



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

Promemoria

2026-06-29
2026:107 Delredovisning Utr Korta
vårdköer S 2026_01 260629

utredningen Nationell samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården

S 2026:01

Anders Sylvan, nationell samordnare

+46 70 323 46 70

anders.sylvan@regeringskansliet.se

Elisabeth Lann
Sjukvårdsminister
Socialdepartementet
Regeringskansliet

Delredovisning / PM

utredningen Nationell samordnare för att korta
vårdköerna i hälso- och sjukvården
(S 2026:01)

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
1.1 Syftet med delredovisningen.....	3
1.2 Fortsatt arbete.....	4
2. Fördjupningsområden	5
2.1 Väntetider ur ett patientperspektiv	5
2.1.1 Hur kan uppföljningen av väntetider utvecklas för att bidra till effektivitetsutveckling?.....	6
2.1.2 Hur kan implementeringen av vårdgarantin stärkas?.....	6
2.2 Regionernas utvecklingsarbete för kortare väntetider.....	8
2.2.1 Vilka möjligheter innebär ett systematiskt arbete med produktions- och kapacitetsstyrning?	8
2.2.2 Vilka framgångsfaktorer och hinder finns för införande och spridning av produktions- och kapacitetsstyrning?	9
2.3 Samverkan mellan vårdens aktörer	11
2.3.1 Vilka hinder för samverkan inom sjukvårdsregioner kan rivas för bättre gemensamt resursutnyttjande och kortare köer?	11
2.3.2 Hur kan privat utförd vård bidra till att optimera den nationella vårdkapaciteten?.....	12
2.3.3 Kan upphandling av privat utförd vård samordnas nationellt för ett enklare nyttjande av regionerna?	13
2.4 Den statliga styrningen på tillgänglighetsområdet.....	15
2.4.1 Kan statlig styrning främja ett mer generaliserbart arbete för utveckling av regionernas produktions- och kapacitetsstyrning?.....	16
2.4.2 Hur kan riktade statliga stöd utvecklas för att skapa större långsiktig effekt på tillgängligheten?	16
2.4.3 Hur behöver den nationella vårdförmedlingen utvecklas för att få regionernas stöd?	19
2.5 Referenser	21
2.6 Bilaga	23
2.6.1 Regeringen, Direktiv 2026:03. Samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården	23

1. Inledning

God vård ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, effektiv och tillgänglig. Svensk hälso- och sjukvård levererar idag en vård med goda medicinska resultat i internationell jämförelse. Däremot finns utmaningar med långa väntetider, trots lagstiftad vårdgaranti. Långa väntetider till hälso- och sjukvården skapar oro och missnöje hos befolkning och patienter och riskerar på sikt att skada tilltron till den skattefinansierade hälso- och sjukvården.

Vårdgaranti, vårdköer och väntetider är områden som efter covid-19-pandemin blivit föremål för flera statliga satsningar och ökad prioritet i regionerna. Under de senaste tre åren har flera utredningar med inriktning på effektivitet, vårdgaranti och statlig styrning initierats. Såväl Socialstyrelsen som E-hälsomyndigheten har fått nya uppdrag med fokus på ökad effektivitet och stärkt tillgänglighet. Myndigheten för vård och omsorgsanalys har också i uppdrag att utvärdera myndigheternas arbete och den statliga styrningens ändamålsenlighet.

I september 2025 aviserade regeringen ytterligare åtgärder på tillgänglighetsområdet. Den 8 januari beslutade regeringen att tillsätta en nationell samordnare för kortare vårdköer i syfte att stärka erfarenhetsutbytet mellan regioner, identifiera hinder för samverkan på nationell och regional nivå samt analysera och lämna förslag på hur den statliga styrningen kan förbättras.

1.1 Syftet med delredovisningen

Den här promemorian utgör den delredovisning som anges av utredningens direktiv. Syftet med promemorian är att redovisa utredningens preliminära iakttagelser avseende regionernas arbete med väntetider och effektivitet, möjligheter och hinder för samverkan och hur de statliga styrningsinitiativen omhändertagits. Delredovisningen bygger främst på utredningens dialoger med regionerna, men till viss del även dialoger med privata vårdgivare och statliga myndigheter. Citaten i texten kommer från regiondialogerna.

Dialogerna har utgått från tre övergripande frågeställningar:

1. **Vilka förutsättningar och hinder finns i regionerna för att åstadkomma kortare väntetider?**

Vi belyser särskilt regionernas styrning med avseende på väntetider och vårdgarantin, stödet för patienter som riskerar att inte få vård inom vårdgarantins gränser och arbetet för att öka effektiviteten i hälso- och sjukvården.

2. **Vilka samverkansformer tillämpas i arbetet med att korta väntetiderna?**

Under denna frågeställning ryms hur samverkan fungerar mellan regionerna och mellan regionerna och privata aktörer.

3. **Hur kan den statliga styrningen främja kortare väntetider?**

Här ligger tyngdpunkten på styrning som stödjer långsiktighet och uthållighet i regionernas effektiviseringsarbete.

Utifrån de inledande observationerna har utredningen identifierat ett antal områden där det är relevant att fördjupa analysarbetet för att kunna lämna förslag på kompletterande statlig styrning och belysa möjliga utvecklingsvägar för regionerna. Delrapporten sammanfattar dessa fördjupningsområden.

1.2 Fortsatt arbete

Den fortsatta inriktningen på utredningens arbete är att i samarbete med expertgrupp och referensgrupper fördjupa analyserna inom de fördjupningsområden som presenteras i denna promemoria, undersöka behovet av fler fördjupningsområden samt identifiera förslag som kan bidra till att korta väntetiderna och minska vårdköerna i hälso- och sjukvården. Samtidigt pågår under hela samordningsuppdraget kommunikation och spridning om bland annat pågående statliga insatser samt innovativa arbetsätt och upphandlingar

Stockholm i juni 2026

Anders Sylvan

/Kajsa Hanspers
Mariann Holmberg

2. Fördjupningsområden

Utredningen, har utifrån dialoger med regioner, privata vårdgivare, myndigheter identifierat ett antal fördjupningsområden där vi uppfattar att det finns potential till fortsatta analyser. Det är utifrån den analysen som utredningen avser lägga förslag i sitt slutbetänkande.

Vi redovisar i detta kapitel fördjupningsområden utan särskild prioriteringsordning.

2.1 Väntetider ur ett patientperspektiv

Begrepp som köer, väntetider och vårdgaranti används på olika sätt i olika sammanhang för att uttrycka olika aspekter på tillgänglighet i vården. Tillgänglighet är ett begrepp som rymmer flera dimensioner – det kan handla om allt från väntetider, geografisk närhet till vården, lokalernas anpassning, besöksformer till kostnaden för att ta del av vården.

Att vården ges i rimlig tid är en central kvalitetsaspekt. Dels kan väntetiden ha en medicinsk betydelse då väntan kan innebära minskad livskvalitet, att hälsotillstånd förvärras eller att prognosen försämras, dels kan väntetider orsaka oro och stress för patienten. Andra följder kan vara ökade kostnader i form av sjukskrivning och fler vårdbesök. Att minimera väntetiden är således viktigt ur såväl ett patientperspektiv som ett systemperspektiv.

Även ur ett befolkningsperspektiv är väntetider centralt och långa väntetider kan innebära medföra att förtroendet för hälso- och sjukvården urholkas. Vårdgarantin är reglerad i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och Patientlagen (SFS 2014:821) och syftar till att garantera att patienter nationellt ska få vård inom vissa tidsgränser, oavsett vårdbehov. Inom den specialiserade vården, som är utredningens huvudsakliga fokus, innebär vårdgarantin en besöksgaranti inom 90 dagar efter att en remiss har utfärdats och en behandlingsgaranti för planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården. Utöver vårdgarantin för den specialiserade vården finns inom barn- och ungdomspsykiatrin en förstärkt vårdgaranti. Den innebär att första besök ska ske inom 30 dagar från remiss och att fortsatta åtgärder ska ske inom ytterligare 30 dagar. Den förstärkta vårdgarantin inom BUP är dock inte lagreglerad utan bygger på överenskommelser mellan regeringen och SKR.

Utredningen Behovsstyrd vård har i juni 2026 lämnat förslag på en ny utformning av vårdgarantin för den specialiserade vården. Förslaget innebär att den nuvarande besöksgarantin ersätts med en bedömningsgaranti på 30 dagar från det att en remiss tagits emot i den specialiserade vården som omfattar utredande åtgärder, till exempel provtagning. Vidare föreslår utredningen att behandlingsgarantin ersätts

med en garanti om planerad vård inom 60 dagar och en särskild reglering om 30 dagar till planerad vård inom barn- och ungdomspsykiatri.

2.1.1 Hur kan uppföljningen av väntetider utvecklas för att bidra till effektivitetsutveckling?

I den nationella uppföljningen dominerar uppfyllelse av vårdgarantin som mått på väntetider. Uppfyllelse av vårdgarantin ger dock en ofullständig bild av hur väntetiderna i vården utvecklas. Dels omfattar vårdgarantin endast en mindre del av alla de patientmöten som dagligen genomförs, dels är det inte möjligt att koppla väntetiden till patienternas behov. En ytterligare svaghet är att uppföljningen baseras på väntetiden till enskilda åtgärder, snarare än den sammantagna väntetiden ur ett patientperspektiv.

Resultaten av väntetider sammanställs av Socialstyrelsen (tidigare av SKR) och rapporteras månatligen via Socialstyrelsens hemsida, vantetider.se och till regeringen. Varje region mäts, följs upp och jämförs med dessa data vilket medför att mätningarna kommer att ha en styrande effekt. Regionerna riskerar då att fokusera mer på dessa mätetal och mindre på väntetiden i förhållande till patientens behov. Prestationsbaserad styrning, till exempel riktade statsbidrag, kan förstärka styrsignalen och därmed flytta fokus från regionernas långsiktiga arbete för kortare väntetider.

Kompletterande mätvärden behöver utvecklas för att styra mot en önskvärd och långsiktig effektivitetsutveckling. Utredningen bedömer att det behövs mätvärden som i större uträkning beskriver väntetiderna som är till gagn ur ett patientperspektiv. Det behövs också mätvärden som fångar inflödet av remisser och genomströmningstakten. Då förbättras förutsättningarna att upptäcka om en kösituation är ett överbelastningssymtom eller en strukturell kö beroende på mindre effektiva arbetssätt.

Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete: Det finns behov av att förbättra uppföljningen på ett sätt som har större förmåga att beskriva väntetider ur ett patientperspektiv och främja effektivitetsutvecklingen i regionerna. Utredningen avser att återkomma med förslag i slutbetänkandet.

2.1.2 Hur kan implementeringen av vårdgarantin stärkas?

Trots att vårdgarantin har varit lagreglerad sedan 2010 har flertalet utredningar och revisioner visat att efterlevnaden i regionerna varit svag. Riksrevisionen konstaterar i sin granskning ”I väntan på vård” att väntetiderna initialt kortades under åren 2011–2013 när kömiljarden infördes, för att sedan åter förlängas.¹ Enligt flera

¹ Riksrevisionen (2023). *I väntan på vård*. RiR 2023:12.

utvärderingar ses vårdgarantin mer som en svåruppnåelig norm, än något som är lagstadgat att uppfylla.² Eftersom hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen inte utgör rättighetslagstiftning och det saknas sanktionsmöjligheter kopplat till lagstiftningen är patientens ställning relativt svag.

Regionerna har samtidigt en skyldighet att erbjuda patienten vård inom vårdgarantins gränser. Ofta är det dock patienten som i praktiken behöver åberopa regionernas skyldigheter att hänvisa till en annan vårdgivare när garantin inte uppfylls. Det är ofta både krångligt och kräver tid och handlingskraft för en patient att få vård hos en annan vårdgivare, trots att många regioner har funktioner som vårdgarantienheter och vårdlotsar. Det riskerar att leda till en ojämlig tillgång till vård då det främst är resursstarka patienter som tar sig fram.

Vi vet att en del verksamheter är bra på att informera vid mottagningsbesöket, andra gör ingenting. Det finns ingen centralt beslutad rutin om vad som ska informeras. Det ligger informationsbroschyrer i väntrummen.

Utredningen Behovsstyrd vård har lämnat förslag på hur vårdgarantin kan skärpas genom kortare tid till bedömning och åtgärd, till att omfatta fler patienter samt en utökad informationsplikt för huvudmännen. Den utredningen föreslår ansvarsutkrävande i form av viten om en region inte lever upp till informationsplikten.³ En ny och skärpt vårdgaranti har potential att förändra synen på lagstiftningens betydelse och därmed patientens ställning. Den innebär också att regionernas patientstödjande verksamhet, till exempel genom vårdlotsar och vårdgarantienheter, kan behöva förstärkas.

Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete: I det fortsatta arbetet kommer utredningen att titta på möjliga utvecklingsvägar för regionerna att förbättra implementeringen av vårdgarantin. Arbetet sker med beaktande av förslagen i *Behovsstyrd vård*.

² Riksrevisionen (2023); *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*. SOU 2023:22. Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. *Slutbetänkande*.

³ SOU 2026:38. Behovsstyrd vård. *Slutbetänkande*.

2.2 Regionernas utvecklingsarbete för kortare väntetider

Utredningen noterar att regioner som under längre tid uppvisat kortare väntetider, genomgående har arbetat metodiskt och uthålligt med utvecklingsarbete och ständiga förbättringar med ett starkt tillgänglighetsfokus. Ibland har arbetet skett med stöd från en regiongemensam utvecklingsavdelning. Regionernas utvecklingsarbete har ibland utgått från begreppet produktions- och kapacitetsstyrning (PKS). Det är ett väl etablerat begrepp inom hälso- och sjukvården för att beskriva ett arbetssätt som syftar till att balansera vårdverksamhetens tillgängliga resurser, såsom personal och utrustning, med befolkningens kända behov av hälso- och sjukvård. Målet är att öka effektiviteten med kortare ledtider, som kan minimera väntetider och bidra till en god arbetsmiljö. Metoder och verktyg kan variera och gå under olika benämningar, medan grundprinciperna är gemensamma. I andra regioner sker utvecklingsarbete under andra namn, men oftast har även dessa regioners arbetssätt gemensamma drag med PKS. Det innefattar bland annat:

- Regionövergripande analyser av befolkningens behov.
- Systematiska strukturer för att kontinuerligt följa upp och återkoppla information om produktion och kapacitet, från ledning till medarbetare.
- Ett utvecklingsarbete som omfattar alla nivåer i hälso- och sjukvården, från regionledning till kliniknivå.

Socialstyrelsen har sedan två år tillbaka regeringens uppdrag att stödja regionerna i arbetet att utveckla produktions- och kapacitetsstyrning (se avsnitt 2.4.1). Det har inledningsvis skett genom att definiera vårdplatsbehovet för varje region och föreslå åtgärder där man behövt öka antalet vårdplatser. Socialstyrelsen har också tagit fram grundprinciper och arbetssätt för produktions- och kapacitetsstyrning och erbjuder metodstöd för införandet.

2.2.1 Vilka möjligheter innebär ett systematiskt arbete med produktions- och kapacitetsstyrning?

En av utredningens iakttagelser är att det fåtal regioner som arbetat systematiskt och uthålligt med kapacitets- och produktionsplanering (PKS) har uppnått långsiktigt goda resultat i väntetiderna på systemnivå. Regionerna beskriver dessutom att arbetssättet medfört positiva effekter för såväl ekonomi som arbetsmiljö. Även om PKS-arbetet bara kan betraktas som en delmängd i en optimerad ledning- och styrningsprocess är det avgörande för att en verksamhet ska ha förutsättningar att förstå omfattningen av sitt uppdrag.

Alla regioner har en god uppfattning om intäkter och kostnader medan detaljkunskap om patientbehovet och förväntad produktion ofta är sämre. Budgetarbetet är en normerad och naturlig process i alla offentliga verksamheter.

Däremot saknar många regioner en systematisk produktions- och kapacitetsplanering med en koppling mellan produktion, effektivitet, ekonomi och effekter på arbetsmiljö. Det medför svårigheter att matcha rätt kapacitet till inflödet av patienter och befolkningens behov.

När köer uppstår i vården är en vanlig slutsats att resurserna inte är tillräckliga, varför förstärkning av personal och utrustning ofta efterfrågas. Demografiutveckling och begränsade möjligheter till ökad finansiering talar för att en ensidig resursökning i vården inte är en långsiktigt framkomlig väg. Regioner som lyckats i sitt PKS-arbete har visat att en ökad produktivitet utan resursförstärkningar är möjlig, med en samtidig förbättring av arbetsmiljön.

Det finns inte en läkare som gillar att vara styrd. Samtidigt uppskattar alla medarbetare ordning som gör arbetsdagen överskådlig som bidrar till en god arbetsmiljö.

Strukturella obalanser kan förekomma mellan behov och kapacitet inom vissa verksamhetsområden, vilket kan innebära behov av ökade resurser. Samtidigt kan det finnas överkapacitet inom andra områden. Med en utvecklad produktionsplanering, baserad på data över det befolkningsmässiga behovet och kapaciteten, finns goda förutsättningar att upptäcka obalanser och identifiera lämpliga åtgärder för bättre matchning. Utan produktionsplanering försvaras möjligheten att bryta invanda arbetssätt, som inte bidrar till kortare vårdköer eller förbättrad arbetsmiljö.

Eftersom skillnader i väntetider är så påfallande mellan regioner med PKS-arbete på alla nivåer jämfört med de som ännu inte på ett strukturerat sätt inkluderat arbetssättet, är en analys av potentialen på regional och nationell nivå befogad.

Slutsats: Införande av PKS-arbete, som självklar norm, har potential att förbättra regionernas långsiktiga effektivitet och därmed minska väntetiderna i svensk sjukvård.

2.2.2 Vilka framgångsfaktorer och hinder finns för införande och spridning av produktions- och kapacitetsstyrning?

Produktions- och kapacitetsstyrning har utvecklats inom privat tillverkningsindustri och tjänstesektor och provades redan på tidigt 2010-tal inom hälso- och sjukvården i några regioner. Många nystarter har gjorts i regionerna sedan 2010, men det är bara ett fåtal som uthålligt implementerade arbetssättet till en hel region eller ett helt sjukhus.

De flesta regioner efterfrågar det systematiserade stöd i PKS-arbetet som Socialstyrelsen har i uppdrag att ge. Stödet bygger på etablerade principer och har utvecklats i samverkan med regionerna. Utredningens analys är dock att det är en

stor variation i hur regionerna tar sig an arbetet både i modell för implementering och ambitionsnivå. Det kan tyda på hinder och utmaningar i införandet.

Det var trögt i starten med en kulturförändring som övergick i en snöbollseffekt av idéer och aktiviteter från medarbetare i verksamheten. Resultatet är förbluffande och ledningen har svårt att hinna med.

När arbetet har varit framgångsrikt och uthålligt har den politiska ledningen varit delaktiga med strategier, mål och efterfrågat uppföljning. På motsvarande sätt bidrar stabilitet i hälso- och sjukvårdsledningen till att riktning och fokus upprätthålls över en längre tidshorisont. Grunden för att verksamhetens fokus och gemensamma principer i en produktionsplanering, är tillgången till transparent data, vilket ger möjlighet att balansera mot regionens kapacitet. Arbetet behöver bedrivas på såväl strategisk, taktisk och operativ ledningsnivå med kontinuerlig återsrapportering för att bibehålla medarbetarnas engagemang.

En tydlig utmaning för ett framgångsrikt PKS-arbete är uthållighet. De mest framgångsrika regionerna har utvecklat arbetssättet under lång tid. Det finns dock exempel på regioner och sjukhus som nått resultat på kortare tid. Deras framgångsfaktorer behöver också lyftas fram.

Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete: Det är en betydande variation i hur framgångsrika regionerna har varit i att etablera ett systematiskt PKS-arbete. I det fortsatta arbetet kommer utredningen att återkomma till framgångsfaktorer och hinder i mer detalj.

2.3 Samverkan mellan vårdens aktörer

En välfungerande samverkan mellan staten, hälso- och sjukvårdens huvudmän och privata vårdgivare är centralt för en effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser. Enligt direktivet ska utredningen identifiera hinder för samverkan som påverkar väntetider. Utredningen har hittills identifierat två områden där samverkan kan bidra till potential för effektivisering och tillgänglighet. Ett område är samverkan kring regionernas resurser och en annan är upphandling av vård i privat regi. Utredningens fokus har varit på samverkan inom sjukvårdsregioner.⁴

2.3.1 Vilka hinder för samverkan inom sjukvårdsregioner kan rivas för bättre gemensamt resursutnyttjande och kortare köer?

Utredningen noterar att väntetid till operation inom ett diagnosområde kan variera stort inom samma sjukvårdsregion. Variationerna uppvisar inget genomgående mönster utan växlar mellan olika diagnosområden. Det har sedan länge uppmärksammats av sjukvårdsregionerna och flera har genomfört översyner och därefter gått vidare med samverkansöverenskommelser i avsikt att utjämna skillnader och skapa en mer effektiv resursanvändning genom samverkan. Trots goda intentioner och gott samarbetsklimat både inom politik och regionledningar har sällan mer omfattande samverkansprojekt realiserats. Däremot pågår ett småskaligt samverkansarbete mellan regionerna, men patientvolymerna är begränsade.

Några regioner uppger att skillnader i operationsindikationer, operationsmetod och patientförberedelser som hinder för möjligt utbyte av patienter mellan närliggande regioner. Professionernas önskan att behålla de ”egna” patienterna spelar också in. Patienternas benägenhet att resa över en regiongräns är delvis begränsad. Sammantaget har många hinder rests, som begränsar en organiserad samverkan.

Vi pratar om hur vi ska organisera oss och hjälpa varandra, men jag är inte bundna på att patienterna vill flytta på sig. Vi glömmer patienterna som tackar nej till cancerkirurgi inom korta avstånd.

Flera regioner uppmärksammar att den statliga styrningen i högre grad skulle kunna premiera samverkan mellan regioner. Norrlandsregioner identifierar även bristande transportinfrastruktur som hinder för att utöka arbetsfördelningen mellan regioner.

Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete: Verklig samverkan för ökad tillgänglighet inom sjukvårdsregioner har visat sig svår men behöver analyseras vidare. Utredningen ser därför ett behov att fördjupa analysen av

⁴ Sverige är indelat i sex samverkansregioner, även kallat sjukvårdsregioner. Syftet med sjukvårdsregioner är att utgöra en yta för samverkan mellan de ingående regionerna i frågor som kunskapsstyrning, kompetensförsörjning, forskning, utbildning och utomlänsvård. Inom varje sjukvårdsregion finns ett universitetssjukhus, med undantag för Sjukvårdsregion Mellansverige som har två.

hinder för patienten, hos professionerna, inom regional ledning och statlig styrning för att identifiera nya lösningsförslag och möjliga incitamentsmodeller.

2.3.2 Hur kan privat utförd vård bidra till att optimera den nationella vårdkapaciteten?

Privata aktörer stod under 2024 för 17 procent av regionernas sjukvårdskostnader. Inom den specialiserade somatiska vården var andelen 7,6 procent, men skillnaderna mellan regionerna är stora. I Jämtland Härjedalen och Västernorrland var andelen endast 0,5 procent, medan den i Region Stockholm nådde 20 procent.⁵ Att vissa regioner har politiska inriktningsbeslut om samverkan med privata aktörer, till exempel att tillämpa LOV inom vissa delar av den specialiserade vården, kan bidra till dessa skillnader.

Privata vårdföretagare menar att det finns en överkapacitet i privat sektor tillräcklig för att omhänderta stora delar av nuvarande vårdköer genom att nyttja redan existerande avtal. Trots statliga stimulansåtgärder har denna möjlighet inte nyttjats till fullo, enligt privata vårdgivare.

Synen på privata vårdgivare varierar mellan regionerna. I de regioner som under en längre tid samarbetat med privata aktörer uppfattas de som en naturlig del av den offentligt finansierade vården.

Vi ser privata kollegor som branschkollegor och vi har övat våra medarbetare hela vägen för att patienten inte ska behöva förstå om de är hos oss eller hos en privat aktör.

Samtidigt uppfattar regionerna utmaningar med privata vårdgivare. Argument som framförs är att kvalificerade medarbetare tenderar att lämna regionerna som arbetsgivare för att utföra enklare vård i privat regi. Därmed skulle principen om vård efter behov urholkas och tillgänglighetsförbättringen i högre grad gynna friskare patienter med lägre behov.

Det blir som en öppen dammlucka och skapar en oreda när de privata rekryterar våra medarbetare, vilket medför att vi tappar i kapacitet.

Vårdföretagarna har redovisat beräkningar på att privat utförd elektiv vård i definierade diagnosområden kan utföras till lägre kostnad i privat regi än i offentlig.⁶ Hur stor andel av det totala vårdutbudet som denna del kan utgöra, innan negativa effekter på utbildningsmöjligheter och kompetensförsörjning i offentlig sektor uppstår, har inte värderats. Regioner som har etablerat

⁵ Kolada (2026). *Regionernas köp av vård från privata företag/vårdgivare, baserad på Räkenskapssammandrag för kommuner och regioner*. SCB. [Hämtad 2026-06-10].

⁶ Vårdföretagarna (2024). *En jämförande analys av privata vårdgivers ersättningar och offentliga vårdgivers kostnader – för höft- och knäprotesoperationer, operationer av grå starr och framfallsoperationer*.

verksamheter med uteslutande elektiv vård bekräftar att hög effektivitet är möjligt även inom offentlig sektor.

Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete: Potentialen för privat utförd vård som resursförstärkning för tillgänglighet i vården på kort och lång sikt behöver värderas närmare.

2.3.3 Kan upphandling av privat utförd vård samordnas nationellt för ett enklare nyttjande av regionerna?

Utredningen har uppmärksammat betydande asymmetrier i regionernas upphandling av privat eller idéburen vård och samverkan inom upphandlingsområdet. Ett par storstadsregioner har minst 1000 avtal, medan många mindre regioner endast har en handfull vårdavtal. Mindre regioner med ett fåtal avtal beskriver att bristande kompetens för upphandling och avtalsuppföljning är en svårighet, medan andra regioner beskriver volymen avtal som utmanande.

Det är vanligt förekommande att regioner nyttjar vård från privata utförare via andra regioners avtal. Det bidrar till en administrativ börda för både patientens hemregion och regionen som innehar avtalet. Dessutom uppger flera regioner att det finns en otydlighet i ansvar vid eventuella konflikter om allt från vårdens genomförande och medicinsk kvalitet till kostnader.

Det förekommer dock viss avtalsamverkan. Regioner berättar att enstaka upphandlingar samordnas inom enskilda diagnoser. Exempelvis förekommer det att regiongrannar inom en samverkansregion samverkar om krav i upphandling och avtalsdialog inför en gemensam upphandlingen, där en region ansvarar för upphandlingens genomförande.

För några år sedan hade regionerna var för sig, avtal med många aktörer inom bemanning av läkare och sjuksköterskor. Många regioner hade avtal med samma aktörer, men med olika konstruktion och villkor. Genom att enas om behov och krav kunde en region genomföra en upphandling för samtliga regioner. Resultatet blev att alla regioner nu kan nyttja de upphandlade tjänsterna enligt gemensamma villkor. Samtliga regioner beskriver att de är nöjda med upplägget och att initiativet blev framgångsrikt.

Utredningen har i dialog samtalat med såväl regioner som privata vårdgivare om potentialen i samordnad upphandling av privat vård. Utredningen bedömer att det finns en samsyn om fördelar men också om hinder. Nationell samordning av upphandlad vård kan utgöra en stomme av ett vårdutbud. Varje region skulle då kunna rikta sina beställningar direkt till en privat aktör vilket medför ett tydligare ansvarsförhållande och en minskad administration. Det skulle bidra till en samlad kompetens vid kravställan och dessutom till kontinuitet i avtalsuppföljning.

Argument som lyfts mot en samlad nationell upphandling är att ett fåtal stora avtal skulle kunna riskera att reducera mångfalden av privata utförare.

Regeringen tillsatte i maj 2026 en utredning vars uppdrag bland annat är att analysera regionernas upphandling av vård, lämna förslag på hur staten genom upphandling av hälso- och sjukvård kan bidra till att tillgängliggöra vård hos privata vårdgivare i hela landet och analysera och föreslå en reglering där staten kan upphandla viss vård och ingå avtal med privata vårdgivare.⁷

Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete: Utifrån perspektivet samverkan och mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän och privata vårdgivares frågeställningar har utredningen för avsikt att belysa förutsättningar och hinder för nationellt samordnad upphandling av privat vård. Utredningen har för avsikt att beakta den nyligen tillsatta utredningen om effektiv nationell upphandling av specialiserad hälso- och sjukvård i privat regi (S 2026:07).

⁷ Regeringen (2026). *Kommittédirektiv – Effektiv nationell upphandling av specialiserad hälso- och sjukvård i privat regi.*

2.4 Den statliga styrningen på tillgänglighetsområdet

Enligt direktivet ska utredningen identifiera åtgärder som stärker den statliga styrningen och den statliga styrningens genomslag avseende tillgänglighet och vårdköer som ett led i att fullfölja Vårdansvarskommitténs slutsatser. I den här delredovisningen beskriver vi utvecklingsmöjligheter i den statliga styrningen med fokus på riktade statsbidrag, Socialstyrelsens stöd för produktions- och kapacitetsstyrning och nationell vårdförmedling. Vi redovisar även utredningens utgångspunkter för det fortsatta arbetet med att stärka den statliga styrningen inom området.

Vårdansvarskommittén föreslog att staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna för att öka efterlevnaden av lagstiftningen och för att stärka patientens ställning. Kommittén menar att det krävs ytterligare insatser som kompletterar och understödjer lagstiftningen, exempelvis utökad information till patienter och anhöriga om vilka krav de kan ställa på hälso- och sjukvården och hur de kan få dessa krav tillgodosedda, förbättrad uppföljning och en utvecklad tillsyn.⁸ Utredningen Behovsstyrd vård har nyligen lämnat förslag kring hur informationen till patienterna och tillsynen kan utvecklas avseende vårdgarantins efterlevnad.⁹ Utredningen avser därför att återkomma till dessa frågor i slutredovisningen.

Vidare lämnar Vårdansvarskommittén förslag i syfte att öka långsiktigheten och tydligheten i den statliga styrningen, bland annat genom att begränsa användningen av riktade statsbidrag och att renodla den statliga styrningen mot normering. Bakgrunden till förslagen är enligt kommittén en kortsiktig och splittrad statlig styrning med många och ofta detaljerade styrsignaler. Kommittén pekar på ett behov av en statlig styrning som utgår från gemensamma mål och mer långsiktiga planeringsförutsättningar för regionerna. Kommittén betonar även vikten av att staten tar ett större system- och finansieringsansvar för digitalisering och nationell digital infrastruktur för att skapa mer likvärdiga villkor över landet och stärka utvecklingsförmågan i vården.¹⁰

Utredningen bedömer att samtliga statliga styrmedel som i dagsläget tillämpas inom tillgänglighetsområdet är relevanta att analysera i ljuset av Vårdansvarskommitténs slutsatser. Utredningens ambition är att analysera och lämna förslag på hur den statliga styrningen kan utvecklas mot ökad långsiktighet, ökad samsyn och i förlängningen en mer effektiv hälso- och sjukvård.

⁸ SOU 2025:62. Vårdansvarskommittén. *Ansvar för hälso- och sjukvården*.

⁹ SOU 2026:38. Behovsstyrd vård. *Slutbetänkande*.

¹⁰ SOU 2025:62. Vårdansvarskommittén. *Ansvar för hälso- och sjukvården*.

2.4.1 Kan statlig styrning främja ett mer generaliserbart arbete för utveckling av regionernas produktions- och kapacitetsstyrning?

Regeringen gav i juni 2024 Socialstyrelsen i uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå (S2024/01058). I uppdraget ingår bland annat att stödja regionernas förmåga att arbeta med produktions- och kapacitetsstyrning.¹¹ Såväl begreppskatalog som vägledande principer har sedan dess tagits fram i en kompetensplattform.¹² Myndighetens arbetssätt är att i dialogform inventera förutsättningar för effektivitetsutveckling. Därefter har man följt upp arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning i dialogform och med erfarenhetsseminarier.

Socialstyrelsens stöd för regionernas PKS-arbete är uppskattat av en majoritet av regionerna. Några regioner lyfter särskilt fram betoningen på att PKS ska genomsyra alla nivåer – strategisk, taktisk och operativ nivå samt att befolkningens behov ska utgöra en utgångspunkt i arbetet.

Socialstyrelsen har förtydligat styrningen och bidragit med en modell som anger den strategiska nivån. De har hjälpt oss att enas internt, både gällande PKS och vårdplatser.

Detta till trots, observerar utredningen att regionerna väljer olika införandesätt och ambitionsnivå. Detta förhindrar att fullt nyttja den potential som finns.

Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete: Utredningen ser ett behov att utvärdera förutsättningarna att identifiera centrala faktorer för att kunna arbeta med PKS på ett systematiskt sätt i alla regioner. Det kan till exempel handla om att genom den statliga styrningen ställa krav på analyser av befolkningens behov, möjlighet att följa kapacitetsutnyttjandet inom olika verksamhetsområden och en produktionsplan på regional nivå. I det arbetet behöver en avvägning göras mellan statlig styrning och det kommunala självstyret.

2.4.2 Hur kan riktade statliga stöd utvecklas för att skapa större långsiktig effekt på tillgängligheten?

Riktade statsbidrag är ett vanligt förekommande styrmedel för att stimulera utveckling av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. I perioder har utformningen varit strikt prestationsbaserad som vid införandet av ”Kömiljarden”, därefter i högre grad tillitsbaserad som vid utformningen av den efterföljande ”Professionsmiljarden”. Prestationsbaserat ekonomiskt stöd har en styrande effekt och har i några fall också lett till tillfälligt ökad produktion och kortare köer.

¹¹ Regeringen (2022). *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser*. S2022/01372 (delvis).

¹² Socialstyrelsen (2026). *Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning*. [Hämtad 2026-06-04].

Riksrevisionens utvärdering av kömiljarden kunde dock inte påvisa några långsiktiga effekter på tillgängligheten under den observerade tidsperioden 2010–2019.¹³ Under de senaste 3–4 åren har köer kortats och väntetiderna reducerats. Det gäller framför allt väntan till operation eller åtgärd.

Under en längre tid har de riktade statsbidragen varit kopplade till överenskommelser mellan SKR och staten. De statsbidrag som tillämpas i dagsläget är i stället kopplade till Socialstyrelsens uppdrag. Socialstyrelsen har dels ett uppdrag att fördela medel i enlighet med förordning (SFS 2024:1252) om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården¹⁴, dels ett uppdrag att betala ut medel kopplat till ökad produktion av vissa operationer och koloskopiundersökningar.¹⁵

Statsbidraget som fördelas i enlighet med förordningen är kopplat till regionernas arbete med att stärka tillgängligheten, öka vårdplatskapaciteten samt förbättra kompetensförsörjningen och arbetsmiljön. Villkoren för att få ta del av statsbidragen är bland annat att teckna en överenskommelse med Socialstyrelsen om insatser för att uppnå statsbidragets syfte, ta fram en produktionsplan för den specialiserade vården och att bedriva sitt arbete utifrån de stöd som Socialstyrelsen tagit fram avseende vårdplatser, produktions- och kapacitetsstyrning samt det nationella planeringsstödet. Statsbidraget rekvireras av regionerna och omfattade totalt 5 886 500 000 kronor och 5 042 500 200 kronor 2025 respektive 2026.¹⁶

Statsbidrag som är kopplat till ökad produktion inom vissa åtgärder syftade under 2025 till att öka produktionen av vissa operationer och att förstärka regionernas vårdgarantikanslier. Medlen till regionerna omfattade inledningsvis 497 miljoner kronor och de operationer som omfattades var höftledsprotoser, framfall och grå starr. Ersättning utgick 2025 i två block, där det första blocket omfattade att använda medel till insatser som syftar till att stärka respektive regions vårdgarantifunktion samt att rapportera den data som krävs för uppföljning av prestationskraven i block 2. Det andra blocket fördelades utifrån antalet genomförda operationer upp till ett tak som baseras på vårdbehovet i regionen.¹⁷ Sommaren 2025 kompletterades satsningen med ytterligare 507,5 miljoner kronor i prestationsbaserad ersättning för att stimulera produktionen av de sedan tidigare

¹³ Riksrevisionen (2023). *I väntan på vård*. RiR 2023:12.

¹⁴ Socialstyrelsen (2026). *Anvisningar för att rekvirera statsbidrag för 2026 stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården*. Dnr 9.1-4302/2026.

¹⁵ Regeringen (2025). *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta värdköerna*. S2025/00401 (delvis).
Regeringen (2025). *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp ytterligare medel för att korta värdköerna* S2025/01233 (delvis).

¹⁶ Socialstyrelsen (2025). *Anvisningar för att rekvirera statsbidrag för 2025 stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården*. Dnr 9.2-3000/2025;
Socialstyrelsen (2026). *Anvisningar för att rekvirera statsbidrag för 2026 stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården*. Dnr 9.1-4302/2026.

¹⁷ Regeringen (2025). *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta värdköerna*. S2025/00401 (delvis).

aktuella operationerna. Ersättningen avsåg antalet genomförda operationer som utgjorde en ökning jämfört med motsvarande period, åren 2022–2024.¹⁸ Under 2026 omfattar statsbidraget 750 miljoner kronor. Till skillnad från statsbidraget för 2025 omfattar inte stödet för 2026 stöd för regionernas vårdgarantifunktioner. Samtidigt har åtgärderna utökats till att utöver 2025 års operationer även omfatta knäledsoperationer, ljumskbräck och koloskopiundersökningar.¹⁹

Regionernas inspel kring användningen av de riktade statsbidragen inom tillgänglighetsområdet ligger i linje med tidigare sammanställda erfarenheter om riktade statsbidrag och Vårdansvarskommitténs slutsatser.²⁰ Regionerna uttrycker att de riktade statsbidragen innebär ett ökat fokus på väntetider och vårdköer, men menar samtidigt att det är viktigt att den statliga styrningen främjar effektivitet och kortare väntetider på längre sikt. Regionerna efterfrågar därför en större långsiktighet i styrningen med en mer övergripande målsättning och mindre detaljreglering. Regionerna upplever att uppföljningen kopplad till det förordningsstyrda statsbidraget för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet som detaljerad och administrativt betungande.

En god framförhållning från beslut till tillämpning är också önskvärd utifrån regionernas perspektiv eftersom det ger regionerna bättre förutsättningar att planera sina verksamheter utifrån styrningen genom statsbidragen, men också för att kunna arbeta in medlen i budgetförutsättningarna.

Regionerna är skeptiska till det produktionsbaserade statsbidraget och menar att det riskerar att leda till undanträngning och indikationsglidning. Behovsstyrd vård, vars förslag ligger till grund för det produktionsbaserade statsbidraget, bedömde dock risken för undanträngning som låg så länge det rör sig om en tillfällig satsning på hälso- och sjukvårdsåtgärder där det finns en kö som uppstått till följd av pandemin snarare än strukturella obalanser.²¹

I likhet med Vårdansvarskommittén ser utredningen behov av en ekonomisk styrning som stödjer långsiktighet. Prestationsbaserad styrning bör stödja det långsiktiga arbetet med att effektivisera vården och på så sätt minska väntetiderna.

Utredningens bedömning är att det förordningsstyrda statsbidraget är ett steg i en sådan riktning eftersom det är utformat på ett sätt som har potential att stödja verksamhetsutveckling. Exempelvis villkoras medlen i att tillämpa Socialstyrelsens

¹⁸ Regeringen (2025). *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp ytterligare medel för att korta vårdköerna. 2025/01233 (delvis).*

¹⁹ Regeringen (2026). *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna S2026/00052 (delvis)*

²⁰ Riksrevisionen (2023) *Nätt och jämnt - Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn. SOU 2024:50 Utjämningskommittén 2022. Betänkande.*,
SOU 2025:62 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022) *I rätt riktning. Användningen av riktade statsbidrag inom vård och omsorg.*

²¹ SOU 2026:38. Behovsstyrd vård. *Slutbetänkande.*

stöd för produktions- och kapacitetsstyrning, vilket kan bidra till en långsiktig effektivitetsutveckling. Däremot finns det behov av att se över den nuvarande utformningen. Det gäller särskilt den i dagsläget detaljerade återrapporteringen avseende det förordningsstyrda statsbidraget, som riskerar att utmana den dialogbaserade styrningen och tillitsfulla relation som utredningen uppfattar att Socialstyrelsen önskar åstadkomma. Enligt utredningens dialoger har Socialstyrelsen initierat ett arbete med att förenkla återrapporteringen. Utredningen uppfattar också att regionernas och Socialstyrelsens syn på hur PKS-arbetet och arbetet med vårdplatser ska bedrivas inte alltid överensstämmer. Att nå ökad samsyn kring målet och metoderna för utvecklingsarbetet kan därför också bidra till att den statliga styrningen på sikt får ökat genomslag.

Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete: Utredningens uppfattning är att det finns en förbättringspotential i den statliga styrningen genom statsbidrag inom tillgänglighetsområdet. I det fortsatta arbetet avser utredningen undersöka hur statsbidragen kan utformas för att i högre utsträckning stimulera en långsiktig effektivitetsutveckling, och därmed kortare väntetider, i regionerna.

2.4.3 Hur behöver den nationella vårdförmedlingen utvecklas för att få regionernas stöd?

Nationell vårdförmedling är ett statligt initiativ som syftar till att skapa bättre förutsättningar för att väntande patienter ska kunna erbjudas vård hos en annan vårdgivare med ledig kapacitet eller kortare väntetider oavsett var i landet denna vårdgivare finns.²² Uppdraget genomförs av Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten och regionerna bidrar i arbetet med en styrgrupp av hälso- och sjukvårdsdirektörer från samtliga sex sjukvårdsregioner och i arbetsgrupper för samtliga regioner. Uppdraget och genomförandet beskrivs vara komplext och där 21 regioner har olika önskemål och behov. Enligt Socialstyrelsens och E-hälsomyndighetens delredovisning²³ har arbetet hittills bestått i att etablera en samordningsfunktion och ta fram en version en digital vårdförmedlingstjänst, baserad på den nationella katalogen över vårdgivare och utförare av socialtjänst.²⁴ Den vård som kan förmedlas i dagsläget är kataraktoperationer, som är det område som samordningsfunktionen utsett som inledande vårdområde.

Flera regioner beskriver initiativet som vällovt och menar att det teoretiskt kan underlätta för regioner att ta del av andra regioners avtal och se ledig kapacitet.

²² Regeringen (2023). *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell Vårdförmedling, S2023/02117 (delvis)*.

²³ Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten (2026). *Utveckla och etablera arbetet med nationell Vårdförmedling, delredovisning*.

Men fyra år har gått sedan arbetet med nationell vårdförmedling inleddes och utredningen uppfattar att regionernas tilltro till vårdförmedlingens potential i nuläget är svag. Vårdlotsar och regionledningar har svårt att se en klar och entydig målbild för vårdförmedlingens arbete.

Det är en idealbild att alla ska få en överblick, men det är mycket jobb att få det på plats, men det viktigaste är ett bättre samarbete nationellt, sjukvårdsregionalt eller mer närallgande.

För att den nationella vårdförmedlingen ska få avsedd effekt krävs också att de strukturella hinder för samverkan som beskrivits i avsnitt 2.3 åtgärdas. I utredningens dialoger har bland annat frågor som information om kvaliteten hos vårdgivare, kunskap om avtal och takvolym och ökad samsyn på indikationer för ingrepp mellan regioner aktualiserats i anslutning till nationell vårdförmedling. Flera regioner lyfter också att det behöver finnas en tillit till att det finns en systematisk kvalitetsuppföljning av vårdgivare.

Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete: Utredningen bedömer att det finns strukturella hinder för samverkan mellan regioner som utmanar potentialen i nationell vårdförmedling. I det fortsatta arbetet kommer utredningen mer utförligt beskriva dessa hinder och föreslå möjliga lösningar. Vidare kommer utredningen att inventera om den nationella vårdförmedlingen genom att tillgängliggöra bland annat ledig kapacitet och väntetider för patienterna kan åstadkomma ett högre nyttjande.

2.5 Referenser

Kolada (2026). *Regionernas köp av vård från privata företag/ vårdgivare, baserad på Räkenskapsammandrag för kommuner och regioner*. SCB. [Hämtad 2026-06-10].

Regeringen (2022). *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser*. S2022/01372 (delvis).

Regeringen (2023). *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling*, S2023/02117 (delvis).

Regeringen (2025). *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna*. S2025/00401 (delvis).

Regeringen (2025). *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp ytterligare medel för att korta vårdköerna* S2025/01233 (delvis).

Regeringen (2026). *Kommittédirektiv – Effektiv nationell upphandling av specialiserad hälso- och sjukvård i privat regi*.

Regeringen (2026). *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna* S2026/00052 (delvis)

Riksrevisionen (2023). *I väntan på vård*. RiR 2023:12.

Riksrevisionen (2023) *Nätt och jämnt - Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn*.

Riksrevisionen (2023); *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*.

Socialstyrelsen (2025). *Anvisningar för att rekvidrera statsbidrag för 2025 stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården*. Dnr 9.2-3000/2025;

Socialstyrelsen (2026). *Anvisningar för att rekvidrera statsbidrag för 2026 stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården*. Dnr 9.1-4302/2026.

Socialstyrelsen (2026). *Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning*. [Hämtad 2026-06-04].

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten (2026). *Utveckla och etablera arbetet med nationell Vårdförmedling, delredovisning*.

Vårdföretagarna (2024). *En jämförande analys av privata vårdgivares ersättningar och offentliga vårdgivares kostnader – för höft- och knäprotesoperationer, operationer av grå starr och framfallsoperationer*.

SOU 2026:38. Behovsstyrd vård. *Slutbetänkande*.

SOU 2025:62 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022) *I rätt riktning. Användningen av riktade statsbidrag inom vård och omsorg*.

SOU 2023:22. Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. *Slutbetänkande*.

SOU 2024:50 Utjämningskommittén 2022. *Betänkande*

SOU 2025:62. Vårdansvarskommittén. *Ansaret för hälso- och sjukvården*.

Socialdepartementet**Kommittédirektiv Samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården**

Regeringen bemyndigar det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden om hälso- och sjukvård att

– ge en särskild utredare i uppdrag att utreda de frågor som framgår av direktivet, *se bilaga*

– besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren.

Utredaren ska följa de direktiv som framgår av *bilagan*.

Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 1 Rikets styrelse uppförda anslaget 4:1 Regeringskansliet m.m., anslagsposten 1 Till Regeringskansliets disposition, budgetramen 6 Socialdepartementet.

Utdrag till

Statsrådsberedningen/Gransk
utredningen

Kommittédirektiv

Samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården

Beslut vid regeringssammanträde den 8 januari 2026

Sammanfattning

En särskild utredare, i form av en nationell samordnare, ska bidra till att den statliga styrningen, kontrollen och uppföljningen stärks och får ett större genomslag när det gäller regeringens arbete med att korta vårdköerna och öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Samordnaren ska i dialog med olika aktörer, däribland sjukvårdens huvudmän, statliga myndigheter och privata vårdgivare, stärka erfarenhetsutbytet mellan regioner och identifiera hinder för samverkan på regional och nationell nivå. Utredaren ska också identifiera och föreslå kompletterande åtgärder för att korta vårdköerna på såväl regional som nationell nivå samt bidra till att statsbidragen för att korta köerna och öka tillgängligheten används så effektivt som möjligt. Detta är ett led i att fullfölja slutsatserna av den parlamentariskt sammansatta vårdansvarskommittén (SOU 2025:62) avseende vikten av att statens ansvar för och styrning av hälso- och sjukvården stärks.

Samordnaren ska bland annat

- stödja Regeringskansliet med att följa upp och analysera arbetet med att åtgärda vårdköer på nationell och regional nivå samt identifiera behov av och komma med förslag på kompletterande åtgärder i syfte att driva arbetet framåt,
- identifiera insatser och analysera framgångsfaktorer som bidrar till att korta vårdköerna, samt sprida dessa,

- identifiera åtgärder som på kort sikt kan bidra till att stärka tillgängligheten och korta väntetiderna, exempelvis genom innovativ upphandling av ledig kapacitet hos privata vårdgivare, och
- föra dialog med hälso- och sjukvårdens huvudmän, statliga myndigheter, privata vårdgivare och andra aktörer i syfte att identifiera hinder för samverkan på regional respektive nationell nivå som syftar till att korta väntetiderna.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 4 januari 2027.

Uppdraget att stärka den statliga styrningen och dess genomslag, följa upp och analysera väntetiderna samt bidra till stärkt tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet och står sig väl i internationella jämförelser. Uppföljningar visar på goda medicinska resultat, att patienter över lag är nöjda med kvaliteten och att förtroendet för hälso- och sjukvården är högt. Samtidigt står svensk hälso- och sjukvård inför flera utmaningar vad gäller bristande tillgänglighet och långa väntetider med patientsäkerhetsrisker som följd.

Regeringen bedömer att det är angeläget att den statliga styrningen ökar för att säkerställa att befolkningen erbjuds en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet i rätt tid. Det är angeläget att hälso- och sjukvården lever upp till de krav som framgår av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) på tillgänglig vård när patienten behöver den och som tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samtidigt som behovsprincipen efterlevs. Regeringen gav därför den 23 juni 2024 en särskild utredare i uppdrag att föreslå en ny och stärkt vårdgaranti med väsentligt kortare tidsgränser än i dag. I uppdraget ingår också att lämna förslag på lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen i de fall när vårdgarantin och patientlagen inte följs. För att minska de regionala skillnaderna och öka huvudmännens förutsättningar att korta väntetiderna i hela landet ser regeringen behov av att identifiera och vidta ytterligare åtgärder som stärker den statliga styrningen och förbättrar samordningen av hälso- och sjukvården på alla nivåer, i syfte att minska väntetiderna till vård och uppfylla vårdgarantins tidsgränser.

Tillgängligheten till och väntetiderna i hälso- och sjukvården skiljer sig mycket åt mellan regionerna. Även om det finns strukturella utmaningar som

förklarar en del av skillnaderna saknas en samlad bild av vilka faktorer som bidrar till att vissa regioner lyckas bättre än andra. Det finns därför ett behov av att analysera framgångsfaktorer i de regioner som uppvisar goda resultat vad gäller väntetider och tillgänglighet, samt att tillgängliggöra dessa lärdomar för andra regioner.

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet har, efter uppdrag från regeringen, tagit fram förslag till nationella planer för att minska bristen på disponibla vårdplatser och stärka kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. I planerna presenteras ett antal konkreta förslag och rekommendationer till huvudmännen. Det handlar bland annat om att åstadkomma en ändamålsenlig produktions- och kapacitetsstyrning, stärka kompetensförsörjningen och använda hälso- och sjukvårdens personal och andra tillgängliga resurser på ett så effektivt sätt som möjligt. För att förslagen i de nationella planerna ska kunna genomföras krävs samverkan mellan aktörer på såväl lokal som regional och statlig nivå. Flera av förslagen kräver också att arbetsmarknadens parter kommer överens i förhandlingar.

Långa vårdköer har varit ett problem i Sverige under flera decennier. Trots att flera regeringar har genomfört åtgärder och riktade satsningar i syfte att stärka tillgängligheten har problemen med långa vårdköer bestått. Den lagstadgade vårdgarantin har inte uppfyllts fullt ut. Det finns därför ett behov av att pröva nya arbetsätt och åtgärder för att stärka tillgängligheten och korta köerna i hälso- och sjukvården. Ska detta lyckas behöver staten, huvudmännen, privata vårdgivare och andra berörda aktörer arbeta effektivt och samverka för att de gemensamma resurserna ska användas så effektivt som möjligt.

Vårdansvarskommittén bedömer i betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) att staten bör ta ett ökat ansvar för ett antal områden och frågor i hälso- och sjukvården, bland annat kompetensförsörjningen, i syfte att skapa bättre förutsättningar att möta rådande utmaningar. Vårdansvarskommittén föreslår vidare att statens ansvarsutkrävande och kontroll bör stärkas i syfte att säkra patientens rättigheter samt för att garantera att hälso- och sjukvårdslagstiftningen får större genomslag i praktiken. Kommittén anser även att staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna i syfte att öka regelefterlevnaden och stärka patientens ställning. Sammantaget menar kommittén att dess bedömningar och förslag

innebär en väsentlig förskjutning gentemot staten gällande ansvaret för sjukvårdens styrning och utveckling.

Samordnaren ska därför

- stödja Regeringskansliet med att följa upp och analysera arbetet med att åtgärda vårdköer på nationell och regional nivå samt identifiera behov av och komma med förslag på kompletterande åtgärder i syfte att driva arbetet framåt,
- identifiera insatser och analysera framgångsfaktorer som bidrar till att korta vårdköerna, samt sprida dessa,
- identifiera kompletterande åtgärder som på kort sikt kan bidra till att stärka tillgängligheten och korta vårdköerna, exempelvis genom innovativ upphandling av ledig kapacitet hos privata vårdgivare,
- utifrån dialog med arbetsmarknadens parter identifiera och lämna förslag på åtgärder som stärker arbetsmiljön och kompetensförsörjningen på regional nivå samt stimulerar innovativa arbetssätt i hälso- och sjukvården i syfte att korta köerna,
- identifiera åtgärder för att stärka den statliga styrningen och dess genomslag avseende tillgänglighet och vårdköer, exempelvis i utformningen av statsbidrag, och
- uppmärksamma hälso- och sjukvårdens huvudmän, regeringen, statliga myndigheter, privata vårdgivare och andra berörda aktörer på de identifierade åtgärderna och vid behov lämna förslag på förfarande för att genomföra dessa.

Uppdraget att vara en kontaktpunkt för intressenter och aktörer inom hälso- och sjukvården

Regeringen har genomfört flera åtgärder som på olika sätt bidrar till att korta vårdköerna. Sedan regeringen tillträdde har cirka 18 miljarder kronor i prestationsbaserade medel tillförts regionerna för att korta vårdköerna och öka tillgängligheten till vård, bland annat genom en särskild satsning för att korta köerna till operationer av grå starr, höftproteser och framfall, områden där många patienter väntat länge på en operation. I budgetpropositionen för 2026 aviserade regeringen att satsningen fortsätter under kommande år. Utöver att omfatta de tidigare nämnda operationerna utökas satsningen också till att omfatta ytterligare åtgärder. Socialstyrelsen redovisade i december 2026 förslag på ytterligare åtgärder att inkludera i satsningen (S2025/01757). Förslaget innebär att, utöver de tidigare tre operationerna,

också inkludera operationer av ljumskbräck och knäproteser samt koloskopiundersökningar. Regeringen återkommer i närtid med besked om villkor för utbetalning av medel inom ramen för denna satsning.

Ytterligare medel fördelas också för regionernas arbete med standardiserade vårdförlopp (SVF). Regeringen har också inrättat en nationell vårdförmedling, som innebär att patienter kan få vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider eller ledig kapacitet, oavsett var i landet denna vårdgivare finns. Regeringen har vidare gett Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta nationella utvecklingsteam inom barn- och ungdomspsykiatri. Målsättningen med utvecklingsteamerna är att stödja regioner och verksamheter i arbetet med att öka tillgängligheten och skapa förutsättningar för stärkt kvalitet och effektivitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården.

Regeringen har också tillsatt utredningen Behovsstyrd vård (S 2024:05), som har i uppdrag att lämna förslag på en ny vårdgaranti inom specialiserad vård, som ska utgå från patientens behov och ha väsentligt kortare tidsgränser än i dag. Det finns dock tecken på att många patienter inte känner till regionernas skyldigheter inom ramen för rådande lagstiftning, bland annat vad gäller regionernas skyldighet att erbjuda vård inom den specialiserade öppenvården även till invånare i andra regioner, och att erbjuda vård hos andra vårdgivare i de fall vårdgarantin inte kan uppfyllas av hemregionen. Det finns därför ett behov av att sprida information om hur vårdköerna skiljer sig åt mellan olika regioner, och informera patienter och allmänheten om regionernas lagstadgade skyldighet att erbjuda vård i tid.

Regeringen genomför också flera satsningar som indirekt bidrar till att korta vårdköerna. Det handlar bland annat om satsningar för att stärka primärvården, utveckla arbetet för psykisk hälsa och suicidprevention samt reformera vårdens digitala infrastruktur, så att rätt information om patienten ska finnas tillgänglig för den som behöver det.

Utöver de insatser som regeringen genomför arbetar hälso- och sjukvårdens huvudmän i form av kommuner och regioner, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), privata vårdgivare och patientorganisationer med initiativ som på olika sätt syftar till att stärka tillgängligheten till vård. Det finns därför ett behov av att på ett tydligare sätt samordna mångfalden av aktörer och initiativ på området.

Samordnaren ska därför

- sprida information och kunskap om köläget i regionerna, om regionernas skyldigheter att erbjuda vård i tid inom vårdgarantins tidsgränser i den egna regionen eller annan region,
- sprida information och kunskap om patientens möjligheter att söka vård i andra regioner,
- informera vårdgivare, intressenter och aktörer på olika nivåer om regeringens initiativ som direkt eller indirekt syftar till att korta värdköerna,
- föra dialog med hälso- och sjukvårdens huvudmän, de statliga myndigheterna, privata vårdgivare och andra relevanta aktörer i syfte att identifiera hinder för samverkan på regional respektive nationell nivå för att korta värdköerna, och
- sammanställa och omsätta de identifierade hindren i rekommendationer om nya åtgärder.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Samordnaren ska hålla sig informerad om och beakta relevanta arbeten som pågår inom Regeringskansliet, i andra utredningar och på berörda myndigheter. Vid genomförandet av uppdraget ska samordnaren föra dialog med relevanta myndigheter och aktörer. Samordnaren ska med utgångspunkt i respektive departements ansvarsområde löpande ha kontakt med relevanta departement inom Regeringskansliet.

Utredningens uppdrag karaktäriseras av ett innovativt förhållningssätt i syfte att korta värdköer. Samordnaren ska när det bedöms särskilt relevant ha ett barnrätts- och funktionshindersperspektiv och beakta konsekvenserna av föreslagna åtgärder för barn, i enlighet med bland annat Förenta nationernas (FN) barnkonvention om barnets rättigheter samt för personer med funktionsnedsättning, i enlighet med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. När det kan anses vara särskilt relevant ska samordnaren ha ett jämställdhetsperspektiv i sitt arbete och beakta de konsekvenser som de föreslagna åtgärderna har för jämställdheten mellan män och kvinnor. Samordnaren ska informera om det arbete som bedrivs inom ramen för uppdraget vid de tidpunkter och i den form som bestäms i dialog med Regeringskansliet (Socialdepartementet). En delredovisning ska lämnas senast den 12 juni 2026. Uppdraget ska slutredovisas senast den

4 januari 2027. Av slutredovisningen ska det framgå hur uppdraget har bedrivits och vilka resultat som har uppnåtts.

(Socialdepartementet)