

Avtal om vård vid läns/länsdelssjukhus inom
Sjukvårdsregion Mellansverige
2025-2028

Ett underavtal till
Avtal om samverkan i
Sjukvårdsregion Mellansverige
från den 1 januari 2021 och till vidare

Innehåll

| | |
|--|----|
| 1. Avtalets omfattning | 3 |
| 2. Utfärdande av remiss..... | 4 |
| 3. Återremittering och ställningstagande till vidareremittering utanför sjukhusen..... | 4 |
| 4. Informationsöverföring mellan regioner | 5 |
| 5. Felaktigt utförande | 5 |
| 6. Boende, sjukresor och resekostnader vid besök på sjukhusen..... | 5 |
| 7. Återföring av patient | 6 |
| 8. Registrering och redovisning av utförd vård..... | 6 |
| 9. Verksamhetsgaranti - tillgänglighet..... | 6 |
| 10. Patienttransporter..... | 7 |
| 11. Planering och uppföljning | 7 |
| 12. Pris-och ersättningsmodell..... | 8 |
| 13. Ersättning för läkarkonsultationer | 8 |
| 14. Ersättning för läkares utbildning på sjukhusen..... | 8 |
| 15. Ersättning för distanskontakter och konsultationer..... | 9 |
| 16. Betalningsvillkor - Fakturering | 10 |
| 17. Ansvar för skada på person eller sak..... | 10 |
| 18. Giltighetsperiod, uppsägning och omförhandling..... | 10 |
| 19. Kompletteringar i avtalet | 11 |
| 20. Force majeure | 11 |
| 21. Tvist..... | 11 |
| 22. Kontaktpersoner | 11 |
| 23. Underskrifter | 12 |

Bakgrund

Regionerna är, via det övergripande samverkansavtalet, ense om att det ligger ett värde i att behovet av sjukvård inom sjukvårdsregionen tillgodoses inom sjukvårdsregionen.

Regionernas ambition med vårdavtalets skrivningar är att arbeta i en anda av öppenhet och dialog, med gemensamt ansvarstagande och hög delaktighet. Samverkan konkretiseras i avtalstext och appendix som generellt syftar till att gemensamt utnyttja resurser för regionalvård, det vill säga den hälso- och sjukvård som berör flera regioner i hälso och sjukvårdsregionen.

Samverkan och gemensamt värnande om kunskapsstyrning, medicinsk samverkan, kompetensförsörjning och utbildning är områden som även regleras i det övergripande samverkansavtalet, men som i hög grad även genomsyrar skrivningarna och andan i vilket detta underavtal är framtaget.

1. Avtalets omfattning

Avtal för vård utanför universitetssjukhusen vid länsjukhus/länsdelssjukhus, inklusive tillhörande tjänster som utbildning och konsultationer. Med "sjukhus" avses länsjukhus/länsdelssjukhus inom hälso och sjukvårdsregionen. Länsjukvård vid Lasarettet i Enköping inkluderas i detta avtal.

Med "vård" avses i detta sammanhang elektiv och akut sjukvård, såväl öppen som sluten vård inom sjukhusens vårdutbud.

Nationell högspecialiserad vård ingår inte i detta avtal utan hanteras enligt nationella riktlinjer.

Två typer av vård hanteras i detta avtal.

1. Vård mellan regionerna där det finns en överenskommen volym över tid.
2. Vård mellan regionerna där man använder varandras överkapacitet på kort sikt.

Förändringar i vårdutbud skall kommuniceras till vårdavtalsgruppen, som sedan informerar internt inom respektive region.

Med "region" och "regioner" avses i detta avtal Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Örebro län, Region Värmland, Region Sörmland, Region Västmanland samt Region Uppsala.

Avtalet omfattar invånare som respektive region har ansvar för enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

Syftet är att tillgodose behovet av vård i en för patienten tydlig diagnostisk och terapeutisk vårdkedja med ett optimalt omhändertagande.

I enlighet med riksavtal och patientlag har patient rätt att själva fritt söka öppen specialiserad vård hos vårdgivare. Även denna vård omfattas av detta avtal och med samma villkor som typ 2 ovan.

2. Utfärdande av remiss

Respektive region fastställer vem eller vilka som äger rätt att remittera till vård enligt avtalet och ansvarar för att remiss innehåller adekvata uppgifter för att sjukhusen skall kunna bedriva en högkvalitativ och kostnadseffektiv vård. Remitterande regioner ansvarar för att remiss endast utfärdas av behörig remittent samt att remissen är korrekt och tillräckligt ifylld.

Remittenten ansvarar för att tydligt beskriva omfattning och begränsning av den vård som önskas utförd och även i förekommande fall beskriva om patienten remitteras ingående i ett standardiserat vårdförlopp (SVF). Sjukhuset (remissmottagaren) i sin tur ansvarar för att leverera den vård som är beställd utifrån underlaget i remissen och i förekommande fall följa riktlinjer kring, dokumentera och koda i sina system för SVF. Remissen utgör en vårdbegäran och betalningsförbindelse som gäller för vård vid samtliga enheter inom sjukhuset som bedöms nödvändiga för vård av det remitterade tillståndet/diagnosen.

Akuta patienter, kan vårdas utan remiss, muntlig och journaldokumenterad överenskommelse räcker.

Vårdgivande sjukhus utser patientansvarig läkare för vårdtillfället och den utsedde läkaren svarar för kontakterna med remitterande läkare. Patientansvarig läkare dokumenteras i journal och framgår även tydligt i epikris/remissvar. Remiss för vård kan gälla enbart öppen vård eller både öppen och slutna vård. Remiss gäller generellt under ett (1) år om inget annat avtalas/anges på remiss.

I frågor om definition av hemregioner, akutvård, tekniska hjälpmedel samt transporter och resor skall riksavtalets regler gälla.

3. Återremittering och ställningstagande till vidareremittering utanför sjukhusen

Om sjukhusen utifrån mottagen remiss bedömer att vården som tillståndet kräver inte finns inom sjukhusets utbud skall detta meddelas remitterande läkare via remissvar. Ställningstagande till vidare remittering till annan vårdgivare med anledning av detta görs av hemregionerna.

4. Informationsöverföring mellan regioner

Remittentens beställning är kopplad till patientens tillstånd vid remitteringstillfället. Om en förändring/utveckling av patientens tillstånd och därmed uppkommet påtagligt vårdbehov sker under sjukhustiden och det beror på tillstötande oväntade kostnadskrävande komplikationer skall detta snarast kommuniceras med remittenten/ansvarig på remitterande klinik för att full ekonomisk ersättning skall utgå. Kontakten skall ömsesidigt dokumenteras och framgå av epikris vid fakturering.

När sjukhuset anser att medicinska åtgärder krävs, utöver de som den medicinska frågeställningen som remissen avser, ska ny remiss för den nya frågeställningen/åtgärden efterfrågas snarast från regionen. Akuta tillstånd är undantagna.

Sjukhusen skall skicka snar remissbekräftelse såväl till patient som remittent med uppgift om när vården beräknas starta. Patienten skall löpande informeras och göras delaktig i sin vård och vid avslutande av vården skall patienten få såväl skriftlig som muntlig information om given vård och behandling och vem som är ansvarig för fortsatt planerad vård liksom erhålla skriftlig aktuell medicinlista efter genomförd enkel läkemedelsgenomgång.

Sjukhusen ska löpande, till remitterande enhet i regionerna, överföra information gällande enskild patient under vårdprocessen.

För särskilt kostbara och omfattande/långvariga vårdepisoder överstigande 3 mkr ska sjukhusen löpande hålla regionerna informerade om upplupna vårdkostnader månadsvis. Informationen skickas till respektive regions representant i ekonomigruppen.

5. Felaktigt utförande

Om sjukhusen utför avtalade tjänster på ett felaktigt sätt och detta medför en vårdskada fastställd av chefsläkare eller IVO där vårdskada i sin tur medför ett utökat vårdbehov, har regionen rätt att begära att sjukhusen fullgör tjänsterna och står för kostnaden som kommer av skadan.

Samråd mellan sjukhusen och remitterande klinik i hemregionen skall göras innan ny vårdgivare anlitas i de fall vård hos annan vårdgivare behövs som följd av uppkommen vårdskada. Kostnaden för vård hos annan vårdgivare sker på sjukhusets bekostnad.

Angående eventuella krav från patient som extra resekostnader, förlorad arbetsinkomst mm sker ersättning på basis av respektive sjukhus regelverk.

6. Boende, sjukresor och resekostnader vid besök på sjukhusen

Sjukvårdsregionens gemensamt framtagna direktiv och rutin för sjukresor respektive resekostnader ska följas.

Sjukvårdsregionens gemensamt framtagna direktiv kring tillämpning av bokning av patienthotell ska följas.

7. Återföring av patient

Efter utförd vård skall patienten, så snart det är möjligt med hänsyn till hälsotillståndet, återföras till hemregionen. Grunden för återföring är när den del av vårdperioden, där sjukhusens specifika kompetens behövs, är avslutad och där fortsatt vård och behandling kan ske på berörd vårdenhet inom hemregionen. Rutiner för detta ska hanteras genom dialog på verksamhetsnivå.

Hemregionen skall i löpande dialog med sjukhuset alltid ta ställning till var uppföljning och kontroll skall ske. I normalfallet sker uppföljning och kontroll i hemregionen och planen för detta skall tydligt framgå i epikris och informeras till patient vid avslutad vård.

8. Registrering och redovisning av utförd vård

Sjukhusen ska registrera koder i enlighet med överenskomna riktlinjer, exempelvis för standardiserade vårdförlopp, för att säkerställa god uppföljning.

Efter avslutad vård, på sjukhus, sänds epikris/remissvar till remittenten.

Om patienten återförs till regionens vårdinrättningar för fortsatt vård skall sjukhusen kontakta mottagande enhet före återförandet och epikris alternativt annan för den fortsatta vården adekvat medicinsk information ska medfölja patienten. Epikris/remissvar i övriga fall översändes senast fem (5) arbetsdagar efter utskrivning.

9. Verksamhetsgaranti- tillgänglighet

Giltigt för vårdtyp 1 enligt punkt 1.

Verksamhetsgarantin avser patienter som remitterats till sjukhusen för vård inom ramen för sjukhusens vårdutbud, samt volym enligt gemensam produktionsplanering inom hela sjukvårdsregionen. Om gemensam produktionsplanering saknas används volymläkningar enligt senaste två årens genomsnittliga volym (antal). En avvikelse på +/- 5% på avtalad volym, för respektive region enligt produktionsplaneringen, bedöms ligga inom ramen för normal variation. Förändringar i volymer, som avviker mer än +/- 5 %, ska kommuniceras med sjukhusen i den gemensamma produktionsplaneringen, och sker alltid efter särskild överenskommelse.

Sjukhusens kostnadsansvar och tillgänglighetsåtagande hos annan vårdgivare gäller för den överenskomna volymen enligt vårdtyp 1 i punkt 1, om inte särskild överenskommelse sluts angående detta.

Regionernas patienter skall erhålla behandling/vård inom av medicinska skäl motiverad tid. Med produktionsplaneringen som grund skall regionerna och sjukhusen tillse att tillgängligheten uppfylls enligt följande:

- Akuta fall: Genast
- Medicinskt prioriterade fall: Inom 1 månad
- Oprioriterade fall: Inom 3 månader (eller enligt lagreglerad vårdgaranti)

Om överenskommelser mellan verksamheterna, nationella, regionala vårdprogram eller standardiserade vårdförlopp stipulerar andra väntetider har detta företräde mot ovan angivna tidsangivelser.

Regionerna är ense om att möjligheter att erbjuda vård inom stipulerad tid inom vissa specialiteter kan begränsas av tillgång på organ etc.

Även för lågt medicinskt prioriterade åkommor kan, efter överenskommelse, tillgänglighetskraven modifieras.

Finner sjukhusen att överenskommen tillgänglighet inte kan uppfyllas i enlighet med föreliggande avtal eller om det framstår som sannolikt att detta kommer att inträffa, skall sjukhusen utan uppskov skriftligen meddela regionerna om detta. Sjukhusen skall då i enlighet med gällande medicinska prioritering se till att remitterad patient erhåller vård hos annan vårdgivare utan merkostnader för regionerna. Ekonomisk reglering ska ske mellan sjukhusen och leverantör/annan vårdgivare.

10. Patienttransporter

I enlighet med §4 så skall i informationsöverföringen ingå en utskrivningsplanering. Där planeras utskrivning endera direkt till hemmet eller alternativt transport för fortsatt vård på hemsjukhuset. Överflyttning, permission och ambulanstransporter skall i första hand i båda fallen planeras och ske med respektive regioners egna sjuktransportfordon. Lufttransporter till och från sjukhusen får endast beställas efter godkännande av ansvarig beslutsfattare hos respektive regioner.

11. Planering och uppföljning

Planering och uppföljning ska ske mellan sjukhusen för vårdtyp 1. Regionerna strävar efter att planerings- och uppföljningsmöten mellan berörda verksamhetschefer utvecklas. Detta bör ske i dialog med respektive region och utifrån ett upplevt behov. Sjukhusen har dock alltid skyldighet att tillmötesgå begäran om information/samråd från enskilda verksamhetsområden. Det kan gälla information om vårdprogram, behandlingsprinciper, bemanning, fakturering etc.

Regionerna äger rätt till kontinuerlig insyn och uppföljning av den kliniska verksamheten. Sjukhusen skall kunna leverera eller delta i system som möjliggör denna insyn tex NPÖ. Regionerna äger även rätt att på egen bekostnad anlita extern revisor för granskning av medicinsk verksamhet och ekonomi.

12. Pris-och ersättningsmodell

Ersättningsmodell regleras beroende på vårdtyp 1 eller 2 på följande sätt,

Vårdtyp 1: Överenskommelse om ersättning görs mellan parterna baserat på de individuella volymavtalen.

Vårdtyp 2: Ersättning sker enligt Regional prislista

13. Ersättning för läkarkonsultationer

Avser läkarkonsultationer på plats fysiskt hos regionerna

Läkarkonsulter som kompetensstöd till regionernas verksamheter ersätts i enlighet med i regionala prislistan angivet belopp. Vid längre konsultationsuppdrag kan särskilt rabatterat pris enligt överenskommelse mellan specialitetsföreträdare gälla.

14. Ersättning för läkares utbildning på sjukhusen

För definitioner, tillämpning och betalnings/faktureringsvillkor rörande denna § hänvisas till tolkningsbilagan.

Överenskommelse om sidotjänstgöring bör vara upprättad mellan regionerna minst ett (1) år innan planerad sidotjänstgöringsperiod. Mottagande ansvarar för att överenskommelse om fördelning av lönekostnader under sidotjänstgöring upprättas.

Godkänd överenskommelse om sidotjänstgöring får ej återkallas. Undantag kan finnas för sådant som ej kunnat förutses och som ligger utanför regionernas kontroll, exempelvis sjukskrivning eller föräldraledighet. Sändande kan ej heller kalla hem läkaren, exempelvis för att tjänstgöra på hemorten, under den avtalade perioden under förutsättning att mottagande har följt upprättat sidotjänstgöringskontrakt.

Följande ersättningssystem gäller för sidotjänstgöring under ST och för specialistkompetenta läkare som vill höja sin kompetens inom ett specifikt område:

- Sidotjänstgöringsperiod/utbildningsperiod där ST-läkaren/specialisten inte förväntas kunna bidra till klinisk produktion ska sändande region, oavsett tjänstgöringsperiodens längd, stå för hela lönekostnaden.
 - o Tjänstgöringsperiod inom en specialitet <1 månad,
 - o Tjänstgöringsperiod som parterna är överens om är av auskultativ karaktär (*berörda specialiteter framgår av lista i tolkningsbilagan*)
- Sidotjänstgöringsperiod/utbildningsperiod **upp till 6 månader** inom en specialitet och som räknas som klinisk tjänstgöring, ska lönekostnaderna delas lika mellan sändande och mottagande från första dag. Jourersättning belastar alltid den verksamhet där jouren har genomförts.
- **Efter 6 månader** inom en specialitet står mottagande region för hela lönekostnaden i förhållande till tjänstgöringsgrad förutsatt att det är klinisk tjänstgöring.

Följande ersättningsnivå gäller:

- Lön utgår enligt ordinarie anställningsvillkor. Överenskommelsen gäller både för sändande och mottagande region.

Om läkaren har en specialislön betalar sjukhuset upp till lägst lön för befattningen specialistläkare vid sjukhuset om denna är lägre än läkarens lön i hemregionen. Överskjutande lönekostnad står sändande region för. Detta förutsatt att det avser klinisk tjänstgöring, vid tjänstgöring av auskultativ karaktär skall sändande region stå för hela lönekostnaden.

15. Ersättning för distanskontakter och konsultationer

Följande allmänna förutsättningar gäller:

Distanskontakter

- Vårdgivarkontakter på distans med patientmedverkan
 - o Ersätts enligt regionala prislistan
- Vårdkontakter på distans mellan patient och vårdgivare (digitalt/telefon/brev)
 - o Kontakter som ersätter ett ordinarie besök ersätts enligt regionala prislistan

Konsultationer

- Konsultationer (telefon, brev, elektroniskt) mellan vårdgivarna
 - o Ingår utan debitering.
- Vårdgivarkontakter på distans utan patientmedverkan, exempelvis multidisciplinära videokonferenser
 - o Ingår utan debitering
- Utredningar av mer omfattande karaktär, där remiss normalt borde skickas
 - o Ersätts enligt regionala prislistan som konsultation.

Ej kvalificerade indirekta vårdkontakter (definition enligt patientregistret) mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient ska ej debiteras.

Vid behov av tolk skall sjukhuset tillse att tolk, inklusive dövtolk, utses. Kostnaden för detta ingår i avtalade priser.

Avtalade priser skall innefatta sjukhusets arbetsgivaransvar samt försäkringsansvar mot patient, såväl mot egen som mot inhyrd personal enligt fastställt författningsenligt ansvar.

16. Betalningsvillkor - Fakturering

Faktura och vårdbilaga ska följa av SKR beslutad standard och där fakturerande och betalande region måste beakta gällande sekretessbestämmelser. Särskild fakturering (utanför vårdbilaga) sker av vissa områden, däribland medicinsk service.

Där så är tekniskt möjligt ska alla åtgärder kopplade till remitterad patient vid ett och samma vårdtillfälle faktureras samtidigt på en och samma faktura.

Fakturering skall ske löpande, med angivande av remitterande klinik hos regionerna. Utförda tjänster skall faktureras inom sex månader efter avslutad vård, därefter förfaller ersättningsrätten. Då faktura och epikris/remissvar översänts till regionerna skall efterfrågad åtgärd betraktas som utförd och avslutad. Efterdebiteringar godkänns inte. Undantag gäller om godtagbara skäl för förseningen anges, är rena korrigeringar eller beror på till sjukhusen inkommande fakturering från annan vårdgivare. Betalningsvillkor för faktura skall vara 30 dagar från fakturadatum.

Oenighet kring fakturering av enskilda vårdepisoder skall framföras inom 3 månader från fakturadatum.

Regionerna skall inte betala några expeditorsavgifter, faktureringsavgifter eller andra avgifter som pålagts av sjukhusen eller tredje part. Dessa kostnader skall vara inräknade i priset och inte föranleda särskild debitering.

17. Ansvar för skada på person eller sak

Sjukhusen skall hålla regioner skadeslösa för all skada som åsamkas regioner på grund av fel eller försummelse av sjukhusen. Detta ansvar innefattar även sjukhusens anställda, uppdragstagare, patienter och annan tredje man.

18. Giltighetsperiod, uppsägning och omförhandling

Detta avtal gäller 2025-01-01 - 2028-12-31, oaktat avtalet tecknas vid en senare tidpunkt, med möjlighet för regionerna gemensamt till förlängning ett (1) år i taget. Eventuell förlängning av avtalet ska vara skriftlig, och ske senast 6 månader före avtalets utgång.

Uppsägning av detta avtal kan ske löpande av endera region under avtalsperioden med 12 månaders uppsägningstid.

Om förutsättningarna (genom t.ex. myndighetsbeslut) för detta avtal väsentligen förändras har parterna rätt att utan iakttagande av uppsägningstid uppta förhandling om villkoren i detta avtal.

19. Kompletteringar i avtalet

Samtliga avtalshandlingar kompletterar varandra.

Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder annat, sinsemellan i följande ordning:

1. skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal
2. detta avtal med appendix

Kompletteringar, tillägg och appendix till detta avtal skall vara skriftliga och omfatta samtliga avtalsparter.

Eventuella ändringar görs lämpligen årligen i anslutning till fastställandet av de ekonomiska beräkningarna av utfallet i Appendix 1 Pris och ersättningsmodell.

20. Force majeure

Sjukhusen vidkännes och har accepterat att åtagande enligt detta avtal bl a syftar till att garantera tjänsten även i situationer av force majeurekaraktär. Sjukhusen är befriade från påföljd för underlåtenhet att fullgöra förpliktelser enligt detta avtal om underlåtenheten har sin grund i omständigheter utanför sjukhusens kontroll och som förhindrar eller allvarligt försvårar fullgörandet av förpliktelsen. Sjukhusen skall aktivt arbeta för att minska effekterna av hindret.

Så snart hindret upphört skall förpliktelsen fullgöras på avtalat sätt. Såsom befriande omständighet skall bl a anses sådana fel och brister som beror av naturkatastrof eller liknande, även som t ex arbetskonflikt, eldsvåda eller översvämning. Om sjukhusen önskar åberopa en befrielsegrund eller att en sådan har upphört, skall regionerna/regionen utan dröjsmål muntligt underrättas och på sjukhusens begäran skall regionerna/regionen skriftligen bekräfta mottagandet av underrättelsen.

21. Tvist

Regionerna skall i första hand i samförstånd söka lösa tvister som uppkommer avseende tolkningen och tillämpningen av detta avtal. I andra hand skall tvister och därmed sammanhängande rättsförhållanden avgöras av svensk domstol med tillämpning av svensk rätt om inte regionerna enas om annat förfarande.

22. Kontaktpersoner

Kontaktpersoner för detta avtal är regionernas representanter i samverkansnämndens vårdavtalsgrupp:

<https://www.sjukvardsregionmellan.se/vardavtalsgrupp/>

23. Underskrifter

Region Dalarna

Ort

(ÅÅ-MM-DD)

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Titel

Titel

Region Sörmland

Ort

(ÅÅ-MM-DD)

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Titel

Titel

Region Uppsala

Ort

(ÅÅ-MM-DD)

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Titel

Titel

Region Värmland

Ort

(ÅÅ-MM-DD)

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Titel

Titel

Region Västmanland

Ort

(ÅÅ-MM-DD)

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Titel

Titel

Region Örebro län

Ort

(ÅÅ-MM-DD)

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Titel

Titel

Region Gävleborg

Ort

(ÅÅ-MM-DD)

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Titel

Titel