OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Anna Franklin, (annha220), Avdelningschef
Granskad av: Anna Franklin, (annha220), Avdelningschef
Godkänd av: Levi Siljemyr, (levsi1), Direktör

Giltig från: 2026-09-04
Giltig till: 2028-09-04

Vårdgaranti och valfrihet i vården 2026:1

En handbok för dig som arbetar i Västra Götalandsregionen

Rubrik: Vårdgaranti och valfrihet i vården 2026
Dokument-ID: OSN11757-1980785390-10
Version: 17.0

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Innehållsförteckning

Inledning 3
Vårdgaranti 2026:1 4
Valfrihet 2026:1 12

Inledning

Handboken ska utgöra ett stöd gällande vårdgaranti och valfrihet i vården. De som informerar patienter om vårdgaranti och valfrihet i vården är de främsta målgrupperna för handboken.

Västra Götalandsregionen, VGR, är skyldiga att säkerställa att patienter får vård inom den tid som anges i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 9 kap och Patientlagen (2014:821) 2 kap. VGR ska aktivt hjälpa patienten till vård hos annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Val av vårdgivare, valfrihet, är till för patienter som själva vill kunna göra ett aktivt val av vårdgivare. När patienten söker vård utifrån valfrihet innebär det ett större egenansvar samt kostnadsansvar för eventuella merkostnader som resor och boende.

Vårdgaranti 2026:1

Allmänt om vårdgarantin

Vårdgarantin innebär att en patient ska få vård inom en viss tid. Från och med 2010- 07-01 är den en del av Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) fastställs inom vilka tidsgränser en patient ska erbjudas vård.

Vårdgarantin gäller för folkbokförda i regionen och för personer med skyddad folkbokföring enligt folkbokföringslagen (1991:481) samt för personer som har rätt till vårdförmåner enligt vad som följer i EU-förordning 883/2004. Dessa patienter måste uppvisa ett ”Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige för personer bosatta i ett annat EU/EES-land eller Schweiz”.

Mer information finns på följande länk: Vård av personer från andra länder

Vårdgarantin gäller inte för folkbokförda från annan region. Undantaget är folkbokförda patienter från de regioner som VGR har samverkansavtal med. Vårdgarantin reglerar däremot inte om vård ska ges, vilken vård som ska ges eller vilken vårdgivare som ska ge vården.

I de fall patienten önskar nyttja vårdgarantin ska remissen sändas till den mottagning som har kortast väntetid.

Om vård inte kan erbjudas inom vårdgarantins tidsgränser

Enligt Patientlagen (2014:821) ska vårdgivaren informera om vid vilken tidpunkt patienten kan förvänta sig att få vård. Om vårdgivaren efter remissbedömning eller beslut om operation/åtgärd känner till att vård inte kan ges inom vårdgarantin ska patienten aktivt erbjudas vård hos annan vårdgivare och få information om vad det innebär. Patienten ska inte behöva vänta med att få hjälp tills dess att gränsen för garantitiden har passerats. Bedömning om vård hos annan vårdgivare är lämplig ur medicinsk aspekt ska framgå av remissbedömningen och dokumenteras. Vård hos annan vårdgivare ska inte medföra några extra kostnader för patienten. Det är alltid frivilligt för en patient att tacka ja eller nej till ett erbjudande om snabbare vård på en annan vårdenhet än där man har sökt. Det är viktigt att informera patienten om att väntetiden kommer att överskrida vårdgarantins tidsgräns om erbjudandet avböjs. Patienter med skyddade personuppgifter ska hanteras på samma sätt som övriga. Dock är det viktigt att tänka på följande om patienten flyttas till en annan vårdgivare: Hantering när person har skyddade personuppgifter från Skatteverket

Vid beslut om vårdbegäran/remiss ska patienten tillfrågas om att nyttja vårdgarantin och tacka ja eller nej till vård hos annan vårdgivare, om mottagande remissinstans inte kan erbjuda vård inom garantitiden. Alla vårdgivare ska ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin. Uppgifter om väntetider ska rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen.

Bedömning om vård hos annan vårdgivare är lämplig ur medicinsk aspekt ska framgå av remissbedömningen och dokumenteras. Alla remisser där patienten bedöms möjlig att lotsa till annan vårdgivare ska, i planeringsunderlag i Elvis, noteras ”AVG” som betyder ”annan vårdgivare”. Se instruktion inklusive beslut. Information om vilka regionala digitala remissbekräftelser som ska användas finns på följande länk: Förteckning digitala remissbekräftelser.

Nationell och regional vårdgaranti

0 dagar	Vårdcentralen där patienten är listad ska erbjuda kontakt samma dag som patienten söker. Vårdgarantin gäller även på mottagningar inom primärvården där det inte är möjligt att lista sig.	Nationell vårdgaranti
2 dagar	Vid välgrundad misstanke om cancersjukdom hos barn, ska ett specialistläkarbesök erbjudas inom 2 kalenderdagar räknat från beslutsdatum för vårdbegäran/remiss.	Regional vårdgaranti
3 dagar	Om en patient bedöms ha ett nytillkommet medicinskt problem, oväntad/kraftig försämring av tidigare känt medicinskt problem eller utebliven behandlingseffekt efter nyligen genomförd behandling, ska vårdcentralen där patienten är listad erbjuda en medicinsk bedömning inom 3 kalenderdagar. Vårdgarantin gäller även på mottagningar inom primärvården där det inte är möjligt att lista sig.	Nationell vårdgaranti
14 dagar	I de fall det inte finns existerande standardiserade vårdförlopp för den misstänkta cancerformen ska, vid välgrundad misstanke om cancersjukdom hos vuxna, ett specialistläkarbesök erbjudas inom 14 kalenderdagar räknat från beslutsdatum för vårdbegäran/remiss.	Regional vårdgaranti
30 dagar	Efter beslut om vårdbegäran/remiss ska ett förstabesök inom barn- och ungdomspsykiatrin erbjudas inom 30 kalenderdagar. Det gäller också andra verksamheter som behandlar patientgruppen minderåriga med psykiatrisk problematik.	Regional vårdgaranti
30 dagar	Efter beslut om att genomföra en fördjupad utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin ska tid erbjudas inom 30 kalenderdagar efter beslutsdatum. Det gäller också andra verksamheter som behandlar patientgruppen minderåriga med psykiatrisk problematik. Se Elvis-manual och RMR.	Regional vårdgaranti
30 dagar	Efter utförd fördjupad utredning inom barn- och ungdomspsykiatrin ska behandling erbjudas inom 30 dagar. Det gäller också andra verksamheter som behandlar patientgruppen minderåriga med psykiatrisk problematik. Se Elvis-manual och RMR.	Regional vårdgaranti
90 dagar	Efter beslut om vårdbegäran/remiss ska ett förstabesök inom den specialiserade vården erbjudas inom 90 kalenderdagar. Inkommen vårdbegäran/remiss ska medicinskt bedömas och prioriteras av specialist för beslut om åtgärd.	Nationell vårdgaranti
90 dagar	Efter beslut om att genomföra fördjupad utredning inom vuxenpsykiatrin ska tid erbjudas inom 90 kalenderdagar. Inkommen vårdbegäran/remiss ska medicinskt bedömas och prioriteras av specialist för beslut om åtgärd. Se Elvis-manual och RMR.	Regional vårdgaranti
90 dagar	Efter beslut om behandling/operation inom den specialiserade vården ska tid erbjudas inom 90 kalenderdagar. Inkommen vårdbegäran/remiss ska medicinskt bedömas och prioriteras av specialist för beslut om åtgärd. För vuxenpsykiatrin, se Elvis-manual och RMR.	Nationell vårdgaranti

Vårdprofessioner som omfattas av vårdgarantin

Vårdgarantin gäller för förstabesök, beslutad behandling samt vissa utredningar till samtliga legitimerade vårdprofessioner inom **specialistsjukvård**.

Kontakt ska erbjudas samma dag som patienter söker, och en medicinsk bedömning ska göras inom 3 kalenderdagar för samtliga legitimerade vårdprofessioner inom **primärvården**.

Inom primärvården ingår till exempel vårdcentraler, ungdomsmottagningar, barnmorskemottagningar och barnavårdscentraler. Listning på vårdcentral är obligatorisk och det är enbart hos vald utförare som vårdgarantin gäller. Under en ettårsperiod är 2 byten möjliga. Om en patient väljer att lista sig hos en utförare i en annan region gäller inte vårdgarantin. Vårdgarantin gäller också på mottagningar inom primärvården där det inte är möjligt att lista sig, till exempel hos fysioterapeuter och specialister i allmänmedicin verksamma enligt den så kallade nationella taxan (LOL/LOF).

Koloskopi och gastroskopi

Koloskopi och gastroskopi omfattas av vårdgarantin i de fall de innehåller moment av behandling. Undersökningar i diagnostiskt syfte omfattas inte av vårdgarantin.

Radiologi

Radiologi omfattas av vårdgarantin i de fall de innehåller moment av behandling med röntgenstöd, exempelvis kortisoninjektioner, insättningar av elektroder och implantat. Röntgenundersökningar i diagnostiskt syfte omfattas inte av vårdgarantin.

Omfattas inte av vårdgarantin

- Undersökningar och provtagningar.
- Vaccinationer.
- Intyg.
- Hälsoundersökningar.
- Vård utanför Sveriges gränser.
- Utprovning av hjälpmedel, förutom utprovning av hörapparat.
- Vård hos privat vårdgivare som inte finansieras med skattemedel.

Tandvård och käkkirurgisk vård

Syftet med den tandvård och käkkirurgisk vård som ingår i vårdgarantin är att medicinska behandlingar som omfattas av vårdgarantin inte ska fördröjas. Då tandvården inte separat omfattas av Patientlagen (2014:821) finns det heller inte någon direkt vårdgaranti inom tandvården, utan vårdgarantin utgår från sjukvårdens behov av tandvårdens insatser som ett reellt led eller som ett moment/en förutsättning för en medicinsk utredning/behandling där sjukvårdsinsatsen omfattas av en vårdgaranti.

Vården som kan ingå i vårdgarantin, om tandbehandlingen är en förutsättning för den medicinska behandlingen inte ska fördröjas, beskrivs under 2§ i Tandvårdsförordning (1998:1338).

Käkkirurgiska åtgärder som omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård:

- Behandlingar av käkfrakturer.
- Käkledskirurgi.
- Rekonstruktiv och ortognat kirurgi.
- Utredningar och behandlingar av oralmedicinska tillstånd.
- Utredningar och behandlingar av smärttillstånd.
- Övriga oralkirurgiska behandlingar som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser.

Mer information om vilka utredningar och behandlingar som ingår i vårdgarantin finns på följande länk: Tandvård och vårdgaranti

Tandvård som inte omfattas av vårdgarantin

- Insatser som rekonstruktiv och ortognat kirurgi av medfödd missbildning i käkområde eller ansikte. Sådan vård regleras av Tandvårdsförordningen.
- Tandvård/käkkirurgisk vård som omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård, (nödvändig tandvård, tandvård vid vissa sjukdomar eller funktionsnedsättning eller tandvård som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid). Sådan vård regleras av Tandvårdslagen (1985:125).
- Övrig tandvård/käkkirurgisk vård som omfattas av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets beslut om de tandvårdsåtgärder som ingår i det statliga tandvårdsstödet.

Regionens samverkansavtal

VGR har samverkansavtal med Region Halland. Samverkansavtalet innebär att invånarna i Västra Götaland kan söka vård i Halland på samma villkor som folkbokförda personer i Halland och tvärtom.

VGR har också ett samverkansavtal med Region Värmland inom onkologisk vård (strålning) och förlossningsvård vid Centralsjukhuset i Karlstad. Det innebär att folkbokförda i Västra Götaland kan söka den vården i Värmland på samma villkor som folkbokförda i Värmland.

Mer information om regionens samverkansavtal finns på följande länk:
Vård enligt samverkansavtal

Vård i utlandet

Om väntetiden är lång utifrån ett medicinskt perspektiv eller om kompetens saknas i Sverige kan behandlande läkare på sjukhus remittera patienten till vård utomlands. Om vården kan ges i annat EU-land och vårdgivaren är ansluten till det offentliga sjukvårdssystemet kan Försäkringskassan vara behjälplig med ett intyg som säkerställer korrekt fakturering. Läkaren/sjukhuset ombesörjer att uppgifter skickas till Försäkringskassan och ansvarar för kontakten med utförande sjukhus i det andra landet. Kostnaden för vård, resor och uppehälle står verksamheten på sjukhuset för. Som patient bokar man resor själv.

För vård i utlandet när patienten söker vård utifrån valfrihet, se avsnittet om valfrihet.

Mer information finns på följande länk: Planerad vård utomlands.

Tillämpning av vårdgarantin

Beslut om vårdbegäran/remiss tas i samråd med patient och det ska dokumenteras i patientens journal. Patienten ska tillfrågas om att nyttja vårdgarantin och tacka ja eller nej till vård hos annan vårdgivare, om mottagande remissinstans inte kan erbjuda vård inom garantitiden. Det ska framgå på vårdbegäran/remissen om patienten önskar nyttja vårdgarantin. Samtycke ska också dokumenteras i patientens journal.

Rutinerna för tillämpning av vårdgarantin utgår från SKR:s Riktlinjer för avvikelseregistrering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen.

Rutiner kring beslutsdatum och ankomstdatum för vårdbegäran

Samtliga vårdbegäran/remisser ska bedömas och prioriteras utifrån medicinska behov. Det gäller även patienter som är folkbokförda i annan region vilket innebär att de ska tas emot på samma medicinska villkor som folkbokförda i VGR. Mer information finns på följande länk: Patientlagen (2014:821).

- Väntetiden räknas från det datum då patienten och läkaren fattar beslut om att skicka en vårdbegäran/remiss, **beslutsdatum**. Beslutsdatum gäller även om komplettering behöver göras.
- För patienter som söker vård med egen vårdbegäran/remiss startar väntetiden från det datum patientens vårdbegäran ankommer, **ankomstdatum**.
- För vårdbegäran/remiss vid välgrundad misstanke om cancersjukdom gäller **beslutsdatum** som startdatum för väntetiden.
- För vårdbegäran/remiss som kommer från skolhälsovården eller optiker gäller **ankomstdatum** som startdatum för väntetiden.

Rutiner kring bokning och planeringslistor inom specialistvården

Om vårdgivaren inte kan boka tid inom vårdgarantins tidsgränser ska patienten aktivt erbjudas vård hos annan vårdgivare och få information om vad det innebär.

Bokning av tid

- Tid till förstabesök eller behandling ska ske i överenskommelse med patienten, det vill säga att patienten ska acceptera föreslagen tid. Regionala riktlinjer för tidsbokning, diarienummer HS 2021-00063.
- Tid ska erbjudas med sådan framförhållning att patienten har möjlighet att planera, minst 14 dagar i förväg, om inte annat överenskommits. Gäller inte vid remittering av barn vid välgrundad misstanke om cancersjukdom, där tid ska erbjudas inom 2 dagar. Vissa standardiserade vårdförlopp i cancervården kan innebära att patienten får en kortare framförhållning.

Om patienten ombokar

- Patient som vid 1 tillfälle vill omboka en överenskommen tid ska av vårdgivaren om möjligt erbjudas en ny tid inom garantigränsen.
- Om garantigränsen överskrids informeras patienten samt registreras som patientvald väntan (PvV). Antalet ombokningar av överenskommen tid är begränsat till 2 tillfällen. Det innebär att patienten sammanlagt har fått möjlighet till 3 tider inklusive den ursprungliga tiden. Vårdbegäran/remissen återsänds till remittenten och patienten informeras. Medicinskt ansvarig ska dock alltid värdera patientens autonomi och medicinska behov innan beslut om återremittering tas.
- För patient som vill omboka en erbjuden tid som inte är överenskommen finns ingen gräns för hur många gånger ombokning kan ske.

  Mer information finns på följande länk: Riktlinjer för avvikelseregistrering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen.

Om patienten uteblir

- För patient som vid 1 tillfälle uteblir från överenskommen/avtalad tid ska vårdgivaren i dialog med patienten erbjuda en ny tid samt informera patienten om att vid ett andra uteblivande kommer vårdbegäran/remissen att returneras till remittenten. Medicinskt ansvarig ska dock alltid värdera patientens autonomi och medicinska behov innan beslut om återremittering tas.
- För patient, inklusive patienter med skyddad adress, som uteblir en eller flera gånger och som inte går att nå via brev eller telefon återsänds vårdbegäran/remissen till remittenten.

Patientvald väntan (PvV)

Patientvald väntan innebär att patienten, efter att ha fått information om sina rättigheter enligt vårdgarantin och möjligheten att välja vårdgivare med kortare väntetid, aktivt väljer att avstå från vård inom vårdgarantins tidsgräns.

PvV ska inte registreras för patienter som vid remissbedömning fått en medicinsk prioritet på 14 eller 30 dagar, eftersom väntetiden är högt medicinskt prioriterad. Patienten ska informeras om detta för att undvika missförstånd och ge tydlighet om den medicinska prioriteringen.

Mer information finns på följande länk: Riktlinjer för avvikelseregistrering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen.

Om patienten ångrar sig

För en patient som har avböjt en erbjuden tid hos annan vårdgivare men senare ångrar sig och accepterar vård hos annan vårdgivare börjar väntetiden räknas från det datum patienten meddelar sitt nya beslut. Patienten kan inte tillgodoräkna sig tidigare väntetid. Detta gäller även det omvända, det vill säga, då patient i dialog har accepterat en erbjuden tid hos annan

vårdgivare men sedan ångrar sig och önskar vård hos den ursprungliga vårdgivaren/remissmottagaren. Det innebär att en ny vårdgarantiperiod startar.

Ovan gäller inte om en patient ångrar sig innan patienten har erbjudits tid hos annan vårdgivare.

Barn och individer med funktionsnedsättning som medför svårigheter att transportera sig till annan ort ska ges särskild hänsyn vid val av annan vårdgivare.

Patient med medicinskt orsakad väntan (MoV)

Medicinskt orsakad väntan uppstår när vårdpersonal bedömer att patientens tillstånd, av medicinska skäl, gör det omöjligt att genomföra planerat förstabesök, undersökning eller behandling inom vårdgarantins tidsgräns.

Mer information finns på följande länk: Riktlinjer för avvikelseregistrering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen.

Användbara länkar

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80)

Informationsbroschyr om vårdgaranti och valfrihet i Västra Götalandsregionen

Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral

Krav- och kvalitetsbok Vårdval Rehab

Patientlag (2014:821)

Regional medicinsk riktlinje för remiss inom hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Riksavtalet för utomlänsvård

Riktlinjer för avvikelsehantering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen

Socialstyrelsens termbank för vård och omsorg

Väntetider i vården

Valfrihet 2026:1

Allmänt om valfrihet i vården

Valfrihet i vården gäller för bosatta/folkbokförda i en region och för personer med skyddad folkbokföring som vistas i regionen. Valfrihet i vården gäller även för personer som omfattas av EU-förordning 883/2004, folkbokförda från annan region, asylsökande samt för personer som vistas utan nödvändiga tillstånd. VGR följer vad som framgår i Patientlagen (2014:821) om patientens möjlighet till valfrihet för öppenvård och Riksavtalet för utomlänsvård 2015-01-01. Riksavtalet reglerar vad som gäller när en individ får vård utanför sin hemregion samt en rekommendation om patientens möjlighet till valfrihet för slutenvård.

Omfattning av patientens valfrihet i en annan region

Valfrihet i vården omfattar all öppenvård för primärvård, länssjukvård, regional högspecialiserad vård och nationell högspecialiserad vård. Patienten kan dock inte kräva vårdgaranti i annan region, förutom i Region Halland som VGR har samverkansavtal med. Patienten kan efter ordination få medicinsk service utförd i andra regioner, såsom röntgen- och laboratorieundersökningar.

Begreppet upptagningsområde finns inte i Patientlagen, Riksavtalet för utomlänsvård, Hälso- och sjukvårdslagen eller Socialstyrelsens termbank. Enligt Patientlagen 9 kap 1 § ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

En patient i **öppenvård** ska få ta del av det vårdutbud och de behandlingsalternativ som finns i vårdregionen, vilket innebär att en patient kan få vård i en annan region även om vårdutbudet inte finns i VGR. En vårdregion ska ta emot en patient från en annan region utifrån medicinska behov på samma villkor som för de bosatta i regionen. Hänsyn måste tas till om en region har krav på remiss i öppenvård via Riksavtalet för utomlänsvård. VGR har enbart remisskrav för neuropsykiatriska utredningar, dnr RS 2021-00309. Både hemregionen och vårdregionens eventuella remisskrav behöver beaktas. Om patientens hemregion eller vårdregion kräver remiss i öppen specialiserad vård kan även andra regioner utfärda en sådan.

Patienten har rätt till **slutenvård** i en annan region i de fall vården finns i VGR:s utbud av länssjukvård. Betalningsförbindelse behöver utfärdas i förväg och patientens vårdbehov behöver styrkas med journalanteckning. Det är patientens ansvar att inkomma med journalanteckningen. I Västra Götalandsregionen och Region Halland behövs ingen betalningsförbindelse.

Patientens möjlighet att välja vårdgivare inom den öppna vården

Patient folkbokförd i VGR har möjlighet att utifrån valfriheten söka all öppenvård enligt nedan. Observera eventuella krav på remiss.

- Primärvård i hela landet, både offentliga och privata vårdgivare med avtal.
- Länssjukvård, regional högspecialiserad vård och nationell högspecialiserad vård i hela landet hos offentliga sjukhus.
- Privata vårdgivare som någon region har avtal med.
- Privata läkare och fysioterapeuter som ersätts enligt nationella taxan.

Regionens samverkansavtal

VGR har samverkansavtal med Region Halland. Samverkansavtalet innebär att invånarna i Västra Götaland kan söka vård i Halland på samma villkor som folkbokförda personer i Halland och tvärtom.

VGR har också ett samverkansavtal med Region Värmland inom onkologisk vård (strålning) och förlossningsvård vid Centralsjukhuset i Karlstad. Det innebär att folkbokförda i Västra Götaland kan söka den vården i Värmland på samma villkor som folkbokförda i Värmland.

Mer information om regionens samverkansavtal finns på följande länk:
Vård enligt samverkansavtal

Vård i utlandet

Som invånare i Sverige har man rätt att ansöka om planerad vård i annat EU/EES-land, Schweiz, Storbritannien och i vissa fall även Turkiet. När en patient önskar få vård utomlands ska patienten själv lämna in ansökan till Försäkringskassan och bifoga relevanta medicinska handlingar. Det är Försäkringskassan som fattar beslut om planerad vård utomlands. Patienten kan ansöka om antingen förhandsbesked eller förhandstillstånd.

Vid ett beviljat **förhandsbesked** får patienten betala för vården och sedan ansöka om ersättning i efterhand hos Försäkringskassan. Kringkostnader (som resa och logi) står patienten själv för. Man kan inte få förhandsbesked om man åker till Turkiet, Schweiz eller Storbritannien. Förhandsbesked kan beviljas för vård inom både offentlig och privat sjukvård.

Vid ett beviljat **förhandstillstånd** (S2-intyg) behöver patienten endast betala vårdlandets patientavgift. Vårdkostnader regleras mellan Försäkringskassan och den behöriga myndigheten i vårdlandet. Patienten kan i dessa fall även få ersättning för kringkostnader (så som resa och logi) som hen ansöker om via Försäkringskassan. Förhandstillstånd kan man få i EU/EES-länder, Schweiz och Storbritannien. Det finns även förhandstillstånd för planerad vård i Turkiet. Förhandstillstånd beviljas endast om väntetiden i Sverige inte är medicinskt försvarbar och om vårdgivaren är ansluten till det allmänna sjukvårdssystemet i vårdlandet.

Mer information finns på följande länk: Planerad vård utomlands.

Hjälpmedel

En patients hemregion ersätter den vårdregion som förskriver enligt sitt regelverk hjälpmedel som, per förskrivningstillfälle, understiger en kostnad på 0,10 av prisbasbeloppet. Det behövs inget samråd och beslut av hemregionen. Vid förskrivning av hjälpmedel som överstiger beloppet ska vårdregionen samråda med hemregionen, som i sin tur ska besluta om förskrivning kan ske och därefter ersätta vårdregionen. Det är viktigt att både vårdregionen och hemregionen dokumenterar relevant information om överenskommelsen.

Inom VGR och Region Halland gäller grundprincipen för förskrivning av personliga hjälpmedel att den som har hälso- och sjukvårdsansvaret för individen också har ansvar för hjälpmedelskostnaden, under beaktande av folkbokföringsorten.

Mer information finns på följande länk: Information om regelverk.

Regler och rutiner för utfärdande av betalningsförbindelse

I Patientlagen (2014:821) framgår att en patient har möjlighet att utan betalningsförbindelse söka all offentligt finansierad öppenvård.

Observera att betalningsförbindelsen **inte** utfärdas i efterhand. Om betalningsförbindelse krävs ska den utfärdas i förväg.

- **Primärvård i hela landet**
  Både offentlig och privat vårdgivare med avtal. Ingen betalningsförbindelse krävs.
- **Offentliga sjukhus**
  - För all **öppen** specialistvård inklusive regional högspecialiserad vård och nationell högspecialiserad vård krävs ingen betalningsförbindelse.
  - För **planerad sluten** specialistvård **inom VGR** krävs ingen betalningsförbindelse.
  - För **planerad sluten** specialistvård i **andra regioner**, undantaget Region Halland, krävs en betalningsförbindelse i förväg av hemregionen. Betalningsförbindelsen för slutenvård sänds till sjukhuset. Dessutom informeras patienten om att betalningsförbindelse är skickad.
  - För **akut slutenvård** gäller följande:
    - När en patient som är folkbokförd **i VGR** vårdas i akut slutenvård i annan region ska vårdregionen kontakta hemregionen för planering av fortsatt vård och eventuell överföring till sjukhus i VGR. Inga betalningsförbindelser behöver utfärdas av VGR i dessa fall.
    - Om en patient som är folkbokförd **i annan region** inkommit akut till VGR och vårdas i slutenvård och vårdbehovet förväntas vara mer än 7 dagar ska kontakt tas med patientens hemregion för överenskommelse om fortsatt vård och eventuell överföring av patienten till hemregionen. Betalningsförbindelser behöver inte begäras från hemregionen oavsett vilken överenskommelse som görs.

Om en patient som är folkbokförd i annan region vårdas i akut slutenvård och vårdbehovet förväntas vara mindre än 7 dagar, kan kontakt tas med patientens hemregion om det är lämpligt utifrån patientens tillstånd och önskemål att göra gemensam planering och eventuellt överföring av patienten till hemregionen. Betalningsförbindelser behöver inte begäras från hemregionen oavsett vilken överenskommelse som görs.

Mer information finns på följande länk: Riksavtalet för utomlänsvård.

- **Privata vårdgivare som har avtal med någon region**

    - **Öppenvård**
      Avtal som tecknas eller förlängs ska vara öppna för att ta emot patienter från andra regioner. Därmed krävs ingen betalningsförbindelse för öppenvård förutom för vissa avtal som kräver en försäkran om att patienten köar till något sjukhus och inte kan få vård inom vårdgarantin. I de fall betalningsförbindelse krävs vid öppenvård ska betalningsförbindelsen skickas till förmedlingsfunktionen i den region som tecknat avtalet.

    - **Slutenvård**
      För slutenvård krävs alltid en betalningsförbindelse och den ska vara utfärdad innan planerad åtgärd. Patientens vårdbehov behöver styrkas med journalanteckning och det är patientens ansvar att inkomma med journalanteckningen. Vid all planerad slutenvård ska betalningsförbindelsen skickas till förmedlingsfunktionen i den region som tecknat avtalet. Betalningsförbindelsen utfärdas av det sjukhus inom vilket område patienten är folkbokförd, se bilaga nedan.

      Mer information finns på följande länk: Kontaktuppgifter utomlänsremisser.

Utformning av betalningsförbindelse

Detaljerad information finns i Ivard som är ett IT-stöd som hanterar köpt vård, transporter, hjälpmedel och logi som faktureras från offentliga och privata vårdgivare. Betalningsförbindelsens längd kan variera. Om vårdepisoden överstiger betalningsförbindelsens längd får vården slutföras, dock krävs en ny betalningsförbindelse.

När betalningsförbindelse saknas

Om patienten har fått vård utan att kravet på betalningsförbindelse i förväg har följts eller om eventuella remisskrav inte har beaktats, ersätts inte vårdgivaren i efterhand. Detsamma gäller om en privat vårdgivare i sitt avtal inte har tillåtelse att ge vård till patienter folkbokförda i andra regioner.

Psykiatrisk vård på behandlingshem eller motsvarande utanför VGR

För patienter och vårdnadshavare som aktivt själva vill välja valfrihetsvård avseende slutenvård på behandlingshem eller motsvarande för ätstörning eller annan psykiatrisk diagnos gäller följande:

- För att patienten ska beviljas vård hos extern vårdgivare i valfrihet ska vården vara tillstyrkt av psykiatriker anställd i VGR. Patienter som inte är aktuella inom någon psykiatrisk verksamhet hänvisas till specialistläkare anställda inom VGRs vuxenpsykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri.
- Patienten, vårdnadshavare eller ombud begär intygsunderlag/egenremiss av valfrihetssamordnare och bokar tid på aktuell mottagning. Tillstyrkt underlag av psykiatriker anställd i VGR samt undertecknat av den vårdsökande hanteras av valfrihetssamordnare i det område där patienten är folkbokförd.

För mer information, se ”Handläggningsrutin för psykiatrisk vård på behandlingshem eller motsvarande utanför VGR enligt valfrihet i vården”, diarienummer RS 00133-2011.

Resor

För sjukvård till alla offentligt finansierade vårdgivare inom VGR och Region Halland samt för viss sjukvård i Region Värmland ingår sjukresa mot egenavgift. För vård i övriga regioner, utifrån valfrihet, ingår inte sjukresa. För mer information, hänvisa patienterna till respektive sjukreseenhet.

Mer information finns på följande länk: Sjukresor i Västra Götaland 1177.

Patientens ansvar vid flytt av vårdbegäran/remiss eller operationsunderlag

- Patienten kontaktar själv den nya vårdgivaren för att säkerställa att de kan ta emot och att vårdbegäran/remissen är lämplig att flytta.
- Patienten ska själv kontakta nuvarande vårdgivare för att säkerställa att vårdbegäran/remissen, eventuella journalhandlingar och röntgen/undersökningar översänds till den nya vårdgivaren.
- Om patienten står på någon av regionens planeringslistor ska patienten kontakta nuvarande vårdgivare för att strykas från planeringslistan.
- Om betalningsförbindelse krävs ska patienten förvissa sig om att den är utfärdad innan datumet för planerat besök respektive operation/behandling.
- Patienten kan inte få ersättning för vårdavgifter i efterhand. Patienten betalar patient- och egenavgifter som gäller i den region patienten söker vård i. VGR:s regler för högkostnadsskydd i öppen hälso- och sjukvård gäller.

Vårdgivarens ansvar vid flytt av vårdbegäran/remiss eller operationsunderlag på patientens begäran

- Patienten stryks från planeringslista/operationskö.
- Planeringslista: Vårdbegäran/remissen skickas till den nya vårdgivaren och det dokumenteras att det är på patientens begäran. Registrera “eget val” i patientadministrativt system.
- Operationskö: Underlag som journalanteckningar och röntgen/undersökningar skickas till patientens val av sjukhus med information om att det är patientens egna val.

- Betalningsförbindelse utfärdas om det krävs.
- Besked lämnas till inremitterande.
- Förvaltningens organisation avgör vem som ansvarar för att administrera ovan.

Terminologi

Avtal/kontrakt	Formaliserad överenskommelse mellan två eller flera parter. För mer information om uppdrag och avtal, se Vårdgivarwebben.
Betalningsförbindelse	I förväg utfärdat underlag för att vårdgivaren ska kunna fakturera.
Hemregion	Den region där en patient är folkbokförd vid vårdens inledning, enligt Riksavtalet för utomlänsvård. Personer med skyddad folkbokföring, enligt folkbokföringslagen (1991:481), ska hanteras på samma sätt som folkbokförda i en region.
Högspecialiserad vård	Högspecialiserad vård definieras som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som är komplex eller sällan förekommande och som kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens och i förekommande fall stora investeringar eller medför höga kostnader. Högspecialiserad vård delas in i regional och nationell högspecialiserad vård: • Regional högspecialiserad vård ska bedrivas i sjukvårdsregionerna men på ett begränsat antal enheter i respektive region. • Nationell högspecialiserad vård ska bedrivas nationellt men inte i varje sjukvårdsregion.
Länssjukvård	Specialiserad vård som inte är högspecialiserad vård. Kan utföras på flera eller enstaka sjukhus i sjukvårdsregionen.
Medicinskt orsakad väntan	Medicinskt orsakad väntan uppstår när vårdpersonal bedömer att patientens tillstånd, av medicinska skäl, gör det omöjligt att genomföra planerat förstabesök, undersökning eller behandling inom vårdgarantins tidsgräns.
Patientvald väntan	Patientvald väntan innebär att patienten, efter att ha fått information om sina rättigheter enligt vårdgarantin och möjligheten att välja vårdgivare med kortare väntetid, aktivt väljer att avstå från vård inom vårdgarantins tidsgräns.
Vårdbegäran/remiss	Handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient. Är en del av patientjournalen och ska signeras.
Specialistvårdsremiss	Utfärdas när en patient är i behov av specialistvård eller ny medicinsk bedömning i en annan region. Måste utfärdas av en offentlig förvaltning inom specialistvård och kompletteras med en betalningsförbindelse för att klargöra kostnadsansvaret. Kan utfärdas för vårdnivåerna länssjukvård, regional och nationell högspecialiserad vård.

Kontaktinformation för patienter - vårdgaranti och valfrihet

Vårdgaranti
Patienten ska i första hand vända sig till mottagningen på det sjukhus där hen väntar eller till sjukhusets kontaktfunktion, knappval 1 på telefon 020 – 44 55 55. Patienten har även möjlighet att vända sig till den regionala funktionen Vårdgarantiservice, knappval 3 på telefon 020 – 44 55 55. Vårdgarantiservice och samtliga mottagningar finns även tillgängliga via 1177 e-tjänster.

Valfrihet
Patienten ska i första hand vända sig till kontaktfunktionen i det område där hen är folkbokförd, knappval 2 på telefon 020 – 44 55 55. Patienten har även möjlighet att vända sig till den regionala funktionen Vårdgarantiservice, knappval 3 på telefon 020 – 44 55 55. Vårdgarantiservice och samtliga mottagningar finns även tillgängliga via 1177 e-tjänster.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Telefon: 020 - 44 55 55

E-post: vardgaranti.su@vgregion.se och valfrihet.su@vgregion.se

Sjukhusen i väster

Telefon: 020 - 44 55 55

E-post: sjukhusenivaster@vgregion.se

NU- sjukvården

Telefon: 020 - 44 55 55

E-post: nusjukv.kansli@vgregion.se

Skaraborgs Sjukhus

Telefon: 020 - 44 55 55

E-post: skas@vgregion.se

Södra Älvsborgs Sjukhus

Telefon: 020 - 44 55 55

E-post: sas@vgregion.se

Vårdgarantiservice

Telefon: 020 - 44 55 55

E-post: koncernkontoret.vardgarantiservice@vgregion.se

Undvik att skicka känsliga personuppgifter, hälsouppgifter eller andra sekretessreglerade uppgifter via e-post. Använd i stället säkra tjänster som 1177 e-tjänster när du behöver kontakta Västra Götalandsregionen i ärenden som innehåller sådana uppgifter.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Anna Franklin, (annha220), Avdelningschef

Granskad av: Anna Franklin, (annha220), Avdelningschef

Godkänd av: Levi Siljemyr, (levsi1), Direktör

Dokument-ID: OSN11757-1980785390-10

Version: 17.0

Giltig från: 2026-09-04

Giltig till: 2028-09-04