

Analys av incitamentsstrukturer för nationell vårdförmedling

Innehåll

Sammanfattning	4
Analysen av incitamentsstrukturer för nationell vårdförmedling – del av regeringsuppdrag	4
Olika typer av incitament påverkar nationell vårdförmedling	4
Behov av förändringar för att skapa mer ändamålsenliga incitaments- strukturer – lärdomar och insikter	5
Inledning	7
Socialstyrelsen arbetar med nationell vårdförmedling inom flera uppdrag	7
Bakgrund och teoretiska utgångspunkter – nationell vårdförmedling och incitament	10
Vad innebär nationell vårdförmedling?	10
Vad är ett incitament?	14
Det finns olika typer av incitament	14
Analysresultat	17
Flera incitament påverkar nationell vårdförmedling och berörda aktörer reagerar på olika sätt	17
Det finns flera utmaningar kopplade till regelverkens utformning	19
Nationell vårdförmedling ses ofta som ett kostsamt alternativ	22
Utmaningar med avtal försvårar nationell vårdförmedling	28
Nationell vårdförmedling påverkas av attitydsbaserade incitament	33
Patienters incitament har betydelse för nationell vårdförmedling	36
Lärdomar och insikter	40
Svaga incitament för regionalt samarbete	40
Behov av förändringar som rör regelverket	41
Behov av förändringar som påverkar de ekonomiska incitamenten för nationell vårdförmedling	43
Behov av förändringar som påverkar de attitydsbaserade incitamenten	45
Referenser	47
Bilaga 1 – Metodbeskrivning	48
Intervjuer och dialog med regionföreträdare, patientrepresentanter, offentliga verksamheter och privata aktörer	48
Sammanställning och genomgång av kompletterande litteratur	49

Kompletterande kostnads- och hälsoekonomiska analyser.....	49
Expertintervjuer.....	50
Bilaga 2 - Räkneexempel: Hur mycket kostar väntetider samhället?.....	51

Sammanfattning

Analysen av incitamentsstrukturer för nationell vårdförmedling – del av regeringsuppdrag

Denna rapport har tagits fram inom ramen för Socialstyrelsen och E-hälsomyndighetens uppdrag om att ta fram förslag på en nationell plan för nationell vårdförmedling. Nationell vårdförmedling innebär att väntande patienter erbjuds och tar del av vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider – oavsett var i landet denna vårdgivare bedriver sin verksamhet. Det är alltså uteslutande vårdförmedling ur ett tillgänglighetsperspektiv, och specifikt den vårdförmedling som sker med syftet att uppfylla den nationella vårdgarantin för specialiserad vård, som avses i denna rapport. Nationell vårdförmedling kan ses som ett av flera regionala verktyg för att förbättra tillgängligheten.

Nationell vårdförmedling är en komplex process som kräver samarbete mellan olika aktörer tvärs regionala gränser. Regionerna arbetar redan idag med nationell vårdförmedling, men det finns stora regionala skillnader kring i vilken utsträckning nationell vårdförmedling erbjuds väntande patienter. Detta trots att det skulle kunna förbättra tillgängligheten. Rapportens syfte är att analysera de incitamentsstrukturer som ligger bakom de faktorer som hindrar nationell vårdförmedling i dagsläget, för att kunna utforma förslag som svarar upp mot dessa utmaningar.

Olika typer av incitament påverkar nationell vårdförmedling

Analysresultaten kategoriseras under tre övergripande typer av incitament:

Incitament kopplade till regelverk: Här framkommer att den författningsreglerade vårdgarantin inte skapar tillräckliga drivkrafter för regionerna att arbeta med nationell vårdförmedling. Detta eftersom det saknas konsekvenser om den inte uppfylls. Analyserna pekar också på att vårdgarantins nuvarande utformning kan leda till prioriteringsutmaningar.

Ekonomiska incitament: Drivkrafterna för att erbjuda patienter vård hos en annan vårdgivare styrs i hög grad av uppfattningen kring om detta är ett kostsamt eller lönsamt alternativ. Olika aspekter, såsom hur kostnader fördelas mellan regioner och offentliga 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. Därutöver framkommer att regionala kostnader uppstår för att administrera och upprätta egna avtal med privata vårdgivare. Det är även svårt att hitta, tolka och nyttja andra regioners avtal. Ur ett patientperspektiv finns det hinder kopplade till att patienter kan behöva ligga ute med pengar för resan, eller att de behöver ta ledigt/sjukskriva sig från jobbet.

Attitydsbaserade incitament: Det framkommer även att incitament kopplade till attityder hos exempelvis vårdgivare, professionen eller patienter, kan påverka i vilken utsträckning nationell vårdförmedling används som ett verktyg för att förbättra tillgängligheten. Nationell vårdförmedling kan till exempel innebära en känsla av kontrollförlust hos vårdprofessionen i fråga om patientens vård. Nationell vårdförmedling kan även i vissa fall upplevas som ett misslyckande för den egna regionen. Slutligen kan patientens inställning till vårdförmedling ha stor betydelse för om hen tackar ja eller nej. Inställningen kan bland annat påverkas av vilken information vårdgivaren ger till patienten.

Behov av förändringar för att skapa mer ändamålsenliga incitamentsstrukturer – lärdomar och insikter

Dagens incitamentsstrukturer skapar drivkrafter som styr aktörer i olika riktningar, vilket leder till att arbetet med nationell vårdförmedling varierar avsevärt. Det finns därför behov av mer formella strukturer för samverkan och samordning mellan regioner och andra aktörer. Därför krävs förändringar som möjliggör för aktörerna att samverka mer. Det finns dessutom andra hinder kopplade till incitament, som behöver hanteras i ett bredare perspektiv.

När det gäller **incitament kopplade till regelverk** behövs tydligare konsekvenser kopplade till vårdgarantin, och regionerna behöver även samla sig kring prioriteringsfrågor. Därutöver finns behov av stödinsatser som underlättar för regionerna att ha en gemensam dialog kring avtals- och upphandlingsrättsliga frågor, för att till exempel nå samsyn kring regelverket, och hur avtal skulle kunna utformas på ett mer enhetligt sätt.

Det finns dessutom ett behov av förändringar rörande **ekonomiska incitament** kopplat till de ersättningsmodeller för utomlänsvård som används idag. Där behöver ersättningsmodellerna anpassas bättre till vårdförmedling, och det krävs en ökad transparens kring prissättning av vårdåtgärder. Utveckling av gemensamma principer för ersättning av kringkostnader är ett annat behov. Slutligen finns en potential för regionerna

att samordna sig kring upphandlingar av vård, vilket möjligtvis skulle kunna göras utifrån gemensamma, nationella behovsanalyser.

Gällande **attitydsbaserade incitament** behövs bättre förutsättningar för kvalitetsuppföljning av privata vårdgivare, och större samsyn mellan regioner vad gäller kvalitetskrav i upphandlingar. Därutöver behövs mer enhetlig och heltäckande patientinformation kring vårdgarantin och vårdförmedlingsprocessen, samt enklare sätt för patienten att ta kontakt med regionernas vårdförmedlande funktioner.

Inledning

I detta avsnitt beskrivs kort bakgrunden till arbetet. Därutöver redovisas analysens syfte, vägledande frågeställningar och den valda metoden.

Socialstyrelsen arbetar med nationell vårdförmedling inom flera uppdrag

Svensk hälso- och sjukvård kännetecknas generellt av god kvalitet, inte minst sett ur ett internationellt perspektiv. Samtidigt finns stora tillgänglighetsutmaningar. Väntetiderna är och har även historiskt varit långa, och det råder vårdplatsbrist på många håll i landet. Vårdens tillgänglighetsutmaningar behöver hanteras ur ett helhetsperspektiv där parallella ansträngningar av olika slag krävs. Socialstyrelsen har fått flera uppdrag som syftar till att förbättra tillgänglighet i vården, exempelvis genom produktions- och kapacitetsstyrning samt framtagande av riktvärden för vårdplatser på nationell och regional nivå. Utöver dessa har Socialstyrelsen fått två uppdrag tillsammans med E-hälsomyndigheten, som ska bidra till att realisera regeringens initiativ rörande nationell vårdförmedling.

Nationell vårdförmedling innebär i korthet att väntande patienter erbjuds och tar del av vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider – oavsett var någonstans i landet vårdgivaren bedriver sin verksamhet. Det kan därmed bidra till att svara upp mot vissa tillgänglighetsutmaningar i vården, och användas som ett av flera verktyg för att skapa en mer jämlik tillgång till vård. Enligt den författningsreglerade vårdgarantin är det också regionens skyldighet att erbjuda vård hos en annan vårdgivare till de patienter som förväntas vänta längre än vårdgarantins tidsgränser.

Det ena regeringsuppdraget handlar om att genomföra insatser som stärker väntande patienters ställning och möjligheter att ta del av vård hos annan vårdgivare med kortare väntetider. Det andra uppdraget omfattar framtagande av en nationell plan till nationell vårdförmedling. Socialstyrelsen arbetar med de två uppdragen utifrån ett helhetsperspektiv, och genomför parallellt olika separata analyser som kommer ligga till grund för slutredovisningen av respektive uppdrag.¹

¹ Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling (S2023/02117 (delvis)); Uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider (S2023/02119 (delvis))

Regionerna använder inte nationell vårdförmedling i den utsträckning som hade varit möjligt

Regionerna arbetar redan idag med nationell vårdförmedling. Under de senaste åren har satsningar gjorts för att utveckla det regionala arbetet med nationell vårdförmedling, exempelvis genom inrättandet av regionala funktioner som arbetar specifikt med vårdförmedlings- och vårdgarantiärenden. Det finns emellertid alltså stora skillnader mellan regioner kring hur arbetet med nationell vårdförmedling organiseras och utförs, och i förlängningen i vilken utsträckning väntande patienter erbjuds vård hos en annan vårdgivare [1]. Detta bekräftas även i dialog med regionföreträdare. Väntetiderna skiljer sig även mycket åt mellan regioner och mellan olika delar av hälso- och sjukvården [1]. Sammanfattningsvis finns det indikationer på att regionerna inte använder nationell vårdförmedling i den utsträckning som hade varit möjligt.

Enligt den författningsreglerade vårdgarantin ska patienter erbjudas vård hos en annan vårdgivare när patienten förväntas vänta längre än vårdgarantins tidsgränser. Inom många regioner är det idag inte en självklarhet att erbjuda väntande patienter denna möjlighet [2]. Förutom patienter som enligt lag ska erbjudas nationell vårdförmedling, finns det även väntande patienter som inte omfattas av vårdgarantin, men där nationell vårdförmedling hade kunnat användas som ett verktyg för att öka tillgängligheten. Sammantaget riskerar dagens läge att bidra till en ojämlig tillgång till vård för väntande patienter. Det bör dock poängteras att det finns begränsningar för när nationell vårdförmedling kan användas, exempelvis då hänsyn ska tas till patientsäkerhetsrisker och patientens egen preferens.

Socialstyrelsen har gjort en analys av incitamentsstrukturer inom ramen för nationell vårdförmedling

Det finns flera olika möjliga förklaringar till varför nationell vårdförmedling inte alltid används i den utsträckning som hade varit möjlig. För att mer på djupet förstå vilka drivkrafter som främjar respektive hindrar nationell vårdförmedling, har en särskild analys av incitamentsstrukturer genomförts. Utgångspunkten för analysen är att olika incitament har uppstått inom ramen för dagens system – incitament som påverkar berörda aktörers agerande på olika sätt. Tanken är att de insikterna som framkommit i analysen ska ligga till grund för utformning av förslag på hur systemet kan utformas för att skapa bättre förutsättningar för nationell vårdförmedling, och på så sätt bidra till att svara upp mot vissa av hälso- och sjukvårdens tillgänglighetsutmaningar.

Ett antal frågeställningar har formulerats, och dessa har legat till grund för och väglett analysarbetet. Frågorna är:

- Vilka faktorer hindrar respektive främjar nationell vårdförmedling?
- Vilka effekter (positiva och negativa) har nationell vårdförmedling?
- Vad krävs för att förbättra förutsättningarna för nationell vårdförmedling?

Sammanfattningsvis syftar denna analys till att kartlägga incitamentsstrukturer som påverkar nationell vårdförmedling. Målsättningen är att denna rapport ska fungera som ett kunskapsunderlag inför framtagande av förslag på nationell plan för nationell vårdförmedling.

Olika metoder ligger till grund för analysen

Socialstyrelsen har använt olika metoder i det samlade analysarbetet som legat till grund för rapporten. Analysarbetet har bland annat omfattat ett stort antal intervjuer och dialoger med regioner, offentliga vårdgivare, vårdförmedlare, privata vårdgivare, patientrepresentanter och forskare med relevant specialistkunskap. Vi har även utfört kompletterande kostnads- och hälsoekonomiska analyser och en översiktlig litteraturgenomgång. För en mer utförlig metodbeskrivning, se Bilaga 1 – Metodbeskrivning.

Användning av citat och utdrag ur intervjunotat i rapporten

Utvalda delar av anteckningsmaterialet från genomförda intervjuer och dialoger har inkluderats löpande i rapporten. Syftet är att underbygga och exemplifiera resonemangen.

I sådana här pratbubblor finns citat från intervjuerna och dialogerna. Det framgår även vilken aktör citatet kommer ifrån.

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

I sådana här rutor finns utdrag ur sammanfattande intervjunotat från regionintervjuer.

I vissa fall har citaten och utdragen justerats något för att förbättra läsbarheten, utan att innebörden förändrats.

Bakgrund och teoretiska utgångspunkter – nationell vårdförmedling och incitament

I detta avsnitt redovisas centrala teoretiska utgångspunkter som är kopplade till nationell vårdförmedling och incitament. Tanken är att detta avsnitt ska underlätta förståelsen för och tolkningen av analysresultaten.

Vad innebär nationell vårdförmedling?

Patienter kan få vård hos en annan vårdgivare av olika skäl. Det kan till exempel handla om att rätt kompetens saknas, eller att patienten själv söker sig till en annan vårdgivare inom ramen för vårdval. I denna rapport avser nationell vårdförmedling när väntande patienter erbjuds vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider eller ledig kapacitet, oavsett var i landet vårdgivaren bedriver sin verksamhet. Det är vårdens skyldighet att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare om regionen inte uppfyller den författningsreglerade vårdgarantin (se faktarutan nedan). Rapporten fokuserar alltså på vårdförmedling ur ett tillgänglighetsperspektiv, och avser vårdförmedling där långa väntetider i den egna verksamheten är det huvudsakliga skälet till hänvisningen. Det är samtidigt viktigt att notera att det kan finnas välgrundade medicinska orsaker till att nationell vårdförmedling inte är aktuellt, till exempel att det finns uppenbara patientsäkerhetsrisker. Det kan även finnas andra risker vid nationell vårdförmedling, exempelvis kopplat till kompetensförsörjning och utbildningsansvar – risker som är viktiga att ta hänsyn till.

Vad innebär vårdgarantin?

Bestämmelser om vårdgarantin finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Vårdgarantin innebär att varje enskild region ansvarar för att enskilda patienter erbjuds vård inom vissa tidsgränser². I HSF framgår bland annat att vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde får

- kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker vård
- en medicinsk bedömning av legitimerad personal i primärvården inom tre dagar
- besöka den specialiserade vården inom 90 dagar
- planerad vård inom 90 dagar.³

Om regionen inte uppfyller tidsgränserna för besöksgarantin inom den specialiserade vården eller för behandlingsgarantin för planerad vård, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.⁴ I detta fall sker en förmedling av vård inom eller tvärs regionala gränser, det vill säga nationell vårdförmedling.

Samtidigt är gränsdragningen för vilken typ av vård och patient som kan vara aktuell för nationell vårdförmedling inte alltid tydlig, och det kan finnas gråzoner. I vissa fall väntar patienter på vårdåtgärder som inte täcks av vårdgarantin och som därför inte har författningsreglerade tidsgränser. Nationell vårdförmedling kan användas som ett verktyg för att öka tillgängligheten även för dessa patienter. Detta gäller till exempel vid uppföljningsbesök och vissa utredningsåtgärder. Därutöver finns vårdåtgärder som av medicinska skäl bör genomföras inom en kortare tidsgräns, exempelvis vid välgrundad misstanke om cancer. Även dessa vårdåtgärder kan vara aktuella för nationell vårdförmedling. Detta utifrån en sammanvägd bedömning av risk kontra nytta. Möjligheten att använda nationell vårdförmedling begränsas även av faktorer som exempelvis eventuell samsjuklighet hos patienten, vårdkedjans komplexitet och patientens egen preferens.

Själva aktiviteten nationell vårdförmedling innebär som tidigare nämnts att väntande patienter erbjuds vård hos annan vårdgivare med kortare väntetider. I samband med detta sker – helt eller delvis – en överföring av patientansvar mellan vårdgivarna. Det är regionen som ansvarar för nationell

² Se 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § HSF.

³ Se 6 kap. 1 § HSF.

⁴ Se 9 kap. 2 § HSL och Proposition 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten - vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning, s. 51–52.

vårdförmedling, och som har till uppgift att bedöma huruvida vårdgarantin kommer att uppfyllas. Regionen ska med andra ord avgöra om patienten ska erbjudas vård hos en alternativ vårdgivare med kortare väntetider. Många regioner har upprättat regionala organisationer eller rutiner för detta, exempelvis i form av vårdlotskanslier med särskilt ansvariga funktioner såsom vårdlotsar, tillgänglighetssamordnare eller motsvarande. I vissa fall är det ordinarie vårdpersonal som säkerställer att väntande patienter erbjuds vård hos en annan verksamhet. Sammanfattningsvis sker den nationella vårdförmedlingen regionalt eller lokalt, och det finns ingen övergripande struktur för vårdförmedling på en nationell nivå.

För att få till stånd en välfungerande och enhetlig nationell vårdförmedling tvärs alla regioner, behöver ett antal centrala förutsättningar vara på plats. Ändamålsenliga arbetssätt, processer och organisering är till exempel några viktiga förutsättningar och en nationell digital infrastruktur är en annan. Staten kan på olika sätt stödja den nationella vårdförmedlingen genom insatser som bidrar till att förbättra dessa förutsättningar. Staten kan bland annat stödja regionala arbetssätt eller att utveckla nödvändig stödjande digital infrastruktur som kan nyttjas på regional nivå.

Patienten ska enligt lag få information om vårdgarantin

En avgörande förutsättning för nationell vårdförmedling är att patienten har blivit informerad om villkoren för vårdgarantin, och fått ett erbjudande om vårdförmedling. I patientlagen (2014:821), PL, framgår det att patienten ska få information om vid vilken tidpunkt hen kan förvänta sig att få vård. Patienten ska även få information om vårdgarantin.⁵ Informationen ska anpassas till patientens individuella förutsättningar, och den som ger informationen ska så långt det är möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innebörden.⁶

I hälso- och sjukvårdsförordningen framgår att patienten anses frivilligt avstå från vård om han eller hon har informerats om vårdgarantin, erbjudits vård i enlighet med vårdgarantin och meddelat vårdgivaren att han eller hon avstår från erbjudandet om vård.⁷

Avtal är en grundläggande förutsättning för nationell vårdförmedling

För att kunna erbjuda väntande patienter vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider, krävs att det finns vårdenheter med ledig kapacitet. Såväl

⁵ Se 3 kap. 1 och 2 §§ PL.

⁶ Se 3 kap. 6 och 7 §§ PL.

⁷ Se 6 kap. 2 § HSF.

offentliga som privata vårdgivare kan fungera som en mottagande enhet. Trots att det finns empiriska exempel på regioner som upprättat samarbeten där vårdförmedling sker mellan offentliga vårdgivare, finns det en allmän uppfattning om att det framför allt är privata aktörer som har, eller som kan frigöra, ledig kapacitet för att kunna ta emot patienter som väntar på vård. Analyser av inom- och utomlänsvård vid knäprotesoperationer under 2023 från Patientregistret visar att privata vårdgivare stod för mindre än hälften av vårdproduktionen vid vård inom länet, medan motsvarande siffra för utomlänsvård var 92 procent. Detta kan ses som en indikation för att privata vårdgivare är de som i dagsläget har bäst förutsättningar att ta emot patienter från andra regioner.

För att regioner ska kunna nyttja privata vårdgivares tjänster, krävs att någon region har upphandlat vårdgivaren enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU, eller lagen om valfrihetssystem (2008:962), LOV. I samband med upphandlingen upprättas ett avtal mellan de berörda aktörerna, som bland annat reglerar ersättningsnivåer, volym och ansvarsfördelning. Dessa avtal är med andra ord en viktig och grundläggande förutsättning för att hela vårdens kapacitet ska kunna nyttjas på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.

De befintliga avtalen som används för nationell vårdförmedling varierar på olika sätt – såväl till innehåll som till utformning. Vissa använder sig av bredare ramavtal medan andra i stället upprättat mer specifika avtal. Avtalen är inte alltid specifikt kopplade till nationell vårdförmedling. Det är även vanligt att regionerna nyttjar varandras avtal med privata aktörer. I dessa fall tecknar alltså inte regionen själv ett eget avtal med den privata vårdgivaren, utan använder ett avtal som en annan region redan tecknat.

Ersättningsvillkor regleras i regionala prislistor eller separata avtal

Ersättning för vård som ges utanför den aktuella hemregionen, regleras i det så kallade *Riksavtalet för utomlänsvård*. Avtalet gör gällande att denna typ av vård ska ersättas enligt regionala prislistor som tas fram inom respektive sjukvårdsregion.⁸ Prislistan gäller inte om patienten får utomlänsvård hos en privat vårdgivare, utan då regleras priset i stället genom separata avtal.

Ersättning, oavsett om det är från de regionala prislistorna eller från privata avtal, utgår ofta från så kallade DRG-poäng (diagnosrelaterade grupper). DRG-poäng ska spegla den genomsnittliga vård- och behandlingskostnaden för en patient. Genomsnittskostnaden beräknas i sin tur utifrån *Kostnad per patient* (KPP) som är en metod för att uppskatta unika kostnader per

⁸ Det förekommer även så kallade mellanregionala avtal som kan reglera pris för vård av patienter mellan två specifika regioner. Om ett mellanregionalt avtal existerar så gäller priset i detta avtal framför regionala prislistor, men enbart för de regioner som inkluderas i avtalet. För övriga regioner gäller alltså fortfarande de regionala prislistorna.

vårdkontakt och patient. Tanken är att den genomsnittliga kostnaden i slutändan ska innebära en tillräcklig kompensation till vårdgivare – trots att de faktiska kostnaderna kan överstiga eller understiga denna nivå.

I avtal med privata vårdgivare kan ersättningen i stället utgå ifrån en avtalsspecifik prislista, där priset för varje vårdåtgärd som ingår i avtalet fastställs. I dessa fall är det inte lika tydligt om prissättningen är baserad på DRG-poäng, och priserna kan omförhandlas under avtalstiden.

Som tidigare nämnts, framgår det i HSL att om regionen inte uppfyller tidsgränserna för besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin för planerad vård, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.⁹ I praktiken innebär detta att hemregionen står för resekostnader och andra eventuella kringkostnader som kan tillkomma för patienten vid nationell vårdförmedling. Hur detta faller ut varierar mellan regioner. Vissa regioner bokar och betalar resan direkt, medan andra ersätter patienten i efterhand för de kringkostnader som uppstått. Det finns också olika regionala riktlinjer för huruvida patienten betalar egenavgift för resan vid utomlänsvård samt storleken på denna.

I vissa fall ersätts även resan för en medföljande, om detta är medicinskt motiverat. Beroende på vårdåtgärd och geografiskt avstånd kan regionen även erbjuda en hotellnatt för patienten och eventuell medföljande.

Vad är ett incitament?

Incitament innebär i korthet något som driver eller påverkar ett beteende i en viss riktning, och kan i detta sammanhang ses som en form av styrmedel. Det kan handla om att premiera eller belöna en viss insats eller ett utfall, exempelvis genom prestations- eller utfallsbaserad styrning. Incitament kan med andra ord utformas och användas medvetet och strategiskt, exempelvis inom ramen för ekonomistyrning. De kan samtidigt uppstå som en direkt eller indirekt följd av system, strukturer eller åtgärder, det vill säga utan en medveten ansträngning. Vissa incitament är därmed mer uppenbara medan andra är mer diffusa. Incitament är ett tvärvetenskapligt begrepp som behandlas inom till exempel det sociologiska, nationalekonomiska och statsvetenskapliga fältet.

Det finns olika typer av incitament

En vedertagen ansats inom litteraturen är att skilja på monetära och icke-monetära incitament. Monetära incitament innebär antingen en ekonomisk sanktion som till exempel kostnader, eller en belöning såsom löner. Dessa typer av incitament är *externa*. Icke-monetära incitament kan upplevas som

⁹ Se 9 kap. 2 § HSL.

mer abstrakta och kopplas ofta samman med motivation, värdegrund och intern belöning [3], och dessa beskrivs i vissa fall som *interna*. Givet att incitament är ett tvärvetenskapligt fenomen, och beroende på kontext och forskningsområde, behandlas det på lite olika sätt [3–5]. Den teoretiska utgångspunkten är emellertid att incitament skapar drivkrafter som påverkar en aktörs, en verksamhets eller en individs beteenden och de är centrala utifrån ett styrningsperspektiv. Det är med andra ord nödvändigt att ta hänsyn till och identifiera incitament som påverkar förutsättningarna för att en viss insats eller system ska bidra till önskade effekter.

I denna rapport delas incitament upp i tre huvudgrupper:

1. Incitament kopplade till regelverk:

Lagar och regler är ett formellt tvingande styrmedel, och kan därmed också ses som ett incitament som innebär ett hot om negativ påföljd. Incitamenten kan vara både monetära och icke-monetära, beroende på dess utformning.

2. Ekonomiska incitament:

Innebär både belöningar och kostnader och motsvarar i huvudsak ett monetärt incitament. Omfattar både direkta ekonomiska resurser och indirekta ekonomiska resurser, exempelvis personalresurser. Grundtanken är att ett visst beteendemönster uppstår om nyttan eller vinsten överväger kostnaden.

3. Attitydsbaserade incitament:

Kan till exempel kopplas till värderingsmässiga, ideologiska eller moraliska uppfattningar som bidrar till att forma en individs eller grupps ageranden. Denna typ av incitament är i regel nära kopplade till kulturella aspekter, och ingår i definitionen av icke-monetära incitament.

Incitamenten kan på olika sätt påverka drivkrafterna för nationell vårdförmedling. Detta kan i sin tur leda till att vårdförmedling antingen underlättas eller hindras. Incitamenten är mer eller mindre synliga, och flera olika incitament kan uppstå parallellt. I vissa fall kan incitamenten tillsammans skapa drivkrafter åt ett håll, medan de i andra fall kan skapa drivkrafter åt motsatta håll. Det kan till exempel finnas ekonomiska incitament som stimulerar ett beteendemönster i en viss riktning, samtidigt som attitydsbaserade incitament genererar motsatta drivkrafter. Det kan därmed vara svårt att förutspå exakt vilka beteenden eller mönster som ett visst incitament bidrar till att skapa. Därutöver kan samma incitament påverka aktörer (på olika nivåer) på olika sätt. Regioner, vårdgivare (offentliga och privata), vårdförmedlare och patienter kan – beroende på kontext – ha olika drivkrafter vilket kan leda till att de även reagerar eller beter sig olika.

Den teoretiska utgångspunkten är alltså att det är viktigt att förstå vilka incitamentsstrukturer som finns och hur de uppstår. Detta för att kunna föreslå insatser som möjliggör att nationell vårdförmedling kan användas på

ett mer jämlikt och ändamålsenligt sätt, i de fall där det är lämpligt. Åtgärder som påverkar incitamentsstrukturerna kan generera drivkrafter både för vårdgivare med längre väntetider att erbjuda patienten vård hos en annan vårdgivare, och för vårdgivare med kortare väntetider att ta emot de väntande patienter som är villiga att åka till en annan vårdgivare. I de fall patienten bedöms vara lämplig för vårdförmedling utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv, bör insatserna öka patientens möjlighet att göra ett välgrundat och medvetet val kring ett erbjudande om att få vård hos en annan vårdgivare.

Sammanfattningsvis är utgångspunkten i rapporten att identifiera vilka incitamentsstrukturer som ligger bakom de faktorer som hindrar nationell vårdförmedling i dagsläget, i de fall då detta skulle kunna bidra till en bättre tillgänglighet för patienten. Genom att förstå vilka bakomliggande drivkrafter som genererar eller bidrar till hindren, kan åtgärder vidtas för att minimera dessa.

Analysresultat

I detta avsnitt redovisas de samlade analysresultaten, och fokus ligger på att besvara arbetets vägledande frågeställningar. Resultatet kopplar tydligt an till de tematiska områden som presenterats i föregående kapitel om teoretiska utgångspunkter.

Flera incitament påverkar nationell vårdförmedling och berörda aktörer reagerar på olika sätt

Nedan synliggörs (Figur 1) en förenklad och övergripande sammanfattning av identifierade incitament och de identifierade hinder för nationell vårdförmedling som dessa ger upphov till. I figuren framgår även vilka aktörer som påverkas tydligast av respektive incitament. Genom sammanställningen blir det i vissa fall tydligt att flera olika aktörer kan påverkas av ett och samma incitament. Nedan följer en kort beskrivning av de aktuella aktörerna:

- **Region** avser regionen som huvudman för vården som bedrivs.
- **Offentlig vårdgivare** avser vårdgivare som är region- eller kommunalägda. Här ingår verksamhetschefer och vårdprofessionen. I denna rapport avses endast regionägda vårdgivare vid användning av detta begrepp.
- **Vårdförmedlare** avser den funktion inom regionen vars uppgift är att exempelvis identifiera vilka alternativa vårdgivare som kan ta emot patienter som väntar på vård, och vilka avtal som finns att tillgå för vårdförmedling. Funktionen kan även ha ansvar för själva vårdförmedlingsprocessen. Ibland kallas denna resurs för vårdsamordnare, vårdlotskansli, vårdgarantikansli, vårdsluss eller vårdlotsfunktion. Vissa regioner har inte en specifik funktion för detta ändamål, utan arbetet sköts av vårdpersonal inom ramen för ordinarie arbetsuppgifter.
- **Privat vårdgivare** avser i det här fallet en offentligt finansierad vårdgivare som drivs i privat regi.
- **Patient** avser i detta sammanhang patienter som kan vara aktuella för vårdförmedling utifrån ett tillgänglighetsperspektiv, och där det inte finns några medicinska hinder för patienten att få vård hos en annan vårdgivare.

I efterföljande avsnitt redovisas mer noggrant samtliga identifierade hinder, samt bakomliggande huvudsakligt incitament. Incitamentens påverkan på regioners, offentliga vårdgivares, vårdförmedlares, privata vårdgivares och patienters drivkrafter kopplade till nationell vårdförmedling beskrivs också.

Figur 1. Överblick över identifierade hinder för nationell vårdförmedling, bakomliggande incitament och berörd aktör.

Incitament	Hinder	Regioner	Offentliga vårdgivare	Vårdförmedlare	Privata vårdgivare	Patienter
Kopplade till regelverk	Det saknas konsekvenser för regioner som inte följer vårdgarantin	Ja	Ja			
	Strävan efter att uppfylla vårdgarantin kan leda till prioriteringsutmaningar	Ja	Ja			
	Vårdgarantin omfattar inte alla vårdåtgärder	Ja	Ja			
	Följsamheten till kunskapsstyrningssystemet brister	Ja	Ja			
Ekonomiska	Regionerna påverkas olika av kostnaderna beroende på hur de fördelas	Ja	Ja			
	Ersättning påverkar incitamenten för nationell vårdförmedling	Ja	Ja		Ja	
	Det kan saknas ekonomiska incitament för att ta emot patienter med mer omfattande samsjuklighet				Ja	
	Existerande avtal kan vara svårtolkade eller svåra att hitta	Ja	Ja	Ja	Ja	
	Det råder inte samsyn kring hur redan existerande avtal ska användas	Ja	Ja	Ja	Ja	
	Kostsamma upphandlingar minskar incitamenten för att upprätta egna avtal	Ja	Ja			
	Tekniska och administrativa hinder bidrar till kostnader för nationell vårdförmedling	Ja	Ja	Ja		
	Kostnader kan påverka patienters motivation till nationell vårdförmedling					Ja
Attitydsbaserade	Vårdgivares riskmedvetenhet är en faktor som har betydande påverkan	Ja	Ja			
	Värderingsmässiga och ideologiska ställningstaganden har en inverkan	Ja	Ja		Ja	Ja
	Geografiska avstånd tycks påverka patientens vilja att tacka ja till vårdförmedling					Ja
	Andra attitydsbaserade incitament hos patienter kan påverka					Ja

Not: Blå färg (ja) indikerar att aktörens drivkrafter tydligt påverkas av incitamentet. Gråa rutor (tomma rutor) indikerar att aktörens drivkrafter påverkas i lägre utsträckning, eller inte alls.

Det finns flera utmaningar kopplade till regelverkens utformning

Det saknas konsekvenser för regioner som inte följer vårdgarantin

I teorin utgör den författningsreglerade vårdgarantin ett incitament, som i sin tur förväntas skapa drivkrafter som främjar nationell vårdförmedling hos regionerna. Trots att vårdgarantin idag regleras i författning, indikerar genomförda analyser att detta inte är tillräckligt för att stärka regionernas drivkrafter att erbjuda väntande patienter vård hos vårdgivare med kortare väntetider. De regionala skillnaderna är tydliga. Vissa regioner har en proaktiv ansats och erbjuder patienter vård hos en annan vårdgivare i ett förhållandevis tidigt skede. Detta medan andra regioner snarare undviker nationell vårdförmedling, till exempel genom att lägga ansvaret för att initiera en vårdförmedlingsprocess hos de väntande patienterna.

”I vår region har vi gjort den juridiska bedömningen att patienten aktivt måste tacka nej till att skickas till annan vårdgivare, och vi ser det därför som vårt ansvar att återopa vårdgarantin.”

– Regionföreträdare

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

Samordningen startar när patienten hör av sig och själv återopar vårdgarantin, varpå vårdlotsarna startar samordningsprocessen.

Tillgänglighetsdelegationen bekräftar ovanstående bild. Den har till exempel slagit fast att vårdgarantin i Sverige ses som en målsättning snarare än ett lagkrav [2]. Både Riksrevisionen och intervjuade experter lyfter fram att lagstiftningens utformning är ineffektiv, och att en lagreglerad vårdgaranti utan konsekvenser sänder otydliga signaler till regionerna [6]. Bristande efterlevnad följs inte av några tydliga eller direkta sanktioner, exempelvis i form av vitesförelägganden. Det nyligen publicerade betänkandet av Utredningen om staten och kommunsektorns samverkan pekar även på att nationella överenskommelser inom tillgänglighetsområdet i praktiken har inneburit att även regioner som inte följer lagstiftningens bestämmelser har belönats genom statliga bidrag. Detta har enligt utredningen resulterat i att

parallella incitamentsstrukturer har byggts upp, vilket hindrar vårdförmedling [7].

Ibland kan icke-monetära incitament vara tillräckliga för att skapa ett beteendemönster – till exempel att vårdgivare och regioners resultat följs upp och jämförs nationellt. I Sverige fyller Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) Väntetidsdatabas delvis detta syfte, men trots att jämförelser mellan regionerna publiceras varje månad, verkar detta inte generera tillräckligt tydliga drivkrafter för att främja vårdförmedling. Detta kan bland annat grunda sig i utmaningar kopplade till en begränsad täckningsgrad i registret. Rapporteringsrutinerna skiljer sig mellan regionerna och det finns bortfall i data [6]. Det kan också vara så att Väntetidsdatabasen inte är tillräckligt etablerad som jämförelseverktyg. Det har exempelvis framkommit i intervjuer att verksamhetsföreträdare inte känner till eller använder sig av databasen för att jämföra väntetider.

Både Norge och Danmark har också författningsreglerade tidsgränser för väntetider i vården, och dessa liknar i viss mån den nationella vårdgarantin i Sverige. I expertintervjuer med företrädare från dessa länder framkommer att vårdgivare och regioner i stället har en förhållandevis hög regelefterlevnad jämfört med i Sverige. Detta trots att det inte heller i dessa länder finns några tydliga lagstadgade konsekvenser kopplade till begränsad uppfyllelse av motsvarigheten till vårdgarantin. Det är inte tydligt vad detta beror på. Enligt en dansk expert inom styrningsområdet, skulle det emellertid till exempel kunna handla om att faktorer såsom uppföljning och kultur kan påverka synen på nationell vårdförmedling. I Norge är vårdgarantins maximala tidsgräns individuell och bestäms utifrån patientens hälsotillstånd och behov¹⁰ – något som eventuellt skulle kunna bidra till att motivera berörda aktörer att erbjuda vård någon annanstans. I Danmark har patienten rätt att vända sig till valfri privat vårdgivare på bekostnad av den egna regionen, vilket beskrivs vara ett ekonomiskt incitament för regionen att uppfylla vårdgarantin inom de fastslagna tidsgränserna [8].

Strävan efter att uppfylla vårdgarantin kan leda till prioriteringsutmaningar

En annan aspekt som kopplar an till regelverk handlar om målkonflikter mellan olika mål och bestämmelser. I HSL, anges att 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. Vidare framgår att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.¹¹ I intervjuer och dialog med regionföreträdare framkommer att det ibland kan upplevas som svårt att prioritera tillgänglighetsperspektivet i relation till de riktlinjer

¹⁰ Se 2 kap. 2 a-b §§ Lov om pasient- og brukerrettigheter.

¹¹ Se 3 kap. 1 § HSL.

för prioriteringar som anges i HSL. Det lyfts farhågor för att strävan efter att uppfylla vårdgarantin kan tränga undan de patienter som har störst behov. Resonemanget kopplas även till bilden av att det framför allt är patienter med förhållandevis enkla tillstånd eller mindre samsjuklighet, som har förutsättningar att tacka ja till ett erbjudande om nationell vårdförmedling. Det beskrivs som att patienterna dels behöver vara tillräckligt fysiskt kapabla att resa mellan olika vårdgivare på olika platser i landet, dels att svåra sjukdomstillstånd med mer komplicerade vårdkedjor inte alltid är lämpliga för vårdförmedling. Många privata vårdgivare har inte heller möjlighet eller incitament att ta emot patienter med samsjuklighet (se Det kan saknas ekonomiska incitament för att ta emot patienter med mer omfattande samsjuklighet). Dessutom skulle patienter med exempelvis socioekonomisk utsatthet eller funktionsvariation, kunna ha svårare att få tillgång till eller nyttja nationell vårdförmedling.

Företrädare för regioner och offentliga vårdgivare lyfter även risken att nationell vårdförmedling kan försvåra möjligheten till kompetenssäkring, kompetensutveckling och utbildning – såväl för verksamheten som för regionen i stort. Företrädare påpekar att det framför allt är patienter med mindre komplexa besvär och samsjuklighet som kan erbjudas vård hos annan vårdgivare. I korthet ser vissa en risk att nationell vårdförmedling bidrar till ett alltför begränsat patientunderlag när patienter med mindre komplexa besvär och vårdbehov inte finns kvar i den egna verksamheten i samma utsträckning. En sådan tendens kan innebära svårigheter för offentliga vårdgivare att bibehålla en tillräckligt bred och grundläggande kompetens. Det riskerar även att försämra den framtida kompetensförsörjningen. I dialoger med vårdförmedlare lyfts exempel på situationer då verksamheter, utifrån denna riskmedvetenhet, väljer att inte erbjuda patienter nationell vårdförmedling. Detta eftersom patienten behövs för utbildning i den egna verksamheten.

För att hantera ovanstående utmaningar finns en möjlighet för regioner att inkludera villkor för utbildningsansvar i avtalen med de privata vårdgivarna. Samtidigt finns det en farhåga om att denna typ av lösningar kan öka incitamenten för medarbetare i vården att söka sig till privata vårdgivare i större utsträckning. Regionföreträdarna ser därmed en risk att de offentliga resurserna urholkas om privata vårdgivare får tillgång till ett större patientunderlag genom vårdförmedling.

Vårdgarantin omfattar inte alla vårdåtgärder

Ytterligare ett problem som har framkommit är att vårdgarantin inte omfattar alla vårdåtgärder som patienter väntar på (se Vad innebär nationell vårdförmedling?). Exempel på detta är återbesök eller uppföljningsbesök, samt utredningar och undersökningar som inte sammanfaller med ett första besök. Flera av dessa vårdåtgärder, framför allt diagnostiska undersökningar

inom radiologi och patologi, upplevs vara stora flaskhalsar och det har därför lyfts kritik mot att det inte finns författningsreglerade tidsgränser för dessa vårdåtgärder. Eftersom vårdgarantin är ett regelverksmässigt incitament som (i viss mån) skapar drivkrafter som främjar vårdförmedling, är en potentiell risk att patienter som väntar på vårdåtgärder som inte omfattas av vårdgarantin förmedlas vård i lägre utsträckning.

Följsamheten till kunskapsstyrningssystemet brister

Att vårdgivarna gör olika medicinska överväganden, exempelvis kring behov av vårdåtgärder, är något som flera företrädare för regioner och verksamheter lyfter som ett hinder för nationell vårdförmedling. På nationell nivå har kunskapsstöd tagits fram med riktlinjer kring exempelvis diagnosticering och behandling, i form av vårdprogram, vårdförlopp, och andra kunskapsstödjande underlag. Dessa är framtagna inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård med målet att vården alltid ska använda bästa tillgängliga kunskap [9]. Det verkar emellertid som att bristande följsamhet till befintliga kunskapsstöd påverkar förutsättningarna för nationell vårdförmedling. Om verksamheterna inte gör likartade bedömningar kring behov av vissa åtgärder i ett visst förlopp, kan detta leda till att vårdförmedlingsprocessen blir utdragen, exempelvis då bedömningsbesök och undersökningar behöver göras om. I vissa fall leder olika bedömnings- och behandlingsrutiner till att vårdförmedling uteblir helt. Ett exempel på detta är två regionägda sjukhus i samma region som inte vill skicka patienter mellan sig, trots att det ena sjukhuset har mycket kortare väntetider.

”Även om vi tillhör samma region är samarbetet inte så bra som det kunde varit, av historiska skäl. Läkarna jobbar inte likadant och har inte samma syn på saker.”

– Verksamhetsföreträdare (offentlig vårdgivare)

Nationell vårdförmedling ses ofta som ett kostsamt alternativ

Regioner verkar göra olika bedömningar kring hurvida det är mer ekonomiskt motiverat att låta patienten vänta än att erbjuda vårdförmedling. Många regionföreträdare beskriver att de upplever nationell vårdförmedling som ett dyrare alternativ – särskilt när kringkostnader för resa och logi tas med i beräkningarna. Analysarbetet har visat på flera faktorer som kan

påverka kostnadsbedömningen i regionerna, och att dessa i sin tur påverkar de ekonomiska incitamenten för nationell vårdförmedling.

Regionerna påverkas olika av kostnaderna beroende på hur de fördelas

Det framgår både av intervjuer med regionföreträdare och experter att regionernas kostnadsmedvetenhet varierar beroende på hur verksamheterna är organiserade. En central aspekt handlar om hur ekonomistyrningsprocesserna är utformade. Inom vissa regioner bekostas vårdförmedlingen centralt. I andra fall är det i stället den enskilda verksamheten som står för kostnaden, vilket innebär att nationell vårdförmedling har en direkt inverkan på verksamhetens resultat. I praktiken betyder detta att verksamheten behöver göra en avvägning mellan att betala för vård hos annan vårdgivare, eller att prioritera andra interna arbeten för att öka tillgängligheten. Kostnaderna kan dessutom leda till att verksamhetens anslag i budgeten påverkas negativt under nästkommande år. Sammantaget kan denna typ av decentraliserade kostnadsansvar leda till att verksamheten behåller patienterna i stället för att aktivt erbjuda nationell vårdförmedling. Det finns dessutom exempel där vårdgivare valt att erbjuda patienten vård i egen verksamhet efter att patienten åberopat vårdgarantin. Detta för att undvika den extra kostnad som uppstår vid nationell vårdförmedling. I realiteten riskerar detta att leda till att verksamheten frångår den medicinska prioriteringen för att undvika kostnader för nationell vårdförmedling.

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

Det finns ingen central pott eller öronmärkta pengar för inköp av vård. Det leder till att hänvisning är något som klinikerna ibland undviker. Om en patient ringer och åberopar vårdgarantin bokar kliniken ibland hellre in patienten än att remittera. Detta som ett sätt att slippa den högre kostnad hänvisningen medför. I det sammanhanget frångår man alltså den medicinska prioriteringsordningen: man ger vård till den som 'skriker högst' istället för till den som behöver det mest.

Flera regioner har samtidigt valt att centralisera kostnadsansvaret, men även på regional nivå kan det saknas ekonomiska incitament för att erbjuda vårdförmedling. Detta då nationell vårdförmedling kan vara eller upplevas som ett mer kostsamt alternativ jämfört med att låta patienten vänta. En regionföreträdare lyfter exempelvis fram att de inte skulle ha haft råd med nationell vårdförmedling om inte det hade skjutits till statliga medel för detta ändamål.

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

Eftersom en stor del av slussningen betalas av statliga medel, och de statliga medlen fördelas årligen, blir det svårt med långsiktigheten och det upplever man som ett problem. Samtidigt skulle man inte ha råd att slussa alls om inte staten sköt till pengar: regionen har mycket dålig ekonomi och skulle behöva skära i verksamheten om de medlen försvann.

Tidigare, när verksamheten själva behövde stå för kostnaderna vid slussning, användes den statliga finansieringen som incitament: om de valde ut patienter att slussa så skulle inte verksamheten/regionen behöva stå för kostnaden. Detta gjorde att en tröskel försvann – innan ville man gärna behålla patienterna och därmed avdelningens anslag i den egna verksamheten.

Det har även framkommit att höga kostnader på regional nivå har resulterat i inriktningsbeslut om att inte proaktivt erbjuda nationell vårdförmedling till vissa patientgrupper, trots stora tillgänglighetsutmaningar inom dessa vårdområden. I dessa fall initieras enbart en vårdförmedlingsprocess om patienten hör av sig till regionen och begär detta. Som konsekvens finns en risk att vissa patienter inte är medvetna om att de behöver kontakta regionen för att initiera processen för nationell vårdförmedling. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har tidigare beskrivit att vissa patientgrupper, såsom äldre, utlandsfödda och personer med kortare utbildning, nyttjar utomlänsvård inom den specialiserade öppenvården i lägre grad [10]. Att regionerna inte arbetar med att proaktivt erbjuda patienter nationell vårdförmedling riskerar därmed att bidra till ojämlik vårdtillgänglighet.

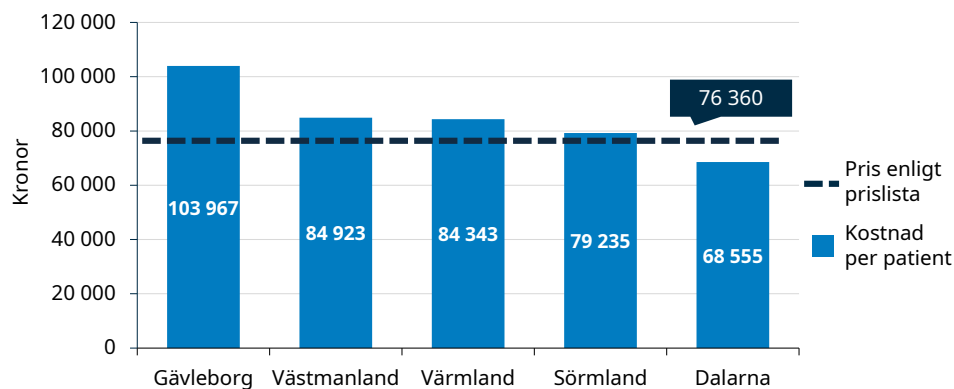
Samtidigt beskriver andra regionföreträdare att nationell vårdförmedling stundtals kan vara mer resurseffektivt än att erbjuda patienter vård inom den egna regionen. Detta särskilt om hänsyn tas till eventuella samhällskostnader som längre väntetid skulle kunna medföra. En ökad konsumtion av primärvård och förlängd sjukskrivning är exempel på tänkbara konsekvenser som lyfts fram. I en nyligen publicerad studie från Norge finns det visst stöd för att längre väntetider kan leda till förlängd sjukskrivning, men däremot inte för en ökad konsumtion av primärvård [11]. På en övergripande nivå verkar det emellertid vara relativt ovanligt att enskilda regioner eller vårdgivare beaktar denna typ av samhällskostnader. Detta eftersom nyttan uppstår först efter en längre tidshorisont, eller att ansvaret för denna typ av kostnader snarare ligger på samhällsnivå. Därutöver är många patienter som är aktuella för nationell vårdförmedling äldre och därmed inte i arbetsför ålder. För dessa patienter leder längre väntetider därför inte till ett produktionsbortfall, även om det kan påverka patientens välmående eller få

andra effekter. En uppskattning av samhällskostnaderna för patienter som väntar på ortopedisk åtgärd visar däremot att kostnaderna för produktionsbortfall kan bli betydande: cirka 70 miljoner kronor för de patienter i arbetsför ålder som väntat längre än 90 dagar på en ortopedisk åtgärd/operation i december 2024 (se Bilaga 2 – Räkneexempel: Hur mycket kostar väntetider samhället?).

Ersättning påverkar incitamenten för nationell vårdförmedling

Regionernas/vårdgivarnas kostnadsbedömningar för att erbjuda patienter nationell vårdförmedling, eller för att ta emot patienter, hänger även ihop med ersättningen för utomlänsvård (se avsnittet Vad innebär nationell vårdförmedling?) Trots att prissättningen enligt DRG innebär att prislister i flera fall utgår från den nationella snittkostnaden för en patient, visar analyser att regioners – och därmed offentliga vårdgivares – kostnader för att producera specifika åtgärder skiljer sig markant. Vissa regioner har relativt höga genomsnittskostnader, medan andra har avsevärt lägre. I figuren nedan synliggörs hur skillnader i kostnader kan påverka incitamenten på ett sätt som antingen främjar eller hindrar vårdförmedling, beroende på ersättningsnivån. Figuren visar kostnaden för knäprotesoperationer för fem regioner i Sjukvårdsregion Mellansverige som alla anger samma prisnivå i sin prislista.

Figur 2. Genomsnittlig kostnad per patient för DRG-kod H04N (knäprotesoperationer) för fem regioner samt pris enligt prislista, DRG-poäng, helåret 2023.



Källa: KPP-databasen. Regionala prislister.

Not: Skillnaderna i kostnader kan bero på skillnader i inrapporteringskvalitet, eller beräkningsmetoder vilket kan påverka analysen.

Det går att göra flera observationer utifrån analysen¹²:

- Vårdgivare i en av regionerna, Region Dalarna, kommer i genomsnitt ersättas mer än vad det kostar att ta emot patienten. Posten exkluderar samtidigt eventuella administrativa kringkostnader för utomlänsvård, vilket gör att de faktiska kostnaderna kan bli högre.
- Vårdgivare i regionerna med högre kostnader än ersättningen kommer i teorin ha större ekonomiska incitament att erbjuda patienten vårdförmedling. Detta eftersom ersättningen är lägre än vad det kostar att vårda patienten i den egna verksamheten. På samma sätt som ovan exkluderar detta eventuella tillkommande kringkostnader för resa, arbetstid och logi, vilket kan leda till att kostnaderna i slutändan kan bli högre.

Vidare har vissa regionföreträdare lyft fram i dialoger att nationell vårdförmedling leder till att deras egna overheadkostnader¹³ fördelas på ett lägre antal patienter. I realiteten betyder detta att den egna vården blir dyrare, vilket i sig kan fungera som ett incitament som skapar drivkrafter att undvika nationell vårdförmedling och hellre låta patienten vänta på vård i den egna verksamheten. För en mottagande enhet skulle möjligheten att fördela overheadkostnader på flera patienter teoretiskt sett kunna skapa drivkrafter för att ta emot patienter från andra vårdgivare, men denna aspekt har inte lyfts fram i dialoger med regionföreträdare.

Analysresultatet belyser det faktum att ersättningssystemets utformning idag inte skapar tillräckliga drivkrafter för vårdgivare att ta emot eller att erbjuda väntande patienter vård hos en annan vårdgivare. Detta utgör ett hinder för vårdförmedling, och grundar sig i att ersättningen inte nödvändigtvis speglar regionernas faktiska kostnader. I denna problembeskrivning lyfter regionerna det befintliga¹⁴ Riksavtalet för utomlänsvård som bristfälligt, och det förekommer att regionerna kringgår bestämmelserna [12]. Detta trots att de grundar sig på en gemensam överenskommelse mellan regionerna.

Det kan saknas ekonomiska incitament för att ta emot patienter med mer omfattande samsjuklighet

Som tidigare nämnts är privata vårdgivare en relativt stor mottagare av patienter som förmedlas vård till följd av tillgänglighetsutmaningar. En utmaning som lyfts fram kopplat till detta, är att privata vårdgivare generellt

¹² Analyserna gäller i första hand för offentliga vårdgivare då privata vårdgivare i lägre utsträckning rapporterar in sina kostnader till KPP-databasen. Däremot går det att använda samma teoretiska resonemang för privata vårdgivare.

¹³ Allmänna omkostnader för lokaler, administration och stöd till kärnverksamheten.

¹⁴ En uppdaterad version av Riksavtalet för utomlänsvård har tagits fram, och vid tidpunkten för denna publikation är den uppdaterade versionen på remiss. Denna rapport refererar därför till 2015 års version.

inte tar emot patienter med mer omfattande samsjuklighet eller mer komplexa vårdbehov. Detta anges bland annat bero på att privata vårdgivare i regel har en mer begränsad tillgång till intensivvård, vilket är en förutsättning för att kunna ta emot patienter med högre risk vid narkos. Samsjukligheten bland patienter brukar uppskattas med hjälp av ASA-klass.¹⁵

”Det är de relativt friska patienterna som är aktuella för vårdförmedling, det vill säga ASA 1-2. De privata vårdgivarna har inte den vård som krävs i de fall komplikationer skulle uppstå.”

– Regionföreträdare

Samtidigt kan det finnas en risk att privata vårdgivare styrs av ekonomiska incitament som leder till att de blir restriktiva i sin bedömning av vilka patienter de kan ta emot. En patient med en lägre ASA-klass och ett mindre vårdbehov, är mer ekonomiskt fördelaktigt för vårdgivaren. Det är med andra ord generellt mer lönsamt för privata vårdgivare att ta emot enklare patientfall, där vården inte kostar lika mycket och risken för medicinska komplikationer är lägre. Utifrån detta perspektiv finns det alltså en risk för undanträngningseffekter där patienter med mer omfattande samsjuklighet prioriteras bort vid nationell vårdförmedling. I dialoger med privata vårdgivare lyfts problemet med att ersättningsmodellen inte tar hänsyn till patientens samsjuklighet. Socialstyrelsen har identifierat vissa avtal där det finns skillnader i ersättning utifrån ASA-klass.

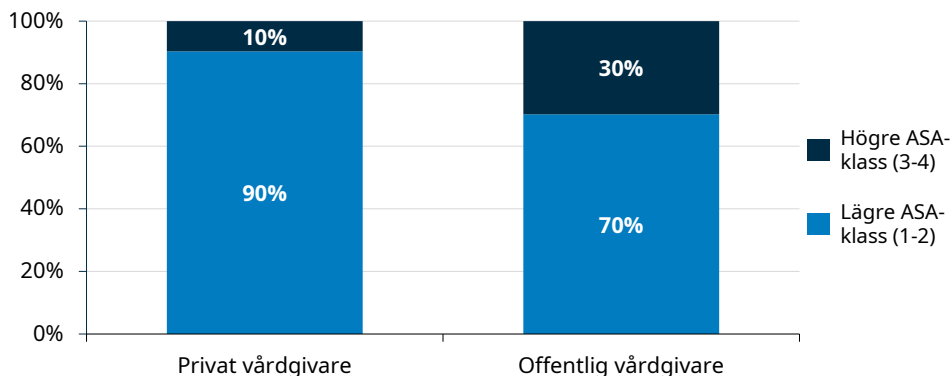
”Problemet är att ersättningen är samma för alla patienter. En ASA 3-patient kräver mer vård, men vi får inte extra betalt för det.”

– Verksamhetsföreträdare (privat vårdgivare)

Analyser av Ledprotesregistret bekräftar bilden av att privata vårdgivare ofta tar emot en lägre andel patienter med högre ASA-klass för primär knäprotesoperation (se Figur 3). Det går däremot inte med säkerhet att veta att detta beror på de ekonomiska incitament som beskrivits ovan.

¹⁵ Patienters risk vid narkos beror på den medicinska samsjukligheten, vilken klassificeras utifrån ASA-klass (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification). En högre ASA-klass innebär mer omfattande samsjuklighet och därmed högre risk.

Figur 3. Andel lägre och högre ASA-klass vid primära knäprotesoperationer, per driftsform, helåret 2023.



Källa: Ledprotesregistret.

Not: Analysen kan påverkas av att vissa vårdgivare saknas i registret. Bortfallet är störst bland privata vårdgivare.

Utmaningar med avtal försvårar nationell vårdförmedling

Som tidigare nämnts är avtal med privata vårdgivare en central förutsättning i arbetet med nationell vårdförmedling. Analysarbetet har visat på flera utmaningar kopplade till att utforma och upprätta nya avtal, men också att följa upp och förvalta befintliga avtal. Det råder även delade meningar kring vissa juridiska aspekter kopplat till avtal. Utmaningarna bidrar till att försämra förutsättningarna för att nyttja ledig kapacitet hos privata vårdgivare, vilket också bidrar till att hindra nationell vårdförmedling.

Existerande avtal kan vara svårtolkade eller svåra att hitta

Regionföreträdare som är involverade i nationell vårdförmedling (såsom vårdlotsar) beskriver att det överlag är svårt att få en överblick över och hålla sig uppdaterad kring vilka vårdgivare som kan vara aktuella vid vårdförmedling, samt vilka avtal som finns och hur de kan användas. Detta gäller både avtal som den egna regionen har upprättat och andra regioners avtal. I den nyligen publicerade promemorian från utredningen *Behovsstyrd vård* nämns att regionerna sammanlagt har över tusen avtal med privata vårdgivare, som är upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU, eller lagen om valfrietssystem (2008:962), LOV [1].

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

För att hitta privata vårdgivare söker vårdförmedlaren på diagnos på Google eller via 1177.

Enligt regionföreträdare innebär detta en risk att regionen inte kan göra en fullständig och objektiv bedömning av utbudet, utan fortsätter samarbeta med de vårdgivare man känner till. Detta trots att det finns andra vårdgivare som eventuellt hade varit mer ändamålsenliga att samarbeta med.

”Det som saknas styrning av är att vi själva behöver ta reda på vilken klinik som har vilket avtal och även vilka kliniker som finns. (...) Ibland skickar man patienter till andra regioner när det hela tiden fanns en klinik i grannstaden.”

– Regionföreträdare

Regionföreträdare ger även uttryck för att avtalen kan vara svåra att förstå. Svårigheterna i att förstå avtalen kopplas bland annat till utmaningar med att utläsa följande innehåll i avtalet:

- Längd i tid
- Omfattning i volym
- Omfattning i typ av vårdåtgärder
- Pris
- Formaliakrav såsom remisskrav

Vidare framgår det inte alltid på ett tydligt sätt hur ansvarsfördelningen mellan vårdgivarna ska utformas i samband med nationell vårdförmedling. I vissa fall specificeras till exempel inte den privata vårdgivarens ansvar för hantering av medicinska komplikationer i samband med en vårdåtgärd, eller exakt vilka villkor som gäller för eftervård och rehabilitering.

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

Det är problematiskt att det inte går att se vad avtalen omfattar, t. ex vad som gäller om komplikationer uppstår. Det kräver att man ringer leverantören och frågar, vilket tar tid.

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

Avtalen skiljer sig åt mellan olika regioner och privata aktörer, vilket skapar en administrativ börda.

Svårtolkade avtal leder till att ansvariga funktioner behöver avsätta mycket tid för att sätta sig in i och förstå avtalens villkor. Detta, menar regionföreträdare, innebär en ineffektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser, och kan i förlängningen resultera i att nationell

vårdförmedling uteblir eftersom det inte finns resurser att avsätta för att förstå de existerande avtalen.

En annan effekt av att avtal inte är lättillgängliga eller enkla att förstå, är i värsta fall att regioner betalar mer för nationell vårdförmedling än de skulle behöva. Detta på grund av att de inte känner till att det finns avtal med lägre priser. Det finns flera exempel där en och samma privata vårdgivare har flera avtal med olika prisnivåer, och att regioner som använder avtalen inte känner till att vårdgivaren har flera avtal. Den bristande transparensen riskerar alltså att leda till att privata vårdgivare väljer att använda avtalet med högst priser.

Det råder inte samsyn kring hur redan existerande avtal ska användas

När en region remitterar sina patienter via en annans regions avtal uppstår en ökad administrativ belastning, och därmed även kostnader, för den avtalsägande regionen. Flera avtalsägande regioner uppger att de enbart använder en mindre andel av det totala beloppet respektive volymen som avtalet omfattar, men samtidigt står för hela den administrativa kostnaden som avtalet för med sig. Det förekommer exempel där regioner har behövt utöka sin bemanning för att klara av den administrativa bördan.

”Vi har just nu många avtal i regionen, och vi var inte beredda på att det fanns ett så stort behov hos andra regioner att använda dem. (...) Ibland kan det saknas förståelse för den stora administration detta innebär.”

– Regionföreträdare

Det finns även exempel på när avtalsägande region upprättat komplicerade processer som försvårar för andra regioner att nyttja befintliga avtal. Exempelvis kan det finnas krav på att vårdförmedlingsärenden behöver hanteras och godkännas i flera steg på regional nivå. Detta i stället för att den huvudsakliga kontakten sker direkt mellan de enheter som slussar patienter mellan sig. Ytterligare utmaningar som har lyfts fram är att det är svårt att få kontakt med andra regioner inom ramen för dagens strukturer, till exempel genom SKR:s vårdlotsnätverk.

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

En gång försökte vi kontakta en annan region avseende en patient och svaret dröjde sex veckor.

Att regioner försvarar för, eller till och med nekar, andra regioner att använda deras existerande avtal uppges bland annat bero på de ökade administrativa kostnaderna. Regionföreträdare lyfter samtidigt att andra incitament kan påverka utformningen av avtal. Regionerna kan till exempel känna sig ålagda att, utifrån HSL¹⁶ eller attitydsbaserade incitament, i första hand prioritera sina egna patienter. Olika regionföreträdare har också lyft att det finns tvivel kring om det är tillåtet för regioner att använda avtal för vårdförmedling av slutenvård, om regionen inte själv nämns i avtalet.

En tänkbar konsekvens av att det inte råder samsyn kring huruvida det är tillåtet att använda andra regioners avtal eller inte, blir att befintliga avtal inte nyttjas fullt ut. För många privata vårdgivare är utformningen och hanteringen av regionavtal central, eftersom det stora patientinflödet kommer via dessa. Vissa privata vårdgivare uppger att de i förekommande fall har ledig kapacitet som inte nyttjas, eftersom det inte kommer tillräckligt många patienter via regionavtalen – trots långa väntetider i regioner som i teorin skulle kunna använda avtalen. I fall där utformning och administration av avtal leder till en begränsad eller varierande patientvolym, kan vårdgivarna tvingas skala ner sin kapacitet. Detta skulle kunna leda till längre väntetider hos den privata vårdgivaren vid tillfällena då patientvolymerna ökar, vilket ytterligare begränsar möjligheterna för nationell vårdförmedling.

Kostsamma upphandlingar minskar incitamenten för att upprätta egna avtal

Som tidigare nämnts har inte alla regioner egna avtal med privata vårdgivare, utan de använder i stället avtalen som upprättats av andra regioner. Regionföreträdare från mindre regioner uppger att detta framför allt beror på att upphandlingsförfarandet i alla dess steg är förknippat med relativt höga kostnader samt ett stort kunskapsbehov kring processen. Ett annat perspektiv som lyfts är att beslutet kan kopplas till attitydsbaserade incitament, exempelvis inriktningsbeslut på regional nivå kring att regionen ska utföra vården i egen regi.

I dialog med kliniskt verksamma företrädare framkommer att vissa upplever det som problematiskt när ansvariga på strategisk nivå, inte öppnar upp för möjligheten att upphandla vård för att möta tillgänglighetsutmaningar. Företrädarna beskriver det som att detta hindrar nationell vårdförmedling, bland annat på grund av att avtalsvillkoren i andra regioners avtal inte tydligt speglar de lokala eller regionala behoven.

¹⁶ Se 8 kap. 1 § HSL.

”Vår region har beslutat om att inte upphandla vård, även om vi och verksamhetsledningen har meddelat att vi ser ett behov av det.”

– Verksamhetsföreträdare (offentlig vårdgivare)

Att regioner inte tecknar egna avtal innebär i korthet att regionen och verksamheterna inte är delaktiga i formuleringarna av krav som ställs på den privata aktören. Detta kan i sin tur hindra vårdförmedling eftersom det kan finnas en oro för eller misstro kring huruvida tillräckligt robusta kvalitetskrav har formulerats av en annan region. Det uppfattas även finnas svårigheter att följa upp vården, när regionen själv inte är avtalsägare. Flera företrädare poängterar samtidigt att det inte nödvändigtvis är önskvärt att alla regioner spenderar resurser på att upprätta egna avtal när det finns möjlighet att nyttja andras, och att det därmed finns effektivitetsvinster när det kommer till att samarbeta inom ramen för upphandlingar.

Ett annat hinder som kan påverka upphandling av privata vårdgivare är det faktum att utbudet skiljer sig åt över landet, då privata vårdgivare ofta är lokaliserade i närheten av storregionerna [6]. Långa avstånd till vårdgivare kan försvåra för en region att nyttja ledig kapacitet, samt göra det mer kostsamt. Det kan därmed finnas svagare ekonomiska incitament för dessa regioner att upphandla vård.

Tekniska och administrativa hinder bidrar till kostnader för nationell vårdförmedling

Ett återkommande tema bland många region- respektive verksamhetsföreträdare som arbetar med nationell vårdförmedling, är att dagens vårdförmedlingsprocess generellt kantas av mycket administration och merarbete. Detta orsakas av såväl tekniska som administrativa hinder som förekommer under hela processen. Hindren uppstår exempelvis i samband med att de som arbetar med vårdförmedling söker efter en vårdgivare med tillgänglig kapacitet. De uppstår även när vårdförmedlare försöker förstå villkoren i ett avtal, eller när de ska få en bild av vilken vård som är utförd och vad vårdgivare fakturerat regionen för. Det är tydligt att dagens system inte är fullständigt anpassat för vårdförmedling, vilket hindrar regioner att erbjuda patienter vård hos en annan vårdgivare vid långa väntetider. Detta särskilt om varje enskild verksamhet som slussar en patient till en annan vårdgivare själva ansvarar för processen, utan stöd av en central funktion inom regionen. I de flesta regioner finns emellertid stödjande vårdlotskanslier eller motsvarande som är involverade i vårdförmedlingsprocessen. Här ses samtidigt regionala variationer kring hur

mycket resurser som avsätts för den regionala stödfunktionen. Detta kan påverka regionernas förutsättningar att arbeta effektivt med nationell vårdförmedling.

Graden av administration verkar också variera mellan olika regioner, vilket ofta förklaras av vilka arbetssätt och rutiner som har upprättats. Ett exempel är vilken process regionen har för att göra uppskattningar av kringkostnader relaterade till nationell vårdförmedling, till exempel kostnader för boende. Arbetsbelastningen och tidsåtgången för detta verkar variera mellan regionerna. Därutöver kan tillgången till tekniska lösningar påverka vilka administrativa resurser som behöver avsättas, exempelvis kopplat till informationsöverföring mellan regioner och vårdgivare. Region- och verksamhetsföreträdare har beskrivit flera tekniska utmaningar som medför manuell handpåläggning, och dessa skiljer sig ofta beroende på mottagande vårdgivare. Det finns också skillnader i förutsättningar för informationsöverföring inom regionen, exempelvis mellan vårdlotsfunktionen och medarbetare på verksamhetsnivå.

Sammanfattningsvis finns det tecken på att den mer eller mindre omfattande administrativa belastningen, och i förlängningen kostnaden, utgör ett hinder för att erbjuda patienter nationell vårdförmedling. I de fall det inte finns andra incitament som medför tillräckligt stora drivkrafter åt andra hållet, kommer sannolikt nationell vårdförmedling nyttjas i lägre utsträckning.

Nationell vårdförmedling påverkas av attitydsbaserade incitament

Analyserna indikerar att aktörers attityder på olika nivåer även kan fungera som incitament, som antingen främjar eller hindrar nationell vårdförmedling.

Vårdgivares riskmedvetenhet är en faktor som har betydande påverkan

Det framkommer i intervjuer och dialoger att viljan hos vårdgivare att hålla kvar patienten i den egna verksamheten ibland grundar sig i en riskmedvetenhet. Detta kopplas till att vårdprofessionen generellt känner ett stort ansvar för sina patienter, och att vårdförmedling innebär en kontrollförlust som medför en rädsla för risken att vårdkvaliteten blir sämre. Riskerna kan exempelvis handla om att det kan bli mer komplext att hantera eventuella komplikationer när en annan vårdgivare har utfört vårdåtgärden. Det kan även finnas en vilja att bespara patienten känslan av fragmentisering och otrygghet som en flytt mellan vårdgivare kan innebära.

Det finns också en farhåga bland vissa intervjuade företrädare att privata vårdgivare uppnår en generellt sett lägre kvalitet för att kunna producera mer vård, eller har ekonomiska incitament att utföra behandlingar på tveksam medicinsk indikation. Farhågorna grundar sig bland annat i att det upplevs finnas en begränsad insyn bland de privata vårdgivarna, både vad gäller rapportering av kvalitetsindikatorer och fakturering av genomförda åtgärder. Detta innebär att det är svårt att göra en objektiv bedömning av olika mottagande privata enheter. Flera företrädare för regioner och offentliga vårdgivare efterfrågar därför bättre förutsättningar för att till exempel kunna utvärdera och följa kvalitetsindikatorer hos privata vårdgivare.

”Vi skickar helst inte patienter för bedömningsbesök till privata vårdgivare, eftersom de skulle kunna ha ekonomiska motiv att besluta om operation för patienter som vi inte skulle bedöma behöver opereras.”

– Verksamhetsföreträdare (offentlig vårdgivare)

Värderingsmässiga och ideologiska ställningstaganden har en inverkan

I intervjuer med företrädare för regioner och verksamheter framkommer att det på vissa håll, både på regionnivå och verksamhetsnivå, ibland finns en uppfattning om att vårdförmedling ses som ett misslyckande. Det beskrivs som att det kan kännas viktigt och finnas ett egenvärde i att själv kunna tillhandahålla vård till sina egna invånare och patienter. Av denna anledning prioriterar vårdgivare att säkerställa att patienten får vård i den egna regionen eller verksamheten enligt företrädare. Detta snarare än att erbjuda väntande patienter vård hos en annan aktör. Det beskrivs även att vårdgivare ibland hellre skickar patienter till en verksamhet som ligger längre bort än en verksamhet som ligger nära. Detta uppges kunna bero på att det ses som ett större bakslag att närliggande verksamheter tar emot ens patienter.

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

Strategin i regionen var länge att de skulle klara vården själva. Eventuellt kan detta vara anledningen till att det fortfarande finns en del "mentala spärrar" hos klinikerna att skicka patienterna till en annan vårdgivare.

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

Idag tänker man gärna "min patient", det vill säga fokus på läkaren och verksamheten. Man behöver skifta så att fokus blir på patienten istället.

"Det är lite kultur att man inte ska teckna avtal för då köper vi bort vården man själv ska uppfylla."

– Regionföreträdare

I intervjuer med regionföreträdare poängteras att långa väntetider och begränsad tillgänglighet ibland har normaliserats inom vissa verksamheter. Det beskrivs som att vårdgivare av denna anledning överlag inte är motiverade att nyttja nationell vårdförmedling, och att det inte heller är en naturligt integrerad del i verksamheten.

Eventuellt motstånd till nationell vårdförmedling hos kliniskt verksamma kan även påverka incitamenten hos de funktioner som arbetar med vårdförmedlingsärenden (vårdlotsar, tillgänglighetssamordnare med flera). I de fall dessa funktioner bemannas av personal med vårdbakgrund finns, enligt regionföreträdare och experter, en risk att lojaliteten mot den egna verksamheten leder till att verksamhetens intressen prioriteras framför patientens. Det finns exempel på regioner som fattat formellt beslut om att endast bemanna funktionen med personal utan vårdbakgrund, vilket av experter och regionföreträdare beskrivs som fördelaktigt utifrån ett patientperspektiv.

Beroende på politisk ledning har regioner även, sannolikt utifrån ideologiska skäl, utvecklat samarbetet med privata vårdgivare i olika stor utsträckning. Detta har medfört att vissa regioner har upprättat många avtal med olika privata vårdgivare att använda för vårdförmedling, medan andra regioner har relativt få. Eftersom nationell vårdförmedling i stor utsträckning sker till just privata vårdgivare kan detta alltså, enligt verksamhetsföreträdare, få en påverkan på hur mycket vård som förmedlas.

Patienters incitament har betydelse för nationell vårdförmedling

I dialog med såväl region- och verksamhetsföreträdare som patientföreträdare, framgår det att en vanlig orsak till att nationell vårdförmedling inte sker är att patienten väljer att tacka nej till detta. Mönstret förklaras bland annat av att patienten behöver resa en längre sträcka. Därutöver påtalas att patienter kan välja att avstå från nationell vårdförmedling till följd av en oro kring vilka kostnader det kan innebära för dem. Det lyfts även att patienterna kan påverkas av sina egna värderingar och ställningstaganden, exempelvis kring hur vårdens resurser bör användas. Olika typer av attitydsbaserade incitament kan med andra ord påverka patienternas benägenhet att tacka ja till nationell vårdförmedling, eller att själva initiera ett vårdförmedlingsärende.

Geografiska avstånd tycks påverka patientens vilja att tacka ja till vårdförmedling

Geografiska avstånd lyfts fram som ett av de största hindren för vårdförmedling ur ett patientperspektiv. Det beskrivs som att patienterna i större utsträckning tackar nej till ett erbjudande om resvägen upplevs som lång eller omständlig. Det kan till exempel handla om att patienten behöver byta färdmedel flera gånger under resan, vilket kan kopplas till att resan enligt regionens regler behöver göras med kollektiva färdstätt. Det kan även vara särskilt svårt för vissa patientgrupper att färdas långt, exempelvis utifrån ålder och samsjuklighet.

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

Anledningen till att en patient tackar nej har ofta med avståndet att göra. Om den vårdgivare man hänvisas till ligger geografiskt nära är det lättare att tacka ja.

Ett motsatt perspektiv som framkommit är att patienter som bor nära ett sjukhus ibland mer sällan kommer vilja resa. Detta jämfört med patienter som bor längre ifrån vårdinrättningar, och som därmed förväntar sig att resa relativt långt för vård oavsett. Denna grupp accepterar därför generellt en längre resväg vid ett erbjudande om nationell vårdförmedling. Patienters inställning till att resa för att få vård är därför subjektiv och kan skilja sig från region till region.

Kostnader kan påverka patienters motivation till nationell vårdförmedling

Trots att regelverket tydliggör att besök hos annan vårdgivare inom ramen för vårdgarantin inte ska innebära högre utgifter för patientens del (se Vad innebär nationell vårdförmedling?) så kan kostnader för både resa och logi vara avskräckande.

Inom vissa regioner, behöver patienterna ligga ute med pengar fram till att de blir kompenserade i efterhand, och detta kopplas till olika regionala rutiner. Detta kan, enligt såväl patient- som regionföreträdare, skapa hinder för patienter som har begränsade ekonomiska resurser. Det är inte heller alltid säkert att patienter har fått information om eller förstår att de inte kommer behöva finansiera resan. I de regioner där patienter betalar egenavgift för resan i samband med utomlänsvård, kan denna kostnad vara ett hinder. Regionföreträdare påtalar även att egenavgiften skiljer sig mellan olika regioner, vilket kan skapa olika förutsättningar beroende på patientens hemregion.

Därutöver kan regionernas olika rutiner kring och principer för ersättning för medföljande påverka patientens inställning till vårdförmedling. I vissa fall ersätts resan för en medföljande (om detta är medicinskt motiverat), men i andra fall saknas denna möjlighet. I intervjuer betonar patientföreträdare att denna aspekt är viktig, och att kostnader för medföljande sänker patienternas motivation till att tacka ja till ett erbjudande om vårdförmedling.

Utdrag ur intervjunotat från regionintervju

Det är vanligt att patienter vill åka, men att de vill ha någon som följer med. När de får veta att de får bekosta det själva tackar de nej.

Det har också lyfts fram att nationell vårdförmedling kan medföra att patienten behöver sjukskriva sig eller ta ledigt under en längre period för att utföra en vårdåtgärd. Detta medför en kostnad, särskilt för patienter som ska genomföra mindre ingrepp som inte skulle kräva att patienten tar ledigt om åtgärden genomförs i hemregionen.

Risken med att patienter upplever att det finns ekonomiska hinder för nationell vårdförmedling, blir att patienter som generellt är resursmässigt starkare i större utsträckning tar del av vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider. Detta jämfört med mer resurssvaga patientgrupper. I slutändan kan detta leda till en vård som inte är lika tillgänglig för alla patienter.

Andra attitydsbaserade incitament hos patienter kan påverka

Trots att det finns ekonomiska förutsättningar för patienten att tacka ja till nationell vårdförmedling – till exempel genom att regionen ansvarar för bokning och betalning av kringkostnader – upplever vissa regionföreträdare att patienten ändå tackar nej till erbjudande om nationell vårdförmedling. Förutom att resvägen kan upplevas som lång och krånglig, kan det även finnas vissa attitydsbaserade incitament som påverkar patientens inställning till nationell vårdförmedling.

Ett sådant incitament kan vara patientens värderingar kopplade till tillgänglighet, vilket påverkar inställningen till att få vård på annan ort. Det har till exempel lyfts fram att vissa patienter värdesätter rätten att få vård hos sin egen vårdgivare i hemregionen. Detta kan betyda att patienten överlag är mer negativt inställd till vårdförmedling, jämfört med en patient som snarare prioriterar att få vård snabbare. Patientens incitament kan samtidigt påverkas av den information som hen får från sin vårdgivare och hur patienten värderar denna, exempelvis kring eventuella medicinska risker med att vänta länge på en vårdåtgärd.

Andra värderingar som kan påverka är patientens inställning till privata vårdgivare, som patienter ofta slussas vidare till vid långa väntetider. I intervjuer betonar regionföreträdare att det både kan handla om en generell skepsis mot privata vårdgivare, såväl som en konkret ovilja kring att inte vilja bidra till finansiering av privat vård.

Det kan också finnas andra, mer otydliga attitydsbaserade incitament, som gör att patienter tackar nej till ett erbjudande om vårdförmedling. Nedan listas några exempel som har framkommit i analysarbetet:

- Patienten upplever det som otryggt att lämna sitt hemsjukhus för att åka till en främmande ort. Denna känsla kan vara kopplad till en osäkerhet hos patienten kring de praktiska omständigheterna, som exempelvis hur resan kommer gå till och hur de ska hitta till vårdinrättningen.
- Patienten upplever det som tryggt att omhändertas av samma vårdpersonal under hela vårdkedjan, exempelvis att patienten opereras av samma läkare som denne träffade vid sitt bedömningsbesök på mottagningen.
- Patienten kan hysa lojalitet till det lokala sjukhuset. Om patienten upplever att vården som den tidigare fått har varit god tänker patienten att vårdförmedling kan skicka signaler om att patienten inte har uppskattat detta.
- Patienten kan känna osäkerhet inför andra vårdverksamheters kvalitet. Informationen om kvalitet är ofta knapphändig eller inte anpassad för patienter. Patienten kan därför uppleva det som svårt att göra en

bedömning om den andra vårdgivaren lever upp till patientens förväntningar och krav.

- Patienter kan känna en osäkerhet kring möjligheten att få stöd och följas upp efter vårdtillfället.
- Patienten har haft en förutbestämd bild av vilken vårdgivare de ska få åka till då verksamheten sedan tidigare har slussat patienter dit vid långa väntetider. Om regionen vänder sig till en ny vårdgivare så tackar patienten nej eftersom de redan var inställda på att få åka någon annanstans.

Utöver dessa exempel kan det hos patienter även finnas en oro för att framstå som besvärlig om de själva initierar en vårdförmedlingsprocess. Detta eftersom de inte vill ses som en belastning. Det är tänkbart att patientens oro ökar i de fall hen inte uttryckligen får ett erbjudande om nationell vårdförmedling från vårdgivaren. Detta kan i sin tur påverka patientens benägenhet att åberopa vårdgarantin.

Sammanfattningsvis påverkas patientens inställning till vårdförmedling av en rad olika attitydsbaserade faktorer. Vissa patienter har personliga preferenser som leder till att de tackar nej till vårdförmedling, exempelvis om de värderar kontinuitet högre än kortare väntetid. Dessa patienter kommer troligtvis göra samma val även om förutsättningarna ändras. Däremot har företrädare för regioner och verksamheter lyft att det troligtvis finns patienter som idag tackar nej till erbjudande om vårdförmedling, men som hade kunnat eller velat åka ifall rätt förutsättningar fanns på plats. Regionföreträdare har bland annat lyft att saklig och tydlig information från patientens läkare är en framgångsfaktor för att patienten ska känna sig trygg med att tacka ja till erbjudandet.

Lärdomar och insikter

I detta avsnitt redovisas de lärdomar och insikter som framkommit utifrån analysresultaten i föregående kapitel. Här presenteras även de behov av förändringar som har identifierats.

Svaga incitament för regionalt samarbete

Den samlade analysen av incitamentsstrukturer visar att dagens system inte verkar vara utformat på ett optimalt sätt för att främja nationell vårdförmedling, i de fall det kan vara lämpligt. Lagstiftning och regelverk styr inte alltid regioner och vårdgivare i en riktning som gör att vårdförmedling kan fungera som ett verktyg för att minska vårdens tillgänglighetsutmaningar. Likaså påverkar kostnaderna – såväl de rent ekonomiska som administrativa – benägenheten att erbjuda väntande patienter vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider. Därutöver är inte de avtalsmässiga förutsättningarna tillräckligt ändamålsenliga för att ledig kapacitet hos privata vårdgivare ska kunna nyttjas, och det finns stora skillnader i regioners drivkrafter att upprätta nya respektive använda befintliga avtal för vårdförmedling. Det finns dessutom attitydsbaserade incitament hos alla berörda parter som påverkar i vilken utsträckning nationell vårdförmedling används.

På en övergripande nivå blir det tydligt utifrån gjorda analyser att regionerna, de offentliga vårdgivarna, vårdförmedlarna, de privata vårdgivarna och patienterna påverkas av incitamenten på olika sätt, beroende på lokala och regionala förutsättningar. Då incitamenten påverkar aktörerna i olika riktningar och i varierande grad, blir följden att arbetet med nationell vårdförmedling varierar avsevärt. Överlag genererar inte dagens incitamentsstrukturer tillräckliga drivkrafter för aktörer att samverka kring vårdförmedling på den nivå som krävs för att detta ska erbjudas patienter på ett likvärdigt sätt. Eftersom en central del av nationell vårdförmedling handlar om samverkan mellan olika aktörer, skulle det vara värdefullt om arbetet med nationell vårdförmedling koordinerades i större utsträckning. Detta resonemang lyfts i dialoger med regioner, och även av intervjuade experter.

Sammanfattningsvis finns det behov av förändringar för att skapa incitamentsstrukturer som leder till att nationell vårdförmedling kan användas på ett mer effektivt, jämlikt och patientsäkert sätt. I förlängningen skulle förändringarna kunna leda till att fler patienter som väntar på vård, snabbare får tillgång till denna – oavsett var i landet de är bosatta.

Behov av förändringar som rör regelverket

Det finns behov av samsyn i prioriteringsfrågor för att undvika målkonflikter med vårdgarantin

Analyserna visar att det i vissa fall uppstår en målkonflikt mellan de allmänna riktlinjer för prioritering av patienter som anges i hälso- och sjukvårdslagen, och den nationella vårdgarantin. I korthet lyfts att nationell vårdförmedling, utifrån dagens förutsättningar, genererar undanträngningseffekter som innebär att svårt sjuka patienter prioriteras ned till förmån för patienter med lättare tillstånd. Detta då väntande patienter med lättare tillstånd och mindre samsjuklighet är de som framför allt har möjlighet att resa till andra regioner för en vårdåtgärd. Det förklaras också av att vissa – ofta enklare vårdåtgärder – i regel lämpar sig bättre för nationell vårdförmedling, vilket också bidrar till en risk för undanträngningseffekter. Denna prioriteringsutmaning talar för att det skulle vara värdefullt med förändringar som innebär en större samsyn mellan regionerna kring hur man ska förhålla sig till denna målkonflikt. Det skulle vara värdefullt om regionerna tydligare kunde samla sig i frågan, och fatta ett gemensamt beslut om riktlinjer för hur detta ska hanteras i relation till befintlig lagstiftning. Dessa diskussioner skulle kunna ske inom ramen för regionala samverkansstrukturer där samtliga regioner finns representerade, och i samråd med Prioriteringscentrum¹⁷.

Det har även lyfts av regionerna och offentliga vårdgivare att nationell vårdförmedling riskerar att påverka kompetensförsörjningen och vårdgivarens förutsättningar att leva upp till sitt utbildningsansvar. Det är därmed viktigt att även frågor kopplat till utbildning och kompetens diskuteras regioner emellan. Detta för att regionerna ska nå samsyn i hur de kan förhålla sig till dessa risker.

Det behöver finnas tydligare konsekvenser kopplade till vårdgarantin

I analyserna framkommer att den författningsreglerade vårdgarantin inte genererar tillräckligt tydliga incitament för nationell vårdförmedling. I korthet saknas mekanismer för att tydligt påverka regionerna att sträva efter att uppfylla vårdgarantin. Experter pekar därför på behovet av att tydligare

¹⁷ Prioriteringscentrum är ett nationellt kunskapscentrum vid Linköpings universitet som arbetar med frågor kring prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Centrumet arbetar med bland annat forskning, utbildning och policyutveckling kring etiska principer vid prioriteringsfrågor.

koppla någon form av konsekvens eller sanktion till den aktuella regleringen. Det skulle till exempel kunna handla om regelbunden och transparent nationell uppföljning där det tydligt framgår vilka regioner som uppfyller vårdgarantin respektive vilka som inte gör det. Uppföljningen kan i sig ha en pådrivande effekt, det vill säga bidra till tydligare incitament att uppfylla vårdgarantin, exempelvis genom nationell vårdförmedling.

Det är samtidigt viktigt att ekonomiska styrinstrument utformas utifrån lärdomar från tidigare erfarenheter. Användningen av den så kallade kömiljarden kan tas som exempel. Detta var en satsning åren 2009–2014 där prestationsbaserade ersättningar årligen betalades ut till regioner utifrån krav kopplade till vårdgarantins tidsgränser inom specialistvården.

Riksrevisionen har beskrivit att kömiljarden på lång sikt inte gav önskad effekt, och att detta delvis kan förklaras av ersättningsmodellens utformning. Systemet tog inte hänsyn till regionernas förutsättningar och inte heller till relativ förbättring, vilket ledde till att regioner som redan hade god tillgänglighet belönades mer än regioner med längre väntetider. Med andra ord begränsades incitamenten för regioner som var långt ifrån målen. Detta eftersom de bedömde att de inte skulle kunna uppfylla kraven och därmed inte få ta del av medlen oavsett [6].

Ett ekonomiskt styrinstrument av detta slag behöver även utformas på ett sätt som minimerar risken för undanträngningseffekter, till exempel av patienter med svårare medicinska tillstånd.

Det finns behov av ökad samsyn kring frågor som rör regelverket

Dagens avtalsmässiga förutsättningar bidrar till hinder för att arbeta med nationell vårdförmedling på ett effektivt sätt. Det finns sammanfattningsvis utmaningar när det kommer till att upprätta, nyttja och förvalta befintliga avtal mellan regioner och privata vårdgivare. Mot denna bakgrund finns ett behov av stöd i avtals- och upphandlingsrättsliga frågor, något som regionföreträdare tydligt efterfrågar. De pekar till exempel på behovet av ett utökat dialog- och kunskapsutbyte mellan regioner för att öka samsynen i centrala nyckelfrågor. Detta kan exempelvis röra hur avtal kan utformas på ett ändamålsenligt sätt, hur möjligheterna ser ut för att kunna nyttja varandras avtal eller hur takvolymerna kan hanteras när en annan region nyttjar ett avtal.

Behov av förändringar som påverkar de ekonomiska incitamenten för nationell vårdförmedling

Tydligare ekonomiska incitament för regional samverkan behövs

Det samlade analysarbetet pekar tydligt på att ekonomiska incitament påverkar regionernas, de offentliga vårdgivarnas, de privata vårdgivarnas och patienternas drivkrafter gällande nationell vårdförmedling. Givet detta finns det tydliga behov av förändringar – förändringar som lägger grunden för mer ändamålsenliga incitamentsstrukturer som underlättar regionernas arbete med nationell vårdförmedling. Utifrån dialog med regionföreträdare och vårdgivare finns det flera behov av förändring. Först och främst är det viktigt att de regioner som har avtal med privata vårdgivare inte ska drabbas av kostnader till följd av att andra regioner nyttjar dessa. En samsyn behöver därför nås kring hur regioner som får ökade administrativa kostnader till följd av andra regioners användning av avtalen bör kompenseras.

Det skulle även vara värdefullt att identifiera sätt för regionerna att i större utsträckning samordna sig kring upphandlingar av vård, eller till och med genomföra gemensamma, upphandlingar. En sådan ansats hade öppnat upp för ett tydligare regionalt samarbete där nationella behovsanalyser också hade kunnat genomföras och ligga till grund för ett mer strategiskt planeringsarbete på nationell nivå (produktions- och kapacitetsstyrning). Det är även önskvärt med förändringar som minskar den administrativa belastningen, och därmed även kostnader, för avtalshantering. Statliga stödinsatser i olika former och/eller regionalt samarbete i dessa frågor skulle kunna vara en alternativ lösning på detta.

Gemensamma principer för ersättning av kringkostnader behöver utvecklas

En annan utmaning som identifierats inom ramen för analysen rör skillnader mellan regionerna i hur patienter ersätts för kringkostnader vid nationell vårdförmedling. Regelverket gör gällande att nationell vårdförmedling inte ska innebära någon extra kostnad för patienten. Eftersom regionerna har utvecklat olika rutiner för när patienten ersätts så kan detta emellertid påverka väntande patienters förutsättningar och motivation till att tacka ja till en vårdåtgärd hos en annan vårdgivare. För att minska de ekonomiska hindren för patienten, skulle det krävas tydligare krav på att regionerna tar fram rutiner och arbetssätt som medför att patienten inte behöver ligga ute med pengar.

En annan aspekt som kopplar an till ovanstående rör det faktum att regionerna har olika förutsättningar, och därmed kringkostnader, givet olika geografiska avstånd. Detta påverkar de ekonomiska incitamenten i varierande grad i olika regioner. Flera regionföreträdare uttrycker därför önskemål om nationellt stöd, till exempel i form av tydligare vägledning och mer enhetliga direktiv kring frågan samt statliga resurser för att kompensera för regionernas varierande förutsättningar. I ljuset av detta skulle det vara önskvärt att utveckla en nationell modell för mer likvärdig ersättning av kringkostnader, till exempel genom en central ”vouchermodell” för att ersätta regionernas kostnader för resor vid nationell vårdförmedling. I en sådan modell skulle staten kontinuerligt betala ut schablonbelopp till regionerna för att täcka resekostnaderna. Detta under förutsättning att patienten inte behöver ligga ute med egna medel för resan. För att kompensera för regionernas olika förutsättningar, exempelvis vad gäller skillnader i geografiska avstånd, skulle schablonbeloppet kunna baseras på föregående års totala resekostnader för patienter som fått vård hos andra vårdgivare av tillgänglighets skäl.

Behov av översyn av dagens ersättningsmodeller för utomlänsvård

Ersättningsmodellerna för utomlänsvård, och som även används vid nationell vårdförmedling, är inte optimalt utformade idag. Ersättningen verkar vara en bidragande faktor till varför vårdgivare bedömer att det är för kostsamt att vårdförmedla. Det finns också risk för undanträngningseffekter med dagens modell, vilket regionföreträdare tydligt lyfter som en utmaning. Ersättningen baseras på en genomsnittlig patients kostnad, vilket gör att det finns en risk för att patienter som anses vara för dyra bortprioriteras framför andra, friskare patienter. Det finns därför behov av att undersöka alternativa och mer skraddarsydda upplägg som fungerar bättre i vårdförmedlingssammanhang. Mot denna bakgrund skulle det vara värdefullt att närmare undersöka hur ersättningsmodeller och övrig ekonomisk styrning skulle kunna anpassas för att skapa mer välbalanserade ekonomiska incitamentsstrukturer för nationell vårdförmedling.

Det krävs en ökad transparens kring prissättning av vårdåtgärder

En tydlig utmaning i dagens system är att det är svårt för regioner att identifiera befintliga avtal som kan nyttjas för vårdförmedling. Detta bidrar till att regionerna behöver lägga förhållandevis mycket tid på att klargöra vilka avtal som finns och vilka möjligheter de innebär. Genomgångar av befintliga avtal och regionala prislistor visar att priserna för samma vårdåtgärd varierar stort mellan olika regioner. Av denna anledning lyfter regionerna ett behov av att tillgängliggöra information om vilka avtal som

finns och vilka priser som gäller för olika vårdåtgärder. En sådan förändring hade kunnat underlätta för regionerna att göra informerade val om vilka avtal som ska användas, och minska risken för kostnadsvariationer för samma vårdåtgärd.

Behov av förändringar som påverkar de attitydsbaserade incitamenten

Förstärkt kvalitetsuppföljning av vårdgivare skulle kunna ha en positiv effekt

Hos regioner och offentliga vårdgivare lyfts en osäkerhet kring privata vårdgivares drivkrafter och agerande, och hur detta kan påverka vårdkvaliteten. En farhåga bland regionföreträdare är att privata vårdgivare tummar på kvalitetskrav som ett sätt att vinstmaximera, och att de kan utföra onödiga vårdåtgärder i syfte att öka sina intäkter. En viktig åtgärd i sammanhanget, som har lyfts i dialoger med regioner och offentliga vårdgivare, är därför att förbättra förutsättningarna för nationell kvalitetsuppföljning av privata vårdgivare. En annan möjlighet är att utforma tydligare och mer stringenta kvalitetskrav, inklusive krav på kvalitetsuppföljning, inom ramen för upprättade avtal. Detta skulle bland annat kunna göras inom ramen för samordnande upphandlingar mellan flera regioner. Sammantaget skulle åtgärder av detta slag kunna bidra till att minska risken för onödiga vårdåtgärder eller en vård av dålig kvalitet, och att beslut kring vårdförmedling fattas med ett mer nyanserat underlag.

En annan tänkbar åtgärd för en förstärkt kvalitetssäkring av privata vårdgivare, är att utreda utformningen av en modell för kvalitetscertifiering. I en sådan modell skulle krav på kvalitet och uppföljning kunna utformas på central nivå, och de vårdgivare som når upp till kraven ges en certifiering av lämplig aktör.

Gemensamma dialoger kring synen på nationell vårdförmedling kan tillföra värde

Det framkommer i analyserna att ställningstaganden kopplat till attityder hos olika aktörer påverkar förutsättningarna för nationell vårdförmedling på olika sätt. Det handlar bland annat om att regioner av kulturella eller ideologiska skäl inte ser nationell vårdförmedling som ett alternativt verktyg för att förbättra tillgängligheten. Denna typ av faktorer är generellt svåra att påverka. Samtidigt skulle det sannolikt vara värdefullt att inom ramen för regiongemensamma forum och dialoger, på ett systematiskt sätt lyfta och diskutera denna typ av frågeställningar.

Mer enhetlig och heltäckande information till patienter behövs

För att stärka patienters ställning och skapa bättre förutsättningar för att kunna ta ställning till ett erbjudande om nationell vårdförmedling, kan mer likartad, heltäckande, ändamålsenlig och korrekt patientinformation tas fram och spridas i olika relevanta kanaler och i olika format, förslagsvis på nationell nivå. Insatserna skulle syfta till att öka patienters kunskap om vårdgarantins bestämmelser och vårdförmedlingsprocessen, samt angränsande områden. Detta har lyfts tidigare, inte minst av Tillgänglighetsdelegationen som bland annat pekade på behovet av återkommande informationsinsatser om vårdgarantin, och att informationen behöver komma från flera olika aktörer [2]. Det är samtidigt viktigt att insatsen inte skapar felaktiga förväntningar hos patienter, vilket kan göras genom att det till exempel tydligt framgår i vilka situationer vårdgarantin inte gäller.

Det skulle även vara önskvärt att upprätta en gemensam kontaktväg till regionernas vårdförmedlande funktioner, som ett sätt att underlätta för patienten att vända sig till rätt instans vid regionspecifika frågor.

Referenser

1. Nergårdh A. *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården (S2024:05)*. Stockholm; 2025. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/contentassets/c3c2a9ac5a9b4ba5829d586190378b10/forslag-pa-statliga-engangsinsatser-for-att-korta-vantetider-i-varden.pdf>
2. Socialdepartementet. *Vägen till ökad tillgänglighet: långsiktig, strategisk och i samverkan*, SOU 2021:59. Stockholm; 2021. https://www.regeringen.se/contentassets/b4d9ad7b41624ea79e9ff4be8d2cbf80/sou-2021_59.pdf
3. Robert N. Anthony, Vijay Govindarajan, Frank G. Hartmann, Kalle Kraus, Göran Nilsson. *Management control systems*. 2nd ed. Maidenhead: McGraw-Hill Education (UK) Ltd; 2020.
4. Ashraf N, Bandiera O. Social Incentives in Organizations. *Annu Rev Econ*. 2018;10: 439–463. doi:10.1146/annurev-economics-063016-104324
5. Glynn SA, Williams AE, Nass CC, Bethel J, Kessler D, Scott EP, et al. Attitudes toward blood donation incentives in the United States: implications for donor recruitment. *Transfusion*. 2003;43: 7–16. doi:10.1046/j.1537-2995.2003.00252.x
6. Riksrevisionen. *I väntan på vård: ineffektiv statlig styrning för kortare köer*. Stockholm; 2023. Hämtad från: <https://www.riksrevisionen.se/granskningar/granskningsrapporter/2023/i-vantan-pa-vard---ineffektiv-statlig-styrning-for-kortare-koer.html>
7. Finansdepartementet. *Staten och kommunsektorn: samverkan, självstyrelse, styrning*, SOU 2024:43. Stockholm; 2024. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/contentassets/7278e116b7f2402590ad771f30d2fa2e/staten-och-kommunsektorn--samverkan-sjalvstyrelse-styrning-sou-2024.pdf>
8. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Strukturreformer i Norden*, PM 2024:4. 2024. Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/digital-publication/strukturreformer-i-norden/>
9. Sveriges Kommuner och Regioner. *Om Kunskapsstyrning, Kunskapsstyrning hälso och sjukvård*. 2024. Hämtad från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning.44726.html>
10. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *En lag som kräver omtag: uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, Rapport 2021:10. Stockholm; 2021. Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/en-lag-som-kraver-omtag/>
11. Anna Godøy, Venke F. Haaland, Ingrid Huitfeldt, Mark Votruba. Hospital Queues, Patient Health, and Labor Supply. *AEA*. 2024;16: 81–150.
12. Sveriges Kommuner och Regioner. *Riksavtal för utomlänsvård*. 2024. Hämtad från: <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/riksavtalfor-utomlansvardochkommentarer.65449.html>

Bilaga 1 – Metodbeskrivning

En kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder har använts för att besvara frågeställningarna, och dessa beskrivs nedan.

Intervjuer och dialog med regionföreträdare, patientrepresentanter, offentliga verksamheter och privata aktörer

Inom ramen för regeringsuppdraget att ta fram en nationell plan för nationell vårdförmedling har digitala semistrukturerade intervjuer gjorts med företrädare från samtliga regioner med undantag för Region Gotland. I intervjuerna deltog bland personer med vårdförmedlande funktioner (vårdlotsar, tillgänglighetssamordnare med flera) och andra regionföreträdare som arbetar med tillgänglighet. Intervjuerna genomfördes som en del i E-hälsomyndighetens samlade analysarbete. Socialstyrelsen har närvarat vid samtliga intervjuer. Intervjuerna fokuserade brett på regionernas perspektiv på nationell vårdförmedling med särskild tonvikt på behovet av stödjande digital infrastruktur på nationell, regional och verksamhetsnivå. Under intervjuerna berördes även andra perspektiv och resonemang kring förutsättningar för nationell vårdförmedling, och då framkom även tydliga reflektioner kring incitamentsstrukturer. En genomgång av samtliga intervjunotat har gjorts med fokus på att identifiera regionföreträdarens beskrivningar av hur olika faktorer främjar respektive hindrar nationell vårdförmedling idag.

Utöver enskilda intervjuer har myndigheterna gemensamt genomfört en risk- och konsekvensanalys som en del av uppdraget om att ta fram ett förslag på en nationell plan för nationell vårdförmedling. Två digitala workshops har anordnats tillsammans med SKR:s vårdlotsnätverk. Även andra funktioner deltog vid dessa tillfällen, exempelvis regionala utvecklingsstrateger och medarbetare vid upphandlingsenheter. Under dessa workshops fick deltagarna ta del av och reflektera kring myndigheternas preliminära förslag på stödjande insatser som riktar sig till regionerna, samt diskutera förslagets tänkbara risker och konsekvenser. I dialogerna framkom även tankar och resonemang som tydligt relaterar till drivkrafter som främjar respektive hindrar vårdförmedling. Dessa reflektioner har också inkluderats i analysen.

Socialstyrelsen har även haft fördjupad kontakt och samarbete med ett antal utvalda verksamheter i syfte att bättre förstå de praktiska utmaningar som finns vid nationell vårdförmedling, samt identifiera behov av konkreta stödinsatser. Detta har skett som en del av arbetet med regeringsuppdraget att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få

vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider. Under dessa möten har ytterligare insikter kring incitament kopplat till vårdförmedling kommit fram, vilka har inkluderats i analysen.

Inom ramen för arbetet med regeringsuppdraget att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider har även en särskild kapacitetskartläggning gjorts. Som en del av denna har företrädare från privata aktörer som bland annat är verksamma inom det ortopediska området intervjuats. Företrädarna har fått beskriva sin bild av tillgänglig kapacitet, och har då även beskrivit förutsättningar för att ta emot väntande patienter. Delar av dessa beskrivningar och resonemang har inkluderats som en del av analysen av incitament för nationell vårdförmedling.

Utöver ovanstående har dialoger förts med olika patientrepresentanter. Dessa kontakter har skett som en del i det samlade analysarbetet inom ramen för de båda regeringsuppdragen. Vi har dels träffat E-hälsomyndighetens referensgrupp med patientföreträdare vid två olika tillfällen för att inhämta gruppens perspektiv, dels haft enskilda kontakter och intervjuer för att bättre förstå vilka faktorer som påverkar patienters motivation till att tacka ja till nationell vårdförmedling.

Sammanställning och genomgång av kompletterande litteratur

En kompletterande genomgång och sammanställning av relevant litteratur har också genomförts. Huvudfokus låg på att identifiera vetenskaplig och grå litteratur angående det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och styrmedel inom offentlig sektor, men inkluderade även internationella jämförelser och perspektiv. Litteraturen valdes ut genom sökning i databaser samt ur statliga myndigheters och andra organisationers arkiv. Sökorden baserades på de vägledande frågeställningarna som tidigare beskrivits (se avsnitt Vägledande frågeställningar har legat till grund för arbetet). Sökningar resulterade i ett relativt begränsat urval av litteratur, och därför används den i begränsad utsträckning i rapporten.

Kompletterande kostnads- och hälsoekonomiska analyser

För att få en uppfattning om hur prissättning av utomlänsvård och andra kringkostnader påverkar regionernas incitament för nationell vårdförmedling, gjordes kompletterande kostnadsanalyser. Analyserna baserades dels på fyra regioners fakturerade kostnader för utomlänsvård,

dels på kostnadsuppgifter från KPP-databasen¹⁸ för specialiserad somatisk vård. Arbetet avgränsades till att mer specifikt undersöka kostnadsuppgifter för tre olika vårdåtgärder: 1) kataraktoperation; 2) knäprotesoperation och 3) koloskopi.

Därutöver har vissa kompletterande bredare hälsoekonomiska resonemang förts för att få en uppfattning om hur eventuella samhällskostnader kan uppstå vid långa väntetider (till exempel vid utebliven nationell vårdförmedling), skulle kunna påverka incitamenten. Dessa resonemang bygger framför allt på tidigare studier på området.

Expertintervjuer

För att få en mer fördjupad förståelse för incitament för vårdförmedling, både teoretiska och empiriska, genomfördes totalt sex expertintervjuer: fyra intervjuer med forskare med särskild kunskap inom hälsoekonomi och ekonomistyrning inom hälso- och sjukvården, och två intervjuer med företrädare från Danmark och Norge som arbetar med utvecklingen av nationell vårdförmedling på nationell nivå. Dessa internationella företrädare valdes ut mot bakgrund av att de nämnda länderna har kommit förhållandevis långt i uppbyggnaden av nationella system för nationell vårdförmedling.

¹⁸ KPP-databasen är en datakälla för redovisning av sjukhusens KPP-data (Kostnad Per Patient). Utifrån sjukhusens egen rapportering kring kostnader för producerad vård, kan kostnaden för varje individuell vårdkontakt räknas ut på både regional och sjukhusnivå. KPP-databasen begränsas av att många privata vårdgivare inte rapporterar in sina kostnader.

Bilaga 2 – Räkneexempel: Hur mycket kostar väntetider samhället?

Få studier undersöker effekter av väntetider inom planerad vård, och vilka eventuella kostnader detta kan medföra samhället. För ortopediska åtgärder finns det däremot viss forskning som pekar på att patienter mellan 25 och 60 år som är sjukskrivna innan sin operation och som får vänta länge på en åtgärd, får en längre sjukskrivningstid efter sin operation jämfört med de som får vänta kortare tid på samma åtgärd. Mer konkret indikerar resultaten att 10 dagars extra väntetid leder till en i snitt 8,7 dagar längre sjukskrivningstid under kommande femårsperiod [11]. Studien ger dock inte något stöd för att förlängda väntetider skulle leda till en ökad vårdkonsumtion under väntetiden eller efter att åtgärden genomfördes.

Utifrån detta går det att göra kostnadsberäkningar för hur mycket en förlängd väntetid skulle kunna kosta samhället i sjukskrivningskostnader. Enligt uppgifter från Väntetidsdatabasen var det cirka 4 800 patienter mellan 18–64 år som i december 2024 väntat längre än vårdgarantins gränser på en ortopedisk åtgärd/operation. Antaget att de väntande patienterna väntar i snitt 100 dagar på sin åtgärd/operation skulle de enligt studien i snitt få 8,7 extra sjukskrivningsdagar under kommande femårsperiod, jämfört med om de skulle behövt vänta 90 dagar på sin åtgärd/operation. Om patienterna tjänar en medianlön i Sverige (35 600 kronor¹⁹) skulle den extra väntetiden uppskattningsvis kunna kosta samhället 70 miljoner kronor i produktionsbortfall.²⁰ Denna siffra är troligtvis högre, eftersom snittväntetiden för de som väntar längre än 90 dagar kan vara längre än 100 dagar.

¹⁹ Statistik från Statistiska Centralbyrån.

²⁰ Antaget 21 arbetsdagar per månad.