

# En ny och stärkt vårdgaranti

Elisabet Lann, sjukvårdsminister  
Anna Nergårdh, särskild utredare

17 juni 2026



# Förbättrad tillgänglighet och vårdkapacitet

## Vårdköerna minskar

- Över 55 000 färre personer har väntat längre än 90 dagar  
(april 2026 jämfört med oktober 2022, säsongsjusterad data exklusive regioner som byter journalsystem)
- Minskning med 36 procent

## Vårdplatserna ökar

- För första gången på fyra år ökar antalet vårdplatser
- Bristen minskar, från 12,3 procent förra året till 7,6 procent i år
- Somatiska vårdplatser har ökat med 529 platser
- Behovet har minskat med 145 platser



# En ny och stärkt vårdgaranti

- 23 maj 2024: En särskild utredare ska analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti inom specialiserad vård
  - Den ska utgå ifrån patientens behov och med väsentligt kortare tidsgränser än idag
  - Patientens möjlighet att välja utförare i den offentligt finansierade vården i hela landet ska stärkas.
- 31 oktober 2025: Utredningen ges tilläggsdirektiv med uppdrag att bland annat:
  - Föreslå ekonomiska sanktioner
  - Föreslå system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården



# Behovsstyrd vård SOU 2026:38

Särskild utredare Anna Nergårdh  
17 juni 2026

# Om direktiv och arbetssätt

Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet  
(Dir 2024:50)

- Direktiven beslutade maj 2024
- Första leverans (pm om statliga engångsinsatser) januari 2025
- Utredningen lämnar slutbetänkande juni 2026

Arbete tillsammans med expertgrupp och fyra referensgrupper med representation från patientperspektiv, medarbetarperspektiv (fackliga organisationer), för huvudmännen (regionerna) samt privata och idéburna vårdgivare.



# Utredningens uppdrag

- En vårdgaranti inom den specialiserade vården som utgår från patientens behov och med väsentligt kortare tidsgränser än idag – ”störst behov ska ges företräde”
- Föreslå hur huvudmän och vårdgivare kan få bättre förutsättningar att uppfylla vårdgarantin och följa patientlagen
- Visa på åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen i de fall vårdgarantin och patientlagen inte följs (inklusive vite)
- Föreslå hur en förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin och patientlagen ska utformas som har fokus både på lärande och ansvarsutkrävande
- Särskilt belysa området barn och unga med psykisk ohälsa ur tillgänglighetsperspektiv
- Föreslå hur kontinuiteten inom den specialiserade vården kan förbättras, samt belysa rörlighet inom sluten specialiserad vård
- Nationella principer för ersättningar och avgifter samt digital vård som inte är en integrerad del i en vårdkedja



# Hur bör en ny vårdgaranti konstrueras?



- Vad är kritiken mot tidigare konstruktion?
- Vem har störst nytta av en vårdgaranti?
- Vad är "väsentligt kortare tidsgränser"?
- Differentiering eller ej?
- I vilken utsträckning ska huvudmännens (regionernas) förutsättningar att klara vårdgarantin påverka den nya utformningen?
- Kopplingen till behovsstyrning, medicinska prioriteringar och risken för undanträngningseffekter



# Utgångspunkter för förslagen

- **En god tillgänglighet är en förtroendefråga för det offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet**
- För att en god tillgänglighet ska bli verklighet måste det prioriteras, men tillgänglighet måst också vägas mot medicinska prioriteringar och portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen
- En vårdgaranti i den specialiserade vården som harmonierar med vårdgarantin i primärvården och med omställningen till god och nära vård (möjlighet till distansbesök, främja teamarbete, personcentrering, nivåstrukturering, jämlik vård i hela landet)
- Mer lik våra grannländers vårdgaranti – omfatta fler patienter och en större del av vården
- Via uppföljningen av vårdgarantin bidra till förbättrad uppföljning av väntetider, och därmed stärkta möjligheter till datadriven kapacitetsplanering, Minska den administrativa bördan i vården.
- En vårdgaranti som stärker patientens ställning genom bättre kunskap, ökad transparens och tydlig information



# Förslag till ny konstruktion av vårdgarantin i den specialiserade vården – tidsgränser och innehåll

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

- 3 och 10 arbetsdagar, 30 och 60 kalenderdagar.
- **3 arbetsdagar:** Tidsfristen för remisshantering blir en del av vårdgarantin. Den vårdgivare som tar emot en remiss i den specialiserade vården ska inom tre arbetsdagar från det att remissen tagits emot prioritera och bedöma patientens behov av vård. I författningstexten uttrycks detta som att vårdgivaren ska granska remissen. Patienten ska inom samma tidsram få besked om att remissen har tagits emot. Det senare är en del av informationsgarantin nedan. Regleringen är ny.
- **10 arbetsdagar:** En informationsgaranti för patienten införs och blir en del av vårdgarantin. Samma vårdgivare som ovan ska inom tio arbetsdagar från det att remissen har tagits emot informera patienten om när den medicinska bedömningen kommer att ske. Regleringen är ny.

- **30 dagar:** Patienten ska få en medicinsk bedömning inom 30 dagar, räknat från den dag då remissen har tagits emot i den specialiserade vården. Eventuella utredande åtgärder som behövs för att kunna göra bedömningen ska göras inom tidsramen, exempelvis provtagning. Denna bedömningsgaranti ersätter dagens besöksgaranti (på 90 dagar).
- **60 dagar:** Patienten ska få sin planerade vård inom 60 dagar, räknat från den dag då vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården. Det kan till exempel handla om fysiska besök, utredande åtgärder eller en operation som ska göras inom tidsramen. Denna garanti för planerad vård ersätter dagens behandlingsgaranti (på 90 dagar). För BUP föreslår vi en särskild reglering om 30 dagar till planerad vård (se vidare i kapitel 8).

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



# Skillnaderna mot dagens vårdgaranti blir många

- Remisshantering omfattas av lag – mer lika i hela landet
- Innehållet i remisserna kopplas till nationella riktlinjer och kunskapsstyrningen. Vid remissgranskning sker redan idag en viktig medicinsk prioritering, som nu tydliggörs.
- Patientens rätt till information stärks
- Den medicinska bedömningen (första kontakten mellan patienten och den specialiserade vården efter att remiss skickats) kan se ske fysiskt eller digitalt och kan tydligt utföras av samtliga legitimerade professioner
- Alla patienter ska erhålla en medicinsk bedömning inom 30 dagar
- Tidsgränserna kortas från 90+90 till 30+60 dagar (+60+60+...om flera åtgärder ska göras vid t ex komplexa och långvariga tillstånd – en garanti för planerad vård)
- Undersökningar, prover, röntgen mm ingår i båda delarna av vårdgarantin

Återbesök omfattas av vårdgarantin

# Förslag för att stärka regionernas ansvar för god tillgänglighet

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

## Förslag

Regionen ska planera och organisera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet.

Ändringen berör 7 kap. 2 § HSL.

## Förslag

Regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när regionen bedömer att vårdgarantins tidsgräns för medicinsk bedömning eller planerad vård inte kommer att uppfyllas. Det ska ske inom garantins gränser och utan extra kostnad för patienten.

Ändringen berör 2 kap. 4 § patientlagen och 9 kap. 2 § HSL.



# Den förstärkta vårdgarantin för BUP föreslås lagregleras

- En vårdgaranti med en särskild tidsgräns för planerad vård ska införas för verksamhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri
- Barn och unga ska inte behöva vänta längre än 30 dagar på planerad vård inom BUP
- Om ett beslut fattas om ytterligare vård ska den ges inom 30 dagar från beslutet

## Bedömning

Lagstiftningen om en förstärkt vårdgaranti för BUP är inte tillräcklig i sig för att lösa problemet med långa väntetider. Arbetet med att erbjuda barn och unga tidiga och stegvisa insatser bör fortsätta och stärkas. På sikt kan detta minska risken för förvärrade besvär och därmed behovet av specialiserad vård.

# Uppföljning av den nya vårdgarantin i urval - bedömningar

- Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp efterlevnaden av den nya vårdgarantin. I uppdraget bör det ingå att utreda och definiera de uppgifter som ska rapporteras in till patientregistret samt att arbeta för en enhetlig tolkning av begrepp och definitioner.
- E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen bör fortsätta arbetet med att utveckla en nationell vårdförmedling. Uppföljning av väntetider behöver utvecklas för att snabbt kunna ge en aktuell bild av väntetider, till exempel för nationell vårdförmedling.



# Om tillsyn och vite - förslag

## Förslag

Om IVO finner att informationsgarantin i vårdgarantin eller informationsskyldigheten i patientlagen inte fullgörs får inspektionen förelägga vårdgivaren eller regionen i egenskap av huvudman att avhjälpa bristen. Föreläggandet får förenas med vite. En möjlighet att överklaga IVO:s beslut införs.

Ändringarna berör 7 kap. 25 § och 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen. En ny bestämmelse införs i 7 kap. 23 b § patientsäkerhetslagen.

**I patientlagen samlas patientens rättigheter sedan införandet 2015. För första gången föreslås nu patientlagen kopplas till vite om regionen inte uppfyller sina skyldigheter. Patientlagen, som ofta kallats tandlös, blir därmed en mer kraftfull lagstiftning.**



Om risken för undanträngning: hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf och prioriteringsplattformen gäller alltid i första hand, och är ett gemensamt ansvar för alla i hälso- och sjukvårdssystemet!

### **Bedömning**

Regeringen bör ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en utvärdering av konsekvenserna av den nya vårdgarantin ur ett patientperspektiv.

I utvärderingen bör särskilt fokus läggas vid de nya tidsgränserna, informationsgarantin och om det uppstått några undanträngnings-effekter.



# Är en ny vårdgaranti möjlig att uppfylla?

- Förbättrad kapacitetsplanering hos regionerna med stöd av Socialstyrelsens pågående uppdrag. Fortsatt arbete med Kloka Kliniska Val. Rätt insats på rätt plats vid rätt tid i enlighet med nationella riktlinjer och kunskapsunderlag!
- Förbättrad samverkan; inom en region, mellan regioner, inom sjukvårdsregioner, med de aktörer regionen har avtal med, via vårdgarantikanslier, vårdlotsar samt via arbetet med nationell vårdförmedling hos Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten
- Förslaget ikraftträdande så förberedelsetid finns (för förslagen om ny vårdgaranti 1 juli 2028)
- Statens stödjande roll – ekonomiskt tillskott för att förbereda införandet av en ny vårdgaranti
- Uppföljning och tillsyn av vårdgarantin, men också uppföljning av vårdgarantins konstruktion för att säkerställa att intentionen uppfylls (fokus minimera undanträngning)



# Statens stödjande roll

## Förslag

Regionerna bör få ett tillskott av medel under åren 2027, 2028 och 2029 för att hantera de tillfälliga kostnader som uppstår i omställningen till en vårdgaranti med kortare tidsgränser. Tillskottet bör även kunna användas för omställningsarbetet som rör BUP.



# Övriga uppdrag enligt direktiven

- Patientens möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad vård i hela landet ska även omfatta sluten vård. Hemregionen får ställa krav på att sluten vård i en annan region ska godkännas av hemregionen innan den svarar för kostnaderna.
- Kontinuitet: det finns inget motsatsförhållande mellan fast vårdkontakt och fast läkarkontakt. Det ska förtydligas i lagstiftningen att vid valet av fast vårdkontakt ska hänsyn tas till patientens behov samt till patientens önskemål om vem som ska utses.
- Uppföljningen av hur det står till med kontinuiteten inom specialiserad vård är bristfällig och behöver stärkas



# Nationella principer för ersättningar och avgifter, bedömningar

Vi lämnar inledningsvis ett antal bedömningar som syftar till att lägga grunden för ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården.

- Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med regionerna inrätta en funktion för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården. Funktionen ska ägna sig åt uppföljning, utveckling, lärande och samordning av ersättningar och avgifter.
- Regionerna bör enas om enhetliga avgifter inom hälso- och sjukvården. Detta bör ske med utgångspunkt i målet om vård på lika villkor. En enhetlig avgift bör till en början införas för alla medicinska bedömningar i primärvården. Även avgifter för hjälpmedel bör vara ett prioriterat område att ta sig an.
- Regeringen bör tillsätta en utredning om hur kostnader kopplade till hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning kan ingå i ett högkostnadsskydd för den öppna vården.



# Bakgrund till nuvarande system för digital utomlänsvård

Krav på obligatoriskt vårdval i regionernas primärvård införs i HSL 2010. Alla leverantörer som uppfyller kraven i förfrågningsunderlagen godkänns. Uppdraget får fullgöras med hjälp av underleverantörer.

Patientlagen träder i kraft 2015. Patienter får möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård i hela landet.

Riksavtalet för utomlänsvård reglerar hur vårdregionen ska ersättas av hemregionen när en region ger vård till en patient från en annan region (överenskommelse mellan regionerna).

## Nuvarande system för digitala utomlänsvård.

Bekostas av de resurser som avser primärvård, men utan möjligheter till styrning och kontroll av ansvarig huvudman/region.



# Utgångspunkter för förslagen

- Det bör inte finnas offentligt finansierad digital vård helt utanför ordinarie vårdkedjor
- Digital vård skiljer sig i vissa delar från fysisk vård, och därför kan särskild reglering behövas för att åstadkomma integrering med övriga hälso- och sjukvårdssystemet
- Digital vård måste vara integrerad med övrig behovsstyrning (samt kostnadseffektiv och kvalitetssäkrad i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen)



# Målsättning med förslagen

- Öka användandet och stödja utvecklingen av digital vård/distanskontakter på ett ansvarsfullt sätt
- Ta höjd för en framtida utveckling av distanskontakter även inom slutenvård
- Stabila och kända förhållanden för alla aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet
- Behålla patientens möjlighet att välja utförare av vård, men också regionens rådighet som huvudman



# Förslag till lagreglering

Vi lämnar även ett antal förslag som syftar till att skapa förutsättningar för att all offentligt finansierad digital vård ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvården. Förslagen innebär att

- En definition av begreppet distanskontakt ska införas i HSL.
- Det förtydligas att regionen ska erbjuda den som omfattas av 8 kap. 1 eller 2 § HSL möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten får avstå ett sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.
- Patientens val av utförare av offentligt finansierad öppen och sluten vård ska inte omfatta utomlänsvård som endast ges genom distanskontakt.
- Regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inte omfatta vård som endast ges genom distanskontakt.

Förslagen innebär sammantaget att möjligheten att erbjuda offentligt finansierad digital vård till invånare i hela Sverige baserat på ett avtal i en enskild region försvinner. För att kunna erbjuda vård som enbart ges genom distanskontakt till patienter i en viss region behöver privata aktörer ha ett avtal som leverantör eller underleverantör till just den regionen.



# Bedömningar (för att lagstiftning inte löser allt!)

- Regionerna bör besluta om förändringar i riksavtalet i det som gäller vård genom distanskontakter. Ett nytt krav bör införas om att distanskontakter för utomlänspatienter – inom såväl primärvård som specialiserad vård – ska föregås av minst en fysisk kontakt för samma behov för att vara ersättningsberättigade.
- Den separata ersättningen för distanskontakter i primärvården bör utgå. Ersättningar för utomlänsvård som ges via distanskontakt, som en del av en digifysisk vård, bör ersättas av hemregionen i enlighet med det som gäller den aktuella tjänsten i vårdregionens kontrakt eller överenskommelse med utföraren.



# Bedömningar för att främja utvecklingen av vård via distanskontakt

För en sammanhållen nationell uppföljning av vård via distanskontakt bör **Socialstyrelsen** få i uppdrag att ta fram stöd för hur digital vård och annan vård via distanskontakt ska kodas och beskrivas i exempelvis patientjournaler, i samband med avtalsuppföljning och vid inrapportering till olika hälsodataregister.

**Vård- och omsorgsanalys** bör få i uppdrag att följa och årligen rapportera om regionernas utbud av vård genom distanskontakt och användandet av dessa tjänster, ur ett befolkningsperspektiv.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (**SBU**) bör få i uppdrag att återkommande ta fram kunskapsöversikter för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt.

**Regeringen** bör uppmuntra och stimulera forskning kring distanskontakter och digitala tjänster.

**Regionerna** bör ställa tydliga krav på sina leverantörer och underleverantörer vad gäller dokumentation, uppföljning, anslutning till nationella gemensamma e-hälsospecifikationer, kommande krav enligt EHDS samt anslutning till Nationell patientöversikt (NPÖ).

TACK till alla som medverkat i utredningens arbete!



# En ny och stärkt vårdgaranti

Elisabet Lann, sjukvårdsminister  
Anna Nergårdh, särskild utredare

17 juni 2026

