

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Anna Franklin, (annha220), Regionutvecklare

Granskad av: Anna Franklin, (annha220), Regionutvecklare

Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Giltig från: 2025-03-07

Giltig till: 2027-03-07

Vårdgaranti och valfrihet i vården 2025:1

En handbok för dig som arbetar i
Västra Götalandsregionen

Innehållsförteckning

Inledning	3
Vårdgaranti 2025:1	4
Valfrihet 2025:1	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 2025:1

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.

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. 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.

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. Den offentliga och den offentligt finansierade vården samt enskilda yrkesutövare ska ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin. Uppgifter om väntetider ska rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen.

Nationell och regional vårdgaranti

0 dagar	Vårdcentralen där patienten är listad ska erbjuda kontakt samma arbetsdag 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 arbetsdagar 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 arbetsdagar. 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 ungdomspsykiatriin 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 ungdomspsykiatriin 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 ungdomspsykiatriin 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 vuxenpsykiatriin 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 vuxenpsykiatriin, se Elvis-manual och RMR .	Nationell vårdgaranti

Vårdprofessioner som omfattas av vårdgarantin

För samtliga legitimerade vårdprofessioner inom **specialistsjukvården** gäller vårdgarantin till förstabesök och den beslutade behandlingen/operationen samt för vissa utredningar.

För samtliga legitimerade vårdprofessioner inom **primärvården** gäller att kontakt ska erbjudas samma dag som patienten söker och att en medicinsk bedömning ska göras inom 3 arbetsdagar. I det som i vården kallas primärvård 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.

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 cortisoninjektioner, 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 landets gränser.
- Utprovning av hjälpmedel förutom utprovning av hörapparat.
- Vård hos en 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 dokumenteras i patientens journal.

Rutinerna för tillämpning av vårdgarantin utgår från SKR:s Riktlinjer för avvikeleregistrering 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 avvikeleregistrering 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)

PvV ska inte registreras:

- När en patient erbjudits förstabesök eller behandling inom garantitiden men uttryckligen meddelar att man inte vill eller kan komma inom garantitiden. Patienten avaktiveras från aktuell planeringslista och vårdbegäran/remissen återsänds till remittent. Om det avser operation/behandling avregistreras patienten från planeringslistan i avvaktan på att patienten hör av sig för en ny bedömning. Det är viktigt att ovan dokumenteras i journal och att patienten får skriftlig information.

PvV ska registreras:

- När vårdgivaren inte kan erbjuda vård inom garantitiden och det tydligt framgår på vårdbegäran/remissen, eller på annat sätt, att patienten inte vill få vård hos annan vårdgivare.
- När en patient vill träffa en särskild läkare trots att väntetiden överstiger tidsgränsen.
- När en patient vid bokning på webben väljer en tid bortom garantitiden, trots att lediga tider finns inom tidsgränsen.
- När en patient uteblir från överenskommen tid och hör av sig för ny tid bortom garantitiden, trots att lediga tider finns inom tidsgränsen.

Mer information om PvV samt registrering avseende primärvården finns på följande länk:
[Riktlinjer för avvikeleregistrering 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)

- MoV innebär att när en patient drabbas av akut sjukdom eller skada och där hälso- och sjukvårdspersonalen bedömer att väntetiden blir avsevärt längre, avaktiveras patienten från aktuell planeringslista. Det innebär att väntetiden stannar även om patienten står kvar på planeringslistan. När patient/närstående hör av sig och hälsoproblemet är löst enligt bedömning av läkare, aktiveras patienten åter på planeringslistan och väntetiden fortsätter. Den tidigare beteckningen för medicinska skäl, MeS, används inte längre och ska inte användas vid registrering.
- Förberedande provtagning, utredning och undersökning inför förstabesök, undersökning eller behandling räknas inte som medicinskt orsakad väntan, MoV. Patienten är inte färdigutredd och ska därmed inte sättas upp på någon planeringslista.

Mer information om MoV samt registrering avseende primärvården finns på följande länk:
[Riktlinjer för avvikeleregistrering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen.](#)

Användbara länkar

[Informationsbroschyr om vårdgaranti och valfrihet i Västra Götalandsregionen](#)

[Riktlinjer för avvikelshantering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen](#)

[Socialstyrelsens termbank för vård och omsorg](#)

[Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral](#)

[Krav- och kvalitetsbok Vårdval Rehab](#)

[Regional medicinsk riktlinje för remiss inom hälso- och sjukvård i Västra Götaland](#)

[Väntetider i vården](#)

[Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\)](#)

[Hälso- och sjukvårdsförordning \(2017:80\)](#)

[Patientlag \(2014:821\)](#)

Valfrihet 2025:1

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.

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. För avtal tecknade innan 2015-01-01, gäller att det i avtalen framgår att de är tillgängliga för folkbokförda i VGR.
- 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 söka vård i annat EU/EES-land. Om en patient önskar få vård inom EU ska patienten själv lämna in ansökan till Försäkringskassan och bifoga relevanta medicinska handlingar. Det är Försäkringskassan som fattar beslut om planerad vård i andra EU/EES-länder samt i Schweiz och Turkiet. Resor och uppehälle står patienten själv för. Vid ett förhandstillstånd behöver man bara betala den patientavgift som gäller i vårdlandet. Övriga vårdkostnader regleras mellan Försäkringskassan och den behöriga myndigheten i vårdlandet.

Mer information finns på följande länk: [Planerad vård utomlands](#).

Hjälpmedel

Valfrihet gäller för hjälpmedel som ingår i det dagliga livet samt hjälpmedel för vård och behandling inklusive förbrukningsartiklar.

För att personer med funktionsnedsättning ska få sina behov tillgodosedda vid besök i annan region, kan en vårdregion förskriva och utlämna hjälpmedel till en utomregional patient vid besök i regionen, om kostnaden understiger 10 000 kronor.

Hjälpmedlet bekostas av hemregionen. Vårdregionen tillämpar sitt regelverk.

Om kostnaden uppgår till mer än 10 000 kronor ska hjälpmedel förskrivas i samråd med hemregionen, för att vårdregionen ska ha rätt till ersättning.

Om ett hjälpmedel kräver någon form av installation, avancerad service och underhåll som kräver produktspecifik kompetens eller måste anpassas till berörd persons bostadsförhållande ska det förskrivas och betalas av personens hemregion. Vid uthyrning av hjälpmedel kan det finnas lokala variationer.

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 **sluten** specialistvård **inom VGR** krävs ingen betalningsförbindelse.
 - För **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** krävs ingen betalningsförbindelse. Patientens hemregion ska kontaktas så snart det är möjligt, dock senast inom en vecka efter inskrivning. Efter att kontakt tagits från vårdande region, och det dokumenterats i journal, ska betalningsförbindelse alltid skrivas från vårddag 1 och för hela vårdtillfället.

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 utomlänssremisser](#).

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 vården i efterhand. Detsamma gäller om den privata vårdgivaren 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 våldsökande hanteras av valfrihetssamordnare.

För mer information ”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.
Medicinskt orsakad väntan	Patient som väntar på planeringslista men där patientens hälsotillstånd av medicinska orsaker gör att besöket/behandlingen inte kan genomföras.
Nationell högspecialiserad vård	Vård som samordnas på nationell nivå. Offentligt finansierad vård som bedrivs vid som mest fem enheter i landet och där endast ett fåtal vårdgivare kan uppfylla kraven på kompetens, tillgänglighet och arbete i multidisciplinära och multiprofessionella team. Ersätter tidigare begreppet Rikssjukvård.
Patientvald väntan	Patient som har väntat längre än vad vårdgarantins tidsgränser anger. Patienten är informerad och har aktivt avstått erbjuden tid för vård inom vårdgarantins tidsgräns. En medicinsk bedömning ska göras med jämna mellanrum och det är viktigt att verksamheten har rutiner för det.
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.
Regional högspecialiserad vård	Vård som samordnas på sjukvårdsregional nivå och har ansvar för särskilt komplicerade eller sällsynta sjukdomar och skador. Vården bedrivs vid Sveriges sju regionsjukhus. Ersätter tidigare begreppet regionsjukvård.
Specialistvårdsremiss	Utfärdas när en patient är i behov av specialistvård eller ny medicinsk bedömning i en annan region. Specialistvårdsremissen måste utfärdas av en offentlig förvaltning inom specialistvård och kompletteras med en betalningsförbindelse för att klargöra kostnadsansvaret.

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

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Anna Franklin, (annha220), Regionutvecklare

Granskad av: Anna Franklin, (annha220), Regionutvecklare

Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Dokument-ID: OSN11757-1980785390-10

Version: 9.0

Giltig från: 2025-03-07

Giltig till: 2027-03-07