden. S.
26. Digitala verktyg inom bolagsrätten. Genomförande av EU:s direktiv om ytterligare digitalisering inom bolagsrätten. Ju.
27. Lättnader i kraven på hållbarhetsrapportering. Ju.
28. Tillgång till passageraruppgifter i brottsbekämpningen. Ju.
29. Förbud mot uppfödning av djur för pälsproduktion. LI.
30. Mer flexibla regler om verkställighet av häktning och fängelsestraff. Ju.
31. Ett investeringsprogram för kultur. Ku.
32. Att säga ja! Kommunernas förutsättningar att ta emot stora företagsetableringar och företagsexpansioner. KN.
33. Vägen mot utfasning. Styrmedel för ett fossilfritt samhälle. KN.

34. Nya nätbrott och andra åtgärder för genomförandet av direktivet om bekämpning av våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Volym 1 & 2. Ju.
35. En åldersgräns för barns tillgång till sociala medier. S.
36. Bättre förutsättningar att inkludera personer med nedsatt beslutsförmåga i medicinsk forskning. S.
37. Förutsättningar för en likvärdig och språkutvecklande förskola. U.
38. Behovsstyrd vård. S.

Statens offentliga utredningar 2026

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Genomförande av plattformsdirektivet. [3]

Tolkavgift och förbud mot barntolkning. [23]

Finansdepartementet

Skatteincitament för forskning och utveckling – ett nytt incitament baserat på utgifter för FoU-personal. [1]

Utvidgad avdragsrätt för sponsring m.m. [5]

Om överföring av Första AP-fondens verksamhet och tillgångar till Tredje och Fjärde AP-fonderna. [11]

Om överföring av Sjätte AP-fondens verksamhet och tillgångar till Andra AP-fonden. [12]

Odlingstorv och klimatet. [18]

Belägg för broms? Åtgärder för starkare incitament till lägre kommunalskattesatser. [20]

Mervärdesskatt vid uthyrning och överlåtelse av fastighet. [24]

Försvarsdepartementet

Försvarsexportinitiativ. För gemensam säkerhet. [16]

Justitiedepartementet

710 miljoner skäl till reformer. [2]

Registrering av EES-medborgare. [9]

Ökade möjligheter till tillgångsinriktad brottsbekämpning. Del 1 och 2. [10]

Straffansvar för deltagande i och samröre med kriminella sammanslutningar. [13]

Återkallelse av svenskt medborgarskap. [21]

Digitala verktyg inom bolagsrätten. Genomförande av EU:s direktiv om ytterligare digitalisering inom bolagsrätten. [26]

Lättnader i kraven på hållbarhetsrapportering. [27]

Tillgång till passageraruppgifter i brottsbekämpningen. [28]

Mer flexibla regler om verkställighet av häktning och fängelsestraff. [30]

Nya nätbrott och andra åtgärder för genomförandet av direktivet om bekämpning av våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Volym 1 & 2. [34]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Ädelmetallutredningen – en moderniserad reglering av handel med ädelmetallarbeten. [14]

Att säga ja! Kommunernas förutsättningar att ta emot stora företagsetableringar och företagsexpansioner. [32]

Vägen mot utfasning. Styrmedel för ett fossilfritt samhälle. [33]

Kulturdepartementet

Marken, vattnet, tankarna. Konsekvenser för samer av svensk politik. Volym 1 och 2. [15]

Ett investeringsprogram för kultur. [31]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Öresundsförbindelser 2050 – behov av kapacitet, redundans och svenskt-danskt samarbete. [17]

Förbud mot uppfödning av djur för pälsproduktion. [29]

Socialdepartementet

En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården. Styrning med tydliga roller och ansvar för aktörerna. [6]

Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken.
Del I: Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser.
Del II: Utvärdering av alkoholpolitikens styrmedel. [7]

Rättssäker samhällsvård för barn och unga. [8]

Stärkt tillsyn och uppföljning – förslag för att motverka oegentlig läkemedelsförskrivning. [19]

Stärkt läkemedelsförsörjning i samverkan. Nationella åtgärder för fördelning, omfördelning och inköp vid brist. [22]

Ett smittskydd för framtiden. [25]

En åldersgräns för barns tillgång till sociala medier. [35]

Bättre förutsättningar att inkludera personer med nedsatt beslutsförmåga i medicinsk forskning. [36]

Behovsstyrd vård. [38]

Utbildningsdepartementet

Rektor i fokus – förutsättningar för ett pedagogiskt ledarskap. [4]

Förutsättningar för en likvärdig och språkutvecklande förskola. [37]