

2025-04-11

Avdelningen för vård och omsorg
Emma Everitt

Regionstyrelserna

Riksavtalet för utomlänsvård

Ärendenr: SKR2025/00294

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har vid sammanträde den 11 april 2025 beslutat

att godkänna ett nytt riksavtal för utomlänsvård, med giltighetstid fr.om 1 september 2025.

att i skrivelse till regionerna rekommendera dem att godkänna och tillämpa riksavtalet för utomlänsvård (rekommendationen)

att regionerna ombeds behandla rekommendationen och inkomma med beslut om rekommendationen senast den 15 augusti.

Bakgrund

Riksavtalet för utomlänsvård är en överenskommelse mellan Sveriges regioner som innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård, såväl fysisk som via distanskontakt utanför sin hemregion eller av vårdgivare som kontrakterats av annan region.

Syftet med avtalet är att åstadkomma en effektiv samverkan mellan regionerna. Riksavtalet är en etablerad del i att främja en god samverkan regionerna emellan. Den viktigaste delen för en god samverkan är dock dialogen och informationen mellan regionerna, då riksavtalet inte är heltäckande regelverk.

Avtal kring hur utomlänsvård ska hanteras har funnits regionerna mellan sedan många år tillbaka. Den senaste versionen av riksavtal för utomlänsvård beslutades 2005.

Det nya riksavtalet för utomlänsvård gäller från 1 september 2025.
Samtidigt upphör det tidigare riksavtalet att gälla.

SKR rekommenderar regionerna att besluta om att godkänna och tillämpa
det nya riksavtalet för utomlänsvård.

Skicka regionens beslut till registrator@skr.se med hänvisning till
ärendenummer SKR2025/00294

Det nya riksavtalet för utomlänsvård finns i **bilaga 1**.

Remisshanteringspromemoria finns i **bilaga 2**.

Sveriges Kommuner och Regioner

Anders Henriksson
Ordförande

Riksavtal för utomlänsvård

Med giltighetstid fr.om 1 september 2025

Innehåll

Förord	3
Riksavtal för utomlänsvård	4
Inledning	4
Bakgrund	4
Riksavtalet, regionavtalen, mellanlänsavtalen och kontrakt med privata vårdgivare samt dess inbördes förhållande	5
1 Avtalets omfattning	6
2 Hälso- och sjukvård efter remiss från hemregionen	7
3 Akut vård samt vård av vissa patienter	8
4 Övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer	10
5 Medicinsk service	11
6 Hjälpmedel	11
7 Transporter och resor	12
8 Ersättning	13
Definitioner och begrepp som används i detta avtal	17

Förord

Riksavtalet för utomlänsvård är en överenskommelse mellan Sveriges regioner beträffande utomlänsvård. Riksavtalet innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård, såväl fysisk som via distanskontakt utanför sin hemregion eller av vårdgivare som kontrakterats av annan region.

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) beslöt i april 2025 att godkänna det nya riksavtalet, med giltighetstid fr.om 1 september 2025. Det tidigare avtalet utgår därmed. Styrelsen beslöt också att rekommendera regionerna att i sin tur godkänna och tillämpa detta avtal.

Stockholm april 2025

Johan Kaarme

Direktör Avdelningen för vård och omsorg

Riksavtal för utomlänsvård

Läsanvisning: De inledande delarna samt definitioner och beskrivningar av begrepp som återfinns sist i avtalet, utgör även de en del av avtalet och innehåller information man kan behöva för att ta till sig andra delar av avtalet.

Inledning

Riksavtalet är en överenskommelse mellan Sveriges regioner beträffande utomlänsvård och har som ansats att reglera det som inte framgår av gällande lagstiftning, regionavtal, mellanlänssavtal, eller i regionernas avtal med privata vårdgivare.

Syftet med avtalet är att åstadkomma en effektiv samverkan mellan regionerna när vård ges av annan region, och den ska ersättas av patientens hemregion. Riksavtalet är inget heltäckande regelverk och förutsätter patientfokus och tillit till andra regioners kompetens och förmåga att utföra en god och nödvändig vård. Dialog och information regionerna emellan är den främsta förutsättningen för en god samverkan.

Med sjukvård avses i riksavtalet även sådan oralkirurgisk behandling som regleras enligt 2 § tandvårdsförordningen (1998:1338).

Riksavtalet för utomlänsvård är en rekommendation som beslutades 11 april 2025 av SKR:s styrelse. Regionerna rekommenderades samtidigt att i sin tur godkänna och tillämpa avtalet, med giltighetstid från och med 1 september 2025.

Riksavtalet gäller inte mellan region och kommun eller kommuner emellan. Vid behov av vägledning finns det dock inget som hindrar att frågor mellan dessa parter ändå kan hanteras enligt riksavtalets principer.

Bakgrund

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL), och patientlagen (2014:821) fastställs grunderna för hälso- och sjukvården. Dessa lagar innehåller

bestämmelser om regionernas skyldigheter. Bland dessa kan nämnas att varje region ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i regionen.

Regionerna har enligt 8 kap. 3 § HSL en skyldighet att erbjuda öppen vård även åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av regionens vårdgaranti, men ska i övrigt ges vård på samma villkor som de egna invånarna.

Enligt 8 kap 5 § HSL får en region också erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, om regionerna kommer överens om det eller om det är fråga om nationell högspecialiserad vård. Vidare har regionerna en skyldighet att erbjuda omedelbar vård (akut vård), enligt 8 kap 4 § HSL, även åt den som vistas i regionen utan att vara bosatt där.

Av 7 kap 8 § HSL framgår att i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regionerna samverka.

I 9 kap patientlagen regleras patientens möjlighet att inom eller utom den egna regionen välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Lagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen och den ger heller inte möjlighet för en patient att välja hjälpmedel utanför sin hemregion.

Riksavtalet, regionavtalen, mellanlänsavtalen och kontrakt med privata vårdgivare samt dess inbördes förhållande

För att åstadkomma en effektiv samverkan mellan regionerna vid utomlänsvård behöver ett antal frågor lösas. Svar behöver ges på hur denna samverkan ska genomföras, hur betalning för utförda tjänster ska beräknas och hur ersättning ska utgå till vårdgivande region och till privat vårdgivare med kontrakt med region. Svaren på dessa frågor regleras inte i HSL. Dessa frågor har i stället lösts genom att utveckla riksavtalet, regionavtal inom samverkansregionerna, mellanlänsavtal och i kontrakt med privata vårdgivare.

Ett regionavtal reglerar samarbetet beträffande utomlänsvård m.m. inom respektive samverkansregion, som vid sina region- och universitetssjukhus driver högspecialiserad sjukvård såsom t.ex. neuro-, thorax- och plastikkirurgi. Inom dessa samverkansregioner upprättas också regionala prislistor, som används vid debitering av vård i egen regi för patienter från bland annat andra regioner och EES-länder. Beslut om nivåerna i en regional prislista utgår ifrån

en bedömning av skälighet och beslutsprocessen kräver en betydande öppenhet i fråga om redovisning av vårdkostnader.

I ett mellanlänsavtal regleras samarbetet mellan enskilda regioner. Dessa avtal kan avse samverkan om hälso- och sjukvård för t.ex. boende i tätortsområden, som är uppdelade på flera regioner eller där regiongränsen korsar en naturlig arbetsmarknadsregion.

Om en vårdregion omfattas av både en regional prislista och ett mellanlänsavtal med en prislista är det den regionala prislistan som gäller vid vård av en patient, som är folkbokförd i regioner med vilka mellanlänsavtalet inte är tillämpligt. Är patienten däremot folkbokförd i region där mellanlänsavtalet gäller så är det istället den prislistan som gäller.

Ett kontrakt med en privat vårdgivare reglerar samarbetet med en region och är ett skriftligt avtal med ekonomiska villkor. Kontraktet kan även innehålla andra villkor än ekonomiska. Ett kontrakt avseende öppen vård med en privat vårdgivare som en region har tecknat ska enligt punkt tre i övergångsbestämmelserna 2017:30 till HSL, vara öppet även för utomlänspatienter.

Med kontraktsslutande region avses den region som har slutit kontrakt med en privat vårdgivare. Den privata vårdgivaren är normalt belägen inom vårdregionen, men kan också vara belägen utanför det kontraktsslutande regionens geografiska område.

Riksavtalet omfattar också vårdgivare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF).

1 Avtalets omfattning

Riksavtalet har bestämmelser om vad som gäller när en person får vård, såväl fysisk som på distans av en annan region eller av vårdgivare som kontrakterats av annan än hemregionen. Avtalet omfattar vård efter remiss från hemregionen, akut- och förlossningsvård, övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer vård, medicinsk service, hjälpmedel samt transporter och resor. All fakturering ska ske enligt principerna i kapitel 8.

Riksavtalet gäller verksamhet i dessa avseenden såvida det inte regleras med avtal inom samverkansregionen eller mellanlänsavtal.

Riksavtalet förutsätter att vården är regionfinansierad och lämnas av:

- regionens egenregi oberoende av organisationsform
- kontrakterad privat vårdgivare eller en underleverantör till kontrakterad vårdgivare
- vårdgivare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

2 Hälso- och sjukvård efter remiss från hemregionen

En hemregion kan remittera en patient till en annan region för specialistvård, vård enligt den nationella vårdgarantin, för ny medicinsk bedömning, nationell högspecialiserad vård, samverkansregionsjukvård (f.d. regionsjukvård), akut vård, till följd av patientens eget val eller av andra skäl.

En patients hemregion ersätter utomlänsvård som ges efter remiss från hemregionen enligt följande bestämmelser.

2.1 Mottagande vårdenhet behöver normalt inte kontrollera att en remiss är utfärdad av en behörig remittent. Varje region fastställer vilka befattningar som har rätt att remittera patienter för hälso- och sjukvård enligt avtalet

När det finns krav på remiss i öppen vården kan remissen skickas direkt till berörd vårdgivare, oavsett om det är en privat vårdgivare eller en vårdgivare i egen regi.

Vid remiss till upphandlad privat sluten vård ska hemregionen sända remissen via berörd vårdregion, som i sin tur sänder remissen vidare till privat vårdgivare med vilken vårdregionen har ett kontrakt. Vid remiss till sluten vård i egen regi kan remissen skickas direkt till vårdgivaren.

2.2 En patient som remitterats på hemregionens initiativ kan remitteras vidare av den som är behörig att göra sådan remittering, om det gäller vård eller

åtgärder som anges i remissen. Remiss för hälso- och sjukvård i annan region gäller både öppen och sluten vård.

Om nya vårdbehov upptäcks som inte är kopplade till ursprungsremissen ska hemregionen konsulteras.

Om en vårdregion remitterar för vård eller annan tjänst till en annan region än patientens hemregion, har vårdregionen det primära betalningsansvaret. Vårdregionen fakturerar i sin tur hemregionen, som har det slutgiltiga betalningsansvaret.

2.3 Remissen, som inom ramen för detta avtal även är en betalningsförbindelse, ska innehålla uppgifter om medicinsk frågeställning och eventuella åtgärder som redan vidtagits. Remissen kan behöva kompletteras med annan medicinsk information. Remissen gäller ett år från utfärdandet om inte annat anges. Har vården som remissen avser påbörjats inom remissens giltighetstid behöver inte en ny remiss skrivas och vårdregionen ska ersättas för vården.

I de fall en remittent i hemregionen har utfärdat en remiss för en patient, som efter utfärdandet folkbokförs i en annan region, kvarstår den remitterande regionens betalningsansvar under den tid som remissen gäller. Om berörd vårdregion får kännedom om att en patient flyttat från den remitterande regionen, ska vårdregionen kontakta både den tidigare hemregionen och den nya hemregionen. Den tidigare hemregionen ges därmed möjlighet att dra tillbaka sin remiss och den nya hemregionen har att bedöma om det fortsatt finns behov av att remittera patienten för utomlänsvård.

2.4 Patient och närståendes övernattning i samband med vård i annan region beslutas och bekostas av hemregionen. När en patient själv valt vård i en annan region står patienten för kostnaderna för övernattning i samband med vården.

3 Akut vård samt vård av vissa patienter

3.1 En patients hemregion ersätter öppen och sluten akut vård inklusive återbesök och kontroller av den som under vistelse inom vårdregionen till följd av sjukdom, skada eller graviditet omedelbart behöver tas in för sluten vård eller tas om hand för öppen vård.

Efter inskrivningen av patienten ska hemregionen informeras. Vid behov ska en gemensam planering kring patienten påbörjas, tex, kring när eventuell

överföring av patienten är lämplig med hänsyn till patientens tillstånd och önskemål. Hemregionen ersätter vårdregionen för den vård som utförts.

Den som tagits emot för akut vård men behöver specialistvård som mottagande enhet inte kan ge, kan remitteras vidare utan kontakt med eller godkännande av hemregionen. Om det bedöms möjligt att remittera till hemregionen eller till vårdenhet med vilken hemregionen har avtal med så ska det göras.

3.2 En patients hemregion ersätter också vård av vissa patienter:

Den som efter myndighetsbeslut enligt nedan är placerad i en annan region än hemregionen och som till följd av sjukdom, skada eller graviditet omedelbart eller icke omedelbart behöver få öppen vård eller tas in för slutenvård.

Bestämmelsen avser placering enligt

- lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM),
- lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU),
- lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)
- lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)
- socialtjänstlagen (2001:453) (SOL)
- lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Bestämmelsen omfattar även person som är häktad eller föremål för kriminalvård i anstalt i en annan region än hemregionen.

En patient som tagits emot för vård enligt ovan nämnda bestämmelse, och som behöver specialistvård, ska remitteras till vårdenhet enligt de regler som vårdregionen tillämpar för sina egna patienter. Vidare är det vårdregionens remissregler inom öppenvården som gäller.

En patient som tagits emot för vård enligt ovan nämnda bestämmelse ska inte skickas hem för vård till sin hemregion och någon kontakt behöver inte tas med hemregionen. Det är vårdregionen som bedömer patientens behov av vård och patientens hemregion har att acceptera denna bedömning. I dessa fall tillämpas således inte riksavtalets regler om utfärdande av remiss/betalningsförbindelse från hemregionen.

Skulle en person som är placerad enligt SOL eller LSS folkbokföra sig på sin nya boendeort blir vårdregionen den nya hemregionen. Folkbokföring ska ske utifrån folkbokföringslagen. För placeringar efter en förvaltningsrätts beslut

enligt LVM, LVU eller LPT gäller riksavtalets definition av hemregion, dvs att hemregion är den region som man är folkbokförd vid vårdtillfällets inledning.

När det gäller rättspsykiatrisk vård är hemregionen den region där den enskilde var folkbokförd då domstolens dom i brottmålet om sådan vård vann laga kraft. Detta gäller även om vården övergår till öppen rättspsykiatrisk vård.

4 Övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer

4.1 Öppen vård

En patients hemregion ersätter utomlänsvård när patienten själv väljer öppenvård i enlighet med patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

En förutsättning för att hemregionen ska vara betalningsansvarig för en distanskontakt i primärvården är att denna kontakt utgör *kvalificerad* sjukvård och uppfyller vårdregionens krav på journalföring och inrapportering. Distanskontakten ska föregås av en triagering och id-kontroll genom stark autentisering.

För att en hemregion ska ersätta en vårdregion måste både vårdregionens och hemregionens eventuella remisskrav följas. Om patientens hemregion kräver remiss kan även vårdregionen utfärda sådan remiss.

Regionernas beslutade remisskrav presenteras på SKR:s hemsida. Regionerna kan inte införa krav på remiss för specialiteter inom barnmedicin, gynekologi eller psykiatri hos privatläkare, som ger vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

4.2 Sluten vård

En patients hemregion ersätter sluten vård i enlighet med SKR:s rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården. Om en patient efter önskemål ska kunna få slutenvård i en annan region krävs det ett godkännande av hemregionen i förväg. Efter att behovet fastställts kan hemregionen utfärda en remiss.

HSL ger inte stöd för att prioritera slutenvårdspatienter från en annan region på samma sätt som inomlänspatienter, förutom när det handlar om omedelbar vård, nationell högspecialiserad vård och samverkansregionsvård.

4.3 Hemsjukvård

Hemregionen ersätter vårdregionen för den vård som utförts av regionens medarbetare.

Kommuner omfattas inte av riksavtalet.

4.4 Abort

En kvinna kan söka både öppen och sluten vård vid abort i andra regioner. Det ställs inga krav på remiss eller betalningsförbindelse från hemregionen, som ersätter denna vård.

5 Medicinsk service

Grundprincipen är att beställaren av den medicinska servicen är den som ska faktureras. Även medicinsk service som utförs i hemregionen efter beställning av vårdgivare i en annan region, ska faktureras beställaren och inte hemregionen direkt. Vårdregionen fakturerar i sin tur hemregionen.

5.1 Varje region fastställer vilka befattningar som är förenade med rätt att beställa tjänster inom medicinsk service. Sådan befattningshavare ska tillgodose en patients begäran att få medicinsk service utförd hos andra regioner. Privata vårdgivares befogenhet att beställa medicinsk service regleras i kontraktet med regionen.

Den mottagande enheten behöver inte kontrollera att en beställning är utfärdad av en behörig person.

5.2 En patients hemregion ersätter kostnad för medicinsk service som en läkare vid Försvarmakten eller läkare i kriminalvården beställt för person som genomgår grundläggande och kompletterande militär utbildning respektive är anhållen, häktad eller intagen.

6 Hjälpmedel

Detta kapitel reglerar hur behov av hjälpmedel ska tillgodoses för personer med funktionsnedsättning vid besök i andra regioner, samt hur hjälpmedel ska hanteras i samband med vård i annan region.

6.1 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.

6.2 Vid förskrivning av hjälpmedel som överstiger beloppet i 6.1 ska vårdregionen samråda med hemregionen, som i sin tur ska besluta om förskrivning kan ske och därefter ersätta vårdregionen.

7 Transporter och resor

7.1 Val av transportmedel

Val av transportmedel ska alltid baseras på patientens medicinska behov. En patients hemregion ersätter vårdregionen för ambulans- och andra transporter.

Vårdregionen avgör vilket transportmedel som ska användas under tiden patienten vårdas av regionen. Vid hemtransport av patienten bör valet stämmas av med hemregionen och hemregionen ska beredas möjlighet att själv utföra transporten.

Eventuella överenskommelser om nationell samordning ska beaktas.

7.2 Permissionsresor

Hemregionen ersätter socialt eller medicinskt motiverade permissionsresor till hemmet för patienter som vårdas i slutna vård efter remiss från hemregionen. Vårdregionen fattar beslut om behovet av permissionsresor.

Vid femdygnsvård ersätter patientens hemregion en hemresa över varje veckoslut såvitt inte resekostnaden väsentligt överstiger kostnaden för patientens vistelse på sjukhusorten.

7.3 Transport av avliden till hemregionen

När en patient avlidit i samband med remitterad vård ska vårdregionen informera hemregionen. Hemregionen ansvarar för transporten av den avlidna till bårhus i hemregionen. Om vårdregionen utför transporten faktureras hemregionen.

Om en patient avlider i samband med remitterad vård ska transport av den avlidne ske utan kostnad för dödsboet. Vid icke remitterad vård svarar

respektive dödsbo eller försäkring för kostnaderna för hemtransport av den avlidne.

7.4 Resekostnader vid patientens egna val av vårdgivare i annan region

Om en patient själv valt vård i annan region står patienten för de resekostnader som det egna valet av vårdgivare inom en annan region kan medföra.

7.5 Sjukresor

Hemregionen ersätter sjukresor som beställts via vårdregionens beställningscentral. I de fall en patient beställer transport, i enlighet med vårdregionens regler och enbart betalar egenavgift har vårdregionen rätt att fakturera patientens hemregion de överskjutande kostnaderna.

8 Ersättning

8.1 Generella grunder för ersättning

För utomlänsvård och andra tjänster som lämnats enligt bestämmelserna i kapitel 2 - 7 ska hemregionen betala en skälig ersättning till vårdregionen enligt de principer som redogörs för nedan.

Det är hemregionen som ska faktureras och inte enskilda organisatoriska enheter inom regionen. I den mån en region önskar att fakturorna ska skickas till specifika enheter i organisationen behövs en särskild överenskommelse.

Moms debiteras inte när en region ersätter en annan region för dennes inköpskostnader.

Privata vårdgivare fakturerar sin kontraktspart, d.v.s. kontraktsslutande region, vilket i detta fall är synonymt med vårdregionen. Vårdregionen fakturerar i sin tur hemregionen.

8.2 Ersättning för vård i egen regi som inte är ansluten till ett vårdvalssystem.

För utomlänsvård i egen regi faktureras hemregionen i enlighet med regional prislista.

För att utomlänsfakturera enligt riksavtalet krävs enhetliga priser för en vårdtjänst vid en och samma vårdenhet. Däremot kan den regionala prislistan innehålla olika priser för olika vårdenheter inom en region.

För tjänsterna i kap 5 Medicinsk service, kap 6 Hjälpmedel och kap 7 Transporter och resor som inte omfattas av regionala prislistor gäller också regeln om skäliga priser. För resor gäller normalt den fakturerade kostnaden.

8.3 Ersättning för vård i egen regi ansluten till ett vårdvalssystem.

För utomlänsvård i egen regi i ett vårdval ska vårdregionen ersättas av hemregionen enligt överenskommelsen som vårdregionen har med utföraren. Prissättningen i överenskommelsen utgår vanligen från vårdvalets prislista. Utöver ersättning enligt vårdvalets prislista kan vårdregionens kostnader för utförarnas fria nyttigheter tillkomma.

Om den rörliga ersättningen per patient enligt överenskommelsen med utföraren inte täcker de faktiska kostnaderna, kan vårdregionen i stället fakturera enligt regional prislista. Transparens behöver finnas kring grunderna för faktureringen.

8.4 Ersättning för vård av privata utförare enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och lagen om valfrihetssystem (LOV)

För utomlänsvård av privata utförare med kontrakt med vårdregionen ska vårdregionen ersättas av hemregionen enligt prislistan i vårdregionens kontrakt med utföraren. Utöver ersättning enligt vårdregionens kontrakt med utföraren kan vårdregionens kostnader för utförarnas fria nyttigheter tillkomma.

Om den rörliga ersättningen per patient enligt kontraktet med utföraren inte täcker de faktiska kostnaderna, kan vårdregionen fakturera enligt regional prislista. Transparens behöver finnas kring grunderna för faktureringen.

Ersättning för distanskontakter i primärvården hanteras i 8.6.

8.5 Vård enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för fysioterapi (LOF)

Vård som ges enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi ersätts av hemregionen med av vårdregionen utgiven ersättning. Utöver ersättning till vårdgivaren enligt förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi kan vårdregionens kostnader för vårdgivarnas fria nyttigheter för medicinsk service tillkomma.

8.6 Distanskontakter i primärvården

För vårdkontakter på distans ska hemregionen ersätta vårdregionen enligt, vid var tid gällande version av SKR:s Rekommendation om gemensamma utomlänserättningar för digitala vårdtjänster i primärvården.

8.7 Patientavgifter

Vårdregionens patientavgifter gäller för utomlänspatienter.

8.8 Faktureringsvillkor

Endast patienter som är folkbokförda i Sverige kan faktureras annan region.

All ersättning för tjänst som lämnas enligt detta avtal faktureras den betalningsansvariga regionen med specifikation per patient och vårdtillfälle så snart vården slutförts. Vid längre vårdtider i slutet av vård sker fakturering i lämpligt intervall.

Rätten till ersättning har förfallit om kravet inte har fakturerats sex månader efter det att vårdtjänsten avslutades. Anmärkning mot framställt krav på ersättning ska göras senast tre månader efter det att fakturan mottagits.

Obetalda fakturor regionerna emellan, ska inte skickas vidare till inkasso.

Dröjsmålsränta erläggs enligt bestämmelserna i räntelagen (1975:635)

8.9 Fakturans innehåll

Fakturan ska innehålla uppgifter om den vård som utförts, i syfte att hemregionen ska kunna verifiera vad som faktureras.

Det finns en nationell digital tjänst för utomlänsfakturering, vilken underlättar fakturakontroll och uppföljning samt tillgodoser kraven på sekretess.

Om den digitala tjänsten inte används behöver följande uppgifter redovisas i anslutning till fakturan:

- Patientens personnummer
- Vårdenhet där vården lämnats
- Medicinskt verksamhetsområde
- Datum för öppenvårdskontakt eller in-och utskrivningsdatum för slutenvård
- Planerad eller oplanerad vård
- Antal vårddagar och uppgifter om öppen- respektive slutenvård, besök, transport eller dylikt samt pris per tjänst och summa ersättning.

Samtliga kostnader för vården ska i möjligaste mån redovisas på en och samma faktura, även för t.ex. röntgen- och laboratorieundersökningar.

Observera att både fakturerande och betalande region har att beakta gällande sekretessbestämmelser.

8.10 Skyddade personuppgifter

Vård av personer med skyddad folkbokföring eller med sekretessmarkering bekostas av vårdregionen med undantag för vård efter remiss från hemregionen. I dessa fall måste fakturering ske genom att använda remiss-id eller referens istället för uppgifter som kan röja patientens identitet.

Definitioner och begrepp som används i detta avtal

Term	Beskrivning
Akut vård/ Omedelbar vård	<i>Akut vård</i> är synonymt med begreppet ”omedelbar hälso- och sjukvård”, vars innebörd enligt 8 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är följande: ”Om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska regionen erbjuda sådan vård.”
Autentisering	Med <i>autentisering</i> avses kontroll av uppgiven identitet.
Distanskontakt	<i>Distanskontakt</i> är en vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda
Fria nyttigheter	<i>Fria nyttigheter</i> är direkta eller indirekta kostnader för vården som utföraren/vårdgivaren inte behöver bekosta (och inte heller får ersättning för). Kostnaden bärs centralt eller på annan enhet. Exempel på fria nyttigheter kan vara medicinsk service, lokaler, allmän eller administrativ service.
Hemregion	Med <i>hemregion</i> avses i riksavtalet den region där patienten är folkbokförd vid vårdtillfällets inledning. Beslut om folkbokföring och skyddad bokföring (fd. kvarskrivning) fattas av Skatteverket. Ett vårdtillfälle i sluten vård avgränsas av in- och utskrivningen.
Hemsjukvård	<i>Hemsjukvård</i> är hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden.
Kontrakt, privata vårdgivare	Med <i>kontrakt</i> med privat vårdgivare avses sådana kontrakt som regionerna sluter i enlighet med LOU eller LOV. Ett kontrakt definieras i dessa lagar som ett skriftligt avtal med ekonomiska villkor som <ol style="list-style-type: none"> 1. sluts mellan en eller flera upphandlande myndigheter och en eller flera leverantörer, 2. avser tillhandahållandet av tjänster, och 3. undertecknas av parterna eller signeras av dem med elektronisk signatur. Kontrakt kan även innehålla andra villkor än ekonomiska. Med kontraktsslutande region avses den region som har slutit kontrakt med en privat vårdgivare. Motsvarande gäller samverkansavtal som slutits med privata vårdgivare anslutna genom LOL och LOF.

Kvalificerad sjukvård (distanskontakt)	Det är inte kvalificerad sjukvård om kontakten är av administrativ karaktär, eller enbart utgörs av råd eller upplysning. Det är inte heller <i>kvalificerad sjukvård</i> om kontakten avser förlängning av sjukintyg, förnyelse av recept eller förnyad förskrivning av hjälpmedel för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
Listning och Listningsregion	<i>Listningsregion</i> är den region inom vilken patienten har valt att lista sig enligt 7 kap. 3 a § HSL. Primärvården tillämpar den egna regionens regler och rutiner för vård och omhändertagande av "listad" patient. En "listad" patient har inte företräde till vården, utan hänsyn ska enbart tas till de medicinska behoven. En "listad" utomlänspatient omfattas inte av den lagreglerade nationella vårdgarantin eller vårdregionens eventuella egna beslutade vårdgaranti.
Medicinsk service	Med <i>Medicinsk Service</i> avses undersökning och analys inom exempelvis laboratoriemedicin och radiologi, som utgör ett led i bedömningen av en patients medicinska tillstånd.
Mellanlänsavtal	Ett <i>mellanlänsavtal</i> är ett avtal om samverkan om hälso- och sjukvård och annan verksamhet där parterna är två eller flera enskilda regioner, men där avtalet inte är ett regionavtal.
Nationell hög-specialiserad vård	<i>Nationell högspecialiserad vård</i> är, i enlighet 2 kap. 7 § HSL, offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.
Regional prislista	En regional prislista upprättas av de berörda regionerna tillsammans och som används vid debitering av vård i egen regi av patienter från bl.a. andra regioner och EU/EES-länder. En regional prislista gäller tidigast fr.o.m. månaden efter det att en överenskommelse har träffats. Respektive samverkansnämnd/motsvarande ska snarast göra prislistan tillgänglig via sin hemsida. Prislistorna är också tillgängliga via SKR:s hemsida.
Regionavtal	Ett regionavtal är ett för regionerna i en samverkansregion gemensamt avtal om samverkan om hälso- och sjukvård och annan verksamhet. Ett regionavtal är flerårigt och har en övergripande ramkaraktär.
Remiss	En remiss är en betalningsförbindelse för den remitterande regionen. Den ska innehålla uppgifter om medicinsk frågeställning och eventuella åtgärder som redan vidtagits. Remissen kan behöva kompletteras med annan medicinsk information. En remiss gäller ett år från utfärdandet om inte annat anges.

Samverkans-nämnd	I varje samverkansregion finns en samverkansnämnd/motsvarande med uppgift att svara för samverkan som rör hälso- och sjukvårdsfrågor.
Samverkans-region	Sveriges 21 regioner är indelade i sex samverkansregioner (Norra, Mellansverige, Stockholm-Gotland, Sydöstra, Västra och Södra)
Samverkans-regionsjukvård	Med samverkansregionsjukvård (f.d. regionsjukvård) avses i riksavtalet sådan hälso- och sjukvård som berör flera regioner i enlighet med 6 kap 1 § 1p och 7 kap 8§ HSL.
Sjukresor	Med <i>sjukresor</i> avses i riksavtalet sjukresor enligt lag (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor som har beställts via vårdregionens beställningscentral.
Skälig ersättning	En bedömning om ett pris är skäligt för en tjänst kan grundas på jämförelser med andra liknande åtgärder eller på jämförelser med egna eller andras självkostnader. För att skälighets begreppet ska få relevans krävs av regionerna en betydande öppenhet som rör redovisning av vårdkostnader.
Triagering	En <i>triagering</i> syftar till att bedöma bästa effektivaste omhändertagandenivå. Bedömning ska göras om med vilken profession som patienten behöver kontakt med, men också om behovet ska tillgodoses via en fysisk vårdkontakt, en digital vårdkontakt alternativt med en hänvisning till information på 1177 och egenvård. Triagering är inte definierat i Socialstyrelsens termbank.
Utomlänspatient, utomlänsvård	En <i>utomlänspatient</i> är en person som undersöks eller behandlas inom en annan region än där personen är folkbokförd. Med <i>utomlänsvård</i> avses undersökning eller behandling av utomlänspatient.
Vårdregion	<i>Vårdregion</i> är den region där en utomlänspatient undersöks eller behandlas, så väl fysiskt som på distans.
Vårdval	Ett av regionen beslutat och infört valfrihetssystem innehållande vårdgivare i både offentlig och privat regi. Privata vårdgivare är leverantörer som anslutits genom lagen om valfrihetssystem, LOV.

Riksavtal för utomlänsvård

Riksavtalet innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård, såväl fysisk som via distanskontakt utanför sin hemregion eller av vårdgivare som kontrakterats av annan region. Syftet med avtalet är att åstadkomma en effektiv samverkan mellan regionerna i frågor där lagstiftning inte ger vägledning, eller där regionavtal och mellanregionsavtal inte är tillämpliga.

Riksavtalet förutsätter patientfokus och tillit till andra regioners kompetens och förmåga att utföra en god och nödvändig vård. Dialog och information regionerna emellan är en förutsättning för en god samverkan och för att bygga tillit. Riksavtalet är inte ett heltäckande regelverk.

Upplysningar om innehållet
info@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2025
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-8047-340-8
www.skr.se

2025-04-11

Avd. för vård och omsorg
Emma Everitt
Olle Olsson
Avd. för juridik
Pål Resare
Anna Åberg
Avd. för ekonomi och styrning
Per Sedigh

Remissammanställning och kansliets förslag på hantering

Innehåll i denna promemoria

I denna promemoria (pm) sammanfattas de synpunkter som kommit in på förslaget och i anslutning till dessa beskrivs kansliets föreslagna hantering av synpunkterna. Promemorian är i stort sett uppbyggd efter kapitelindelningen i riksavtalet.

Remissbehandling av riksavtalet

Samtliga regioner och samverkansnämnder/motsvarande har erbjudits möjlighet att yttra sig över förslaget. 18 regioner och 2 samverkansnämnder har inkommit med yttrande. Tre regioner valde att svara gemensamt via sin samverkansnämnd, och lämnade inte egna yttranden. I de följande avsnitten redovisas/sammanfattas synpunkterna om respektive kapitel i riksavtalet med kommentarer från förbundskansliet om hur synpunkterna på kapitlet bedöms kunna hanteras.

Både det som uttryckligen välkomnats i yttrandena, och det som lämnats utan kommentar har hanterats som att man är positiv till förslaget och bejakar skrivningarna. Dessa kommenteras och lyfts av utrymmesskäl inte i samma utsträckning i denna promemoria som de synpunkter som innehåller till exempel avstyrkande av förslag/skrivning, nya förslag, tillägg i skrivningar och så vidare. De bejakande synpunkterna måste dock hanteras med samma tyngd som de synpunkter som lyfts i pm:et. Redaktionella synpunkter på det reviderade riksavtalet lyfts inte heller upp i detta pm.

Synpunkter och önskemål på definitioner lyfts inte i någon större utsträckning i pm:et. Flertalet av definitionerna är samma som i tidigare riksavtal, och eventuella ändringar eller inte, bedöms inte ha någon större påverkan för funktionen för avtalet. Så långt som möjligt har vi försökt att utgå från redan framtagna definitioner.

1 Avtalets omfattning

Inga större synpunkter har kommit in på kapitel 1 eller på de inledande kapitlet, utan numrering, och har inte föranlett några ändringar. Tillägg av skrivning i bakgrunden föranleddes efter synpunkter om kapitel 2, och redovisas nedan i samband med det.

2 Hälso- och sjukvård efter remiss från hemregionen

Synpunkter inledande stycke:

- Förtydliga kring hemsjukvård i det inledande stycket i kapitel 2.

Kansliet väljer att ta bort hela sista meningen i första stycket, då det i inledningen är en onödig information/mening. Skrivning kring vem som kan skriva remiss finns i andra meningen i första stycket i 2.1.

Synpunkter 2:1:

- Några regioner föreslår att ”normalt” bör strykas i första meningen i 2.1.

Kansliet föreslår att ordet normalt står kvar men att i frågor och svar lyfta innebörden/anledningen till ordet normalt i skrivningen. Dvs. beskriva att det finns situationer där man kan behöva kontrollera om remittenten är behörig. Det kan t.ex. vara om man av sin avtalspart blivit uppmärksam på kanske en viss remisskrivare/aktör, kanske i inledningen av en ny avtalsperiod som ny utförare eller efter indikationer i samband med avtalsuppföljning. Ordet normalt fanns med i tidigare avtal också.

Synpunkter, andra och tredje stycket 2.1

- Formuleringen kan förslagsvis innehålla att vårdregionen efter verifiering eller godkännande skickar remissen vidare till privat vårdgivare.
- Att remiss inte ska gå direkt till privat vårdgivare i något fall utan alltid via avtalande region.
- Föreslår att när vårdregionen har kontrakt med en privat utförare och kontraktet avser en specifik målgrupp (t.ex. kökortning, vårdgaranti, tillgänglighet), bör ett förtydligande tas fram om hur andra regioner kan avropa på denna typ av kontrakt. Begränsningar eller klausuler bör vara möjliga att använda.
- Förslag till förtydligande skrivning: ”När det finns krav på remiss i öppen vård, inom ramen för patientens egna val, ska remissen skickas direkt till berörd vårdgivare, oavsett om det är en privat vårdgivare eller en vårdgivare i egen regi.

- Förslag till förtydligande skrivning: ” Vid remiss till upphandlad privat öppen vård i övriga fall samt upphandlad privat slutenvård, ska hemregionen sända remissen till berörd vårdregion. Berörd vårdregion tar därefter ställning till förfrågan. Om vårdregionen anser sig ha kapacitet att hantera remissen sänder vårdregionen remissen vidare till privat vårdgivare med vilken vårdregionen har ett kontrakt.”
- Är positiv till att öppenvårdsremisser fortsatt ska skickas direkt till berörd vårdgivare ur effektivitetssynpunkt. Annat förfarande är allt för administrativt resurskrävande. Vi vill dock lyfta att förändringar i LOU inte beaktats i remissutgåvan. Vi saknar att det inte förts något resonemang över hur förändringen i LOU påverkar flöden samt risken för otillåtna köp när takvolymen uppnåtts eller överskrids. Kontraktsslutande regioner kan ha svårt att hålla en god kontroll på takvolymerna dels för att köp sker från många parter, dels för att det är en fördröjning i faktureringen.
- Förtydligande om vad som gäller om man inte följer rangordningen i kontraktet och om avropsordning kan kringgå efter patients önskemål.
- Tolkar att förslaget är förenligt med ”vårdgarantiavtal”.
- Anser att betalningsförbindelser till privata vårdgivare i öppen vård bör gå via en förmedlingsfunktion.

Kansliet kan konstatera att det finns olika åsikter och bedömningar kring detta. Kansliet anser att regionerna själva måste ha frihet att bestämma i sina administrativa rutiner och processer med anledning av riksavtalet. Kansliet anser därför att riksavtalet inte bör innehålla ett tvingande krav på var en begäran om öppen vård, till regionen centralt eller direkt till en privat vårdgivare med avtal, ska skickas. Utifrån det byts ordet ska ut mot kan i 2.1 andra stycket, vilket motsvarar ”...behöver inte skickas via vårdregionen utan kan..” i det tidigare avtalets övergångsbestämmelse, för kontrakt tecknade efter 1 januari 2015.

Vidare konstaterar kansliet att varje region alltid behöver beakta och hantera kraven i LOU och övergångsbestämmelsen 2017:30 till HSL, d.v.s. att avtal ska vara öppna för utomlänspatienter, här vid tillämpning av 2.1 i riksavtalet. I detta sammanhang bör även principen i hälso- och sjukvårds-lagens portalparagraf (3 kap. 1 §, andra stycket HSL) om att patient med störst behov ska ges företräde beaktas, samt patienters valmöjligheter enligt 9 kap. 1 § Patientlagen respekteras.

Resonemang och ytterligare vägledning för hantering och avvägningar kan utvecklas i frågor och svar.

- Vill att det ska framgå att det är tillåtet att skicka en remiss även om det inte finns krav.

Kansliet anser att ett sådant tillägg inte behövs, då det inte finns något som hindrar en vårdgivare att skriva en remiss.

Synpunkter 2.2

- Frågor angående Vidareremittering och kostnadsansvaret "loopen".
- Håller inte med om att vårdregionen ska faktureras, ser att det skulle bli ombyggnad av faktureringslogik. Svårt att veta om det är felaktigt fakturerat.
- Vore bra med ett förtydligande om vad vårdregionens kostnadsansvar innebär, tex. hur ser ansvaret ut för merkostnader i samband med utförd vård?

Bakgrunden till den beskrivna gången är den återkommande förekomsten av att den region (hemregionen) som inte remitterat till vården/medicinska servicen bestrider fakturan. Hemregionen har inte kännedom om varför vården "beställts" och är heller inte mottagare av resultatet av vårdinsatsen. Hemregionen kan då inte heller bedöma om det är rätt fakturerat. Det talar för "loopen" att remitterande vårdregion faktureras och i sin tur fakturerar hemregionen. Majoriteten av yttranden har inte haft synpunkter på detta, varav kansliet föreslår att skrivningen kvarstår men förtydligar med att lägga till "primära betalningsansvaret" och "slutgiltiga betalningsansvaret" i skrivningen.

- Önskemål om att det förtydligas vad som gäller vid nya vårdbehov ej direkt kopplade till grunddiagnosen vad gäller vidareremittering. Ett förtydligande att hemregionen ska informeras om det förändrade vårdbehovet och även om flytten till annan vårdregion. Liknande skrivning som i kap 3.1.
- Välkomnar denna punkt men tillägger att det är viktigt att hemregionen kontaktas innan vidareremittering.

Kansliet lägger till en mening "Om nya vårdbehov upptäcks som inte är kopplade till ursprungsremissen ska hemregionen konsulteras."

- Att skrivningen "möjlighet att ange att en remiss enbart gäller öppenvård" är borttagen. Den möjligheten måste finnas.

Det är möjligt även utan en skrivning i riksavtalet. Remissen utgår från medicinska behov, och regioner är olika organiserade och erbjuder vårdinsatser på olika vårdnivåer (slutenvård, dagvård/dagkirurgi, öppen vård).

- Förtydliga enligt vilken prislista fakturering kan ske efter vidareremittering från den ursprungliga vårdregionen.

Fakturering hanteras enligt principerna i kapitel 8.

Synpunkter 2.3

- Att den sista meningen i andra stycket i 2.3 ska strykas.
- Tolkar att vårdregionen har ansvaret.
- Risk att patienten behöver börja om med sin vård, att behandling riskeras fördröjas eller nekas.
- Ingen konsekvens av att inte kontakta hemregionen. Föreslår lösning att nya hemregionen tar över betalningsansvaret direkt.
- Att vårdregionens inte har informerat, eller om det inte kan verifieras ska inte vara skäl att bestrida fakturan.

Kansliet menar att andra stycket i 2.3, inte avser annat än att belysa att den nya hemregionen får möjlighet att göra en bedömning om det som remissen avser ska göras via utomlänsvård eller om man kan utföra vården själva. Behovet av vården som sådan ska inte bedömas eller utredas igen. Tillit behöver finnas att om det upptäcks att folkbokföringen ändrats att kontakt då tas. Innehållet i stycket är heller inte nytt i sak utan har funnits i tidigare avtal och har inte varit i föremål för frågor. Majoriteten av yttrandena har inte haft synpunkter på detta, varav kansliet föreslår att skrivningarna kvarstår.

- Föreslår utökade skrivningar kring medicinsk information i remissen.

Remisskrivaren behöver ta ansvar för medicinska bedömningen om vad som ska stå i remissen, och remissmottagaren behöver ta ansvar för att ta kontakt om den saknar information, för att kunna utföra vården. I detalj vad som ska stå i remissen bedöms inte vara en sak för riksavtalet.

- Lyfter att regioner hanterar remissers giltighetstid olika och det merarbete det genererar och att det är önskvärt med enhetlighet i landet och där är regelverket i riksavtalet grunden. En del regioner kräver en förlängd remiss för att vårdfakturan ska accepteras och andra menar att remissen gäller så länge vårdbehovet kvarstår.
- Förtydligande om vad som gäller om en remiss går ut under pågående slutenvårdstillfälle.

Kansliet lägger till en mening med förtydligande kring detta. Kansliet menar att när vården som avses i remissen är påbörjad under remissens giltighetstid, behöver inte en ny remiss skrivas och

vårdregionen ska givetvis ersättas för vården. Något annat skulle innebära en onödig administration. Det behöver alltid finnas en dialog/informationsöverföring mellan remisskrivare och remissmottagare, t.ex. kring mottagarens förmåga att tillgodose vården eller andra ändrade förutsättningar. I SOSFS 2004:11 beskrivs ansvaret.

- Önskar tillägg för vad som gäller vid donation. ”Vid donation är det mottagande patients hemregion som står för donatorns vårdkostnader.”

Kansliets uppfattning är att det finns välfungerande andra överenskommelser och rutiner, regionalt och lokalt i regionerna och att samarbetet kring donation fungerar väl. Utifrån det bedöms värdet av en specifik skrivning i riksavtalet kring donation vara begränsat. Det är även möjligt att hantera med stöd i riksavtalets grundprinciper.

Synpunkter på 2.4

- Välkomnar stycket, då det är en förutsättning för kostnadskontroll och uppföljning.
- Ser risk att skrivningen kan misstolkas som att alla anhöriga ska få ersättning.

Kansliet menar att den risken är liten, då det också står att det beslutas av hemregionen. I ett sådant beslut ligger även vem/vilka som beviljas övernattningskostnader.

- Tillägg skrivning: att vid behov kan vårdregionen boka boende i samband med akut sjukdom efter överenskommelse med hemregionen.

Föreslagen hantering av situationen är önskvärd och även möjligt utan att det står specifikt i riksavtalet. Dialogen regioner emellan är central då riksavtalet inte uttalat kan hantera alla situationer. Riksavtalets grundprinciper är tillämpliga.

- Att där det finns skrivelser om att patienten själv ska stå för kostnader efter ett eget val, t.ex. i 2.4 och 7.4, föreslås skrivning/tillägg ”om inte hemregionen beslutar annat.”

Kansliet: Det är en fråga mellan patienten och hemregionen. Det finns inget som hindrar att hemregionen beslutar om att patienten inte själv ska stå för de kostnader som följer av det egna valet.

2 Akut- och förlossningsvård samt vård av vissa patienter

Kansliet tar bort "förlossningsvård" från rubriken och i första meningen i 3.1. I 3.1 står dock fortfarande "graviditet" kvar, med ordet "omedelbart" i direkt anslutning. Ändringen görs för att tydliggöra att det är akut/omedelbart behov som avses i detta kapitel och bl.a. utifrån några inspel kring osäkerhet om förlossningsvård i detta kapitel avser även planerad förlossningsvård, vilket det inte gör, och inte heller gjorde i det tidigare avtalet.

Synpunkter 3.1

- Flera välkomnar förslaget, alternativt har inga synpunkter på att den fasta tiden för akut vård tas bort.
- Stödjer förslaget att 7 dagars-tidsgränsen avskaffas. Förslår att det förtydligas ytterligare att patientens hemregion är betalningsansvarig oavsett kontakt eller inte.
- Väldigt nöjda med förtydligandet. Bygger på tillit. Fokus på att patienten får vård och inte att vårdregionen ska ägna resurser till att söka kontakter i hemregionen.
- Ser positivt på skrivningen, "Efter inskrivning ska patientens hemregion kontaktas."
- Vill ha kvar en tidsfrist, 7 dagar.
- Positivt att gränsen tas bort, efterfrågar ett förtydligande hur hemregionen ska informeras för ev. gemensam planering. Förslår att kontaktlistor eller liknande tas fram.
- Efterfrågar ett förtydligande om vilken instans i respektive region som ska kontaktas.
- Vill ha kvar tidsfrist för information med förtydligande att det inte innebär att utebliven eller försenad kontakt skall utgöra grund för att avvisa faktura för given vård.
- Bedömer att det även framöver behöver finnas en skrivning med tidsfrist och anser att om en kontakt inte tagits ska det vara förenat med någon form av konsekvens.
- Tycker 7 dagar är bra, och att det bör framgå huruvida avsaknad av information leder till att vårdregionen övertar kostnadsansvaret för vårdtillfället.
- Oro över att det inte finns en fast tid i förslaget för när informationen ska ha lämnats.
- Risk för längre vårdtider än nödvändigt i vårdregionen, om det inte finns en tidsgräns.
- Blir godtyckligt utan tidsangivelse, om det drar ut på tiden kan det bli diskussion/tvist om rimlig vårdtid. Redan i dag är det så.

Kansliet menar att det behöver finnas en tillit till att vårdregionen kontaktar hemregionen så snart som möjligt och en tillit till att hemregionens medborgare får/fått den vård som krävdes, under den tid som behövdes. Man behöver också ha med sig att vården kostar var den än utförs. I föreslagna skrivningar står att hemregionen ska kontaktas efter inskrivning samt att vårdregionen ska ersättas. En skrivning med tidsfrist med tillägget att hemregionen oavsett om vårdregionen informerat eller inte ska ersätta vårdregionen, har samma praktiska innebörd. Utifrån ovan och utifrån att det kring tidsfristen funnits återkommande frågor om informationens eventuella koppling till betalningsansvaret, samt att lite mer än hälften av yttrandena välkomnade förslaget alternativt hade inga synpunkter på förslaget, vidhåller kansliet att förslagen skrivning kvarstår.

Att vårdregionen inte skulle få betalt för utförd vård t.ex. för att ha missat/inte hunnit att informera skulle vara stick i stäv med grundprinciperna i riksavtalet. Utförd vård i enlighet med kapitlen i riksavtalet ska ersättas av patientens hemregion.

Angående informationen och kontakter med hemregionen: Kansliet konstaterar att svårigheten för vårdregionen att hitta rätt vad gäller vilken kontaktväg och vilken enhet osv, som ska kontaktas i hemregionen har funnits redan i tidigare avtal. Att hemregionen ska kontaktas är inte nytt. Kansliet gör bedömningen att detta behöver varje region och kanske varje enhet själva se över. Detsamma gäller frågan om hur kontaktvägen/-arna ska synliggöras för att underlätta för en vårdregion att på ett enkelt sätt få kontakt. Det är ju av värde för alla regioner som i olika situationer är antingen hemregion eller vårdregion.

- Ska en kontakt dokumenteras och hur ska en kontakt dokumenteras?

Gängse regler för vårddokumentation ska följas, tex. dokumentation av gemensam planering.

- Att omformuleringen från "...tillstånd och omständigheter" till "...tillstånd och önskemål" i samband med skrivningen om gemensam planering, kan skapa tvist mellan vård- och hemregion.
- Hemregionen ska kontaktas igen om det blivit komplikationer som bidrar till längre vårdtid och ökade kostnader. Längre vårdtider och information om det ska vara kopplat till betalningsansvar.

Kansliet menar att den gemensamma planering som vård- och hemregion gör tillsammans ger hemregionen alla möjligheter att råda över beslutet kring var den fortsatta vården ska utföras. I beslutet behöver flera parametrar beaktas, även patientens önskemål. Fortsatt dialog med hemregionen och löpande gemensam planering bör bli aktuellt vid förändrade vårdbehov och vid längre vårdtider.

- Förslår annan skrivning: "En patients hemregion ersätter all oplanerad öppen- och sluten vård. Alt. En patients hemregion ersätter all akut och öppen- och sluten vård".

Kansliet ser inte att innehållet i föreslagna meningar skiljer sig i sak från skrivningen i förslaget eller i nuvarande riksavtal.

- Tydliggöra att det är patientens hemregion vid inskrivning som har betalningsansvaret för hela slutenvårdstillfället.
- Vad händer om en patient hinner skriva sig i en annan region, efter att tagits om hand för akut vård eller förlossningsvård?

Kansliet hänvisar till definitionen av hemregion i riksavtalet, att hemregion är den region där patienten är folkbokförd vid vårdtillfällets inledning och att ett vårdtillfälle i sluten vård avgränsas av in- och utskrivningen.

- Önskar förtydligande om det krävs en remiss vid elektiv (planerad) förlossningsvård.

Kansliet ser att planerad förlossningsvård är ett bra exempel till frågor och svar, som kan visa på en situation där en hemregion kan skriva en remiss efter behovsbedömning och patientens önskemål enligt SKR:s rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvård.

Synpunkter på 3.2

- LSS och SOL- ska folkbokföra sig i linje med folkbokföringslagen.
- Att stycket om att personer som är boende i vårdregionen enligt SoL och LSS och deras folkbokföring, tas bort för att huvudregeln att hemregionen är den region vid vårdtillfällets inledning i sjukvården som styr. I stället definiera hemregion och folkbokföring tydligare.
- Vill ha ett liknande förhållningssätt för LSS och SoL som för patienter placerade enligt LVM/LPT/LVU.

Kansliet skriver om meningen och tar bort ordet välja, och hänvisar till att folkbokföring ska ske utifrån folkbokföringslagen. Närmare detaljer kring folkbokföringslagen tas inte upp vidare. Huvudregeln om att hemregionen är den region där patienten är folkbokförd vid vårdtillfällets inledning påverkas inte.

- Boendebegrepp bör användas i stället för placering avseende LSS och SoL.

Kansliet förordar att inte ändra till begreppet boende i stället för placering avseende grupperna LSS och SoL. Det med grund i att en placering enligt SoL, också kan vara en placering av tillfällig art, vilket är det centrala för riksavtalet för denna grupp, avseende ändring av folkbokföring och ny hemregion.

- Ställer frågan om hur regionerna ska förmedla att patienter är placerade i en annan region än sin hemregion utifrån ett myndighetsbeslut och detta i förhållande till patientsekretess.

Riksavtalet innehåller inga nya skrivningar i denna del. Det finns sekretessbrytande regler i bland annat Offentlighets- och sekretesslagen.

- Skrivelsen ”att patienten inte ska sändas hem” är tydlig, men undrar om den påverkar patientens rätt att välja vårdgivare i hemregionen.

Kansliet ser inte att patientens möjlighet att välja vård i hemregionen påverkas. Skrivningen avser endast att när en patient söker vård i vårdregionen där personen är placerad att den då inte ska hänvisas till hemregionen utan tas emot. Vill patienten söka vård i hemregionen så kan den göra det.

- Det bör framgå vad som gäller för placeringar enligt LVM, LVU, LPT om en patient under vårdtillfället folkbokförs i en annan region.

Vad som gäller för enskilda personers placeringar enligt LVM, LVU, LPT om de under vårdtiden folkbokförs i annan region, så menar kansliet att det framgår i 3.1 att det då är riksavtalets definition av hemregion som gäller. Dvs att hemregion är den region som man är folkbokförd i vid vårdtillfällets inledning.

4 Övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer

Synpunkter på 4.1

- Några regioner har lyft önskemål om en definition avseende vad som är kvalificerad sjukvård.
- Efterfrågar definiering av egenvård och/eller kvalificerad hälso och sjukvård.

Kansliet bedömer att ett sådant arbete och beslut om eventuell utökad definition av kvalificerad hälso- och sjukvård än den som finns i förslaget i så fall bör ske utanför revideringen riksavtalet. Den definition som finns i förslaget är som uppmärksammas, uppbyggd på vad kvalificerad sjukvård inte är, med några exempel. Den har gjorts utifrån det material/information som finns att tillgå och utan att få en för lång och omständlig definition i avtalet, och som sagt utan att göra ett definitionsarbete. Egenvård nämns inte i dokumentet därav ska det inte finnas en definition av egenvård. Varken definition av kvalificerad hälso- och sjukvård eller egenvård finns heller i Socialstyrelsens termbank.

- Hur ska det delges varje region om det är kvalificerad hälso- och sjukvård som erbjudits vid en distanskontakt?

Tillit till att det inte skulle fakturerats annars, och att vårdregionens krav och riktlinjer för distanskontakter har följts.

- Ordvalet inrapportering kan skapa otydlighet gällande vilken nivå och typ av inrapportering som avses. Önskar förtydligande.

Kansliet menar att det är vårdregionens överenskomna krav och form på inrapportering t.ex. via avtal som styr bedömningen om vårdregionens krav har uppfyllts för att fakturera. Samma skrivningar med ordvalet inrapportering o.s.v. finns i SKRs rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården.

- Tydliggöra om " triagering och stark autentisering" gäller för distanskontakter på samtliga vårdnivåer.

Kansliet vill uppmärksamma att skrivningen står under avsnittet öppen vård och i skrivning om distanskontakt i primärvården. Skrivningen kommer från SKRs rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården.

- Saknar ett resonemang om vårdgivare som etablerar sig i annan region och utomlänsfakturerar för patienten. Behöver belysas.

Kansliet: Detta kan inte lösas i riksavtalet. Det skulle behövas en förändrad lagstiftning.

- Efterfrågar att förhållandet nationella vårdgarantin- och att en utomlänspatient inte kan räkna med att bli prioriterad på samma sätt som regionens egna patienter. Men å andra sidan får utomlänspatienter inte prioriteras annorlunda än regionens egna. Lyfter att detta kan göras i frågor och svar på SKRs hemsida.

Kansliet: Ett resonemang om detta skulle kunna utvecklas i frågor och svar. I begrepps-/definitionslistan finns skrivning om att en listad utomlänspatient inte omfattas av vårdgaranti, samt att en listad patient inte har företräde till vården, utan att hänsyn enbart ska tas till de medicinska behoven.

- Undrar vad en förbundsrekommendation är och menar att det inte är en känd term.

Kansliet ändrar till SKRs rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvård.

- Föreslår att remisskravet i öppenvård avskaffas.

Kansliet: Detta är inget vi rör över. Det är upp till varje region att besluta om och vilka remisskrav man vill ha. Möjligheten att ha remisskrav regleras i 8 kap. 3 § hälso och sjukvårdslagen.

Synpunkter på 4.2

- Bör framgå att en patient inte kan välja slutenvård inom samverkansregions sjukvård, nationell högspecialiserad vård, psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Det finns risk för att fel regelverk används och oklarhet om ansvar kan uppstå.

Kansliet: För att få sluten vård, behövs remiss. Hemregionen behöver godkänna vården enligt SKRs rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvård. Detta framgår i 4.2 Sluten vård

- Det står både remiss och betalningsförbindelse. I definitionen står att en remiss är en betalningsförbindelse.
- Remiss och betalningsförbindelse är inte samma sak.

Kansliet väljer att ta bort ordet betalningsförbindelse under detta avsnitt, med hänvisning till SKRs rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvård, där bara ordet remiss används. Betalningsförbindelse är en ekonomisk överenskommelse. En remiss är också en betalningsförbindelse men innehåller även medicinsk information.

Synpunkter på 4.3

- Lyfter att regionen har skatteväxlat hemsjukvården först från dag 14 och att skrivningen i 4.3 inte ger regionen kostnadstäckning för vård i hemmet de första 14 dagarna.
- Förslår att övriga vårdgivare inkluderas eller att termen ”läkare” ersätts med ”sjukvårdsinsatser”.
- Har inte tagit hänsyn till övergången till ”Nära vård och personcentrerad vård”. Vårdregionen behöver få ersättning för all utförd vård oavsett personalgrupp, samt för personalens resor till patientens hem.
- Vill betona att hemsjukvården inom specialistvården ökar, och att skatteväxling bara skett gällande hemsjukvård på primärvårdsnivå. Skrivningen bör ta hänsyn till detta och där skatteväxling inte skett.
- Om avsikten är med stycke två är att icke-skatteväxlad hemsjukvård på annan vårdnivå kan faktureras bör det förtydligas och förutsättningarna för fakturering framgå.

*Kansliet ändrar skrivningen utifrån ovan synpunkter till:
”Hemregionen ersätter vårdregionen för den vård som utförts av regionens medarbetare.”*

5 Medicinsk service

- Önskar förtydligat att vårdregionen enbart kan fakturera hemregionen för medicinsk service i de fall där det inte ingår i det debiterade besökspriset.
- Vill ha kvar nuvarande avtals formulering om att en förutsättning för fakturering för utomlänsvård är att det ingår i den privata vårdgivarens avtal att de får beställa medicinsk service.
- Förslag på ny formulering; ”fakturering för medicinsk service sker i ett senare skede som en del av DRG eller produktpriset”

Kansliet: Fakturering sker enligt principerna i kap 8. T.ex. 8.3 och 8.4.

6 Hjälpmedel

- Klargörande eller definition av funktionsnedsättning och hjälpmedel.

Kansliet ser inte behov av detta i riksavtalet. Hänvisar till socialstyrelsens termbank.

- Förtydligande om vem som äger hjälpmedlet.

Det är upp till respektive region att besluta vilken form för utlämnande man väljer att ha, t.ex. som äganderätt eller hyra. Förskrivning sker efter vårdregionens regelverk. Handlar det om att klargöra vem som har ansvaret för till exempel uppföljning löses det bäst i dialog. Det bör vara situations- och patientbundet vilken lösning som blir bäst och helst bör detta redas ut redan vid förskrivningstillfället. Det viktigaste är att patientens behov av hjälpmedel tillgodoses vid vård i annan region.

- Det sparsmakade avsnittet kan ge möjlighet till stora variationer i tolkning.

Intentionen med att skala av var just att få bort de skrivningar som orsakade diverse olika tolkningar, tvister och bestridande av fakturor. T.ex. gällande kring olika bedömningar/regelverk om vad som är avancerad service.

Avsikten med förslaget är att begränsa frågeställningen om förskrivning till ett belopp och inte till några andra bedömningar i syfte att det ska bli mer lätthanterligt. Kapitel 6 kommer dock behöva kompletteras med frågor och svar, där det finns lite större möjlighet att vrida och vända på resonemangen, exemplifiera, ge möjliga hanteringsalternativ, och vägledning kring hur man kan tänka. Skrivningarna i Riksavtalet bedöms behöva ha ett övergripande, grundprincipstänk även i detta kapitel för att inte driva onödig administration.

Synpunkter på 6.1

- Ställer sig bakom beloppsförändringen.
- Ser positivt på ett indexreglerat belopp men ser att det nya lägre beloppet kommer att innebära en ökad administration. Föreslår att se över beloppsgränsen och grunda den på belopp utifrån hjälpmedel som vanligen skrivs ut utan kontakt med hemregionen idag, det är där administrationen kommer att öka.
- Föreslår att hemregionen står för kostnaden och att gränsen höjs till 25 % av prisbasbeloppet (ca 14 000kr) för att undvika onödig adm.
- Höja beloppet till 20-50 % av ett prisbasbelopp.
- För lågt satt belopp, men bra att det indexeras.
- Om den låga gränsen kvarstår behöver det klargöras exakt vad som menas med samråd.

- För fram att en så kraftig sänkning av beloppsnivå för samråd, kommer administrationen öka markant. Uppskattar för regionens del med fyra gånger så många samråd.
- Funderar på om det kommer var administrativt hållbart med en lägre beloppsgräns.

Så som kansliet lyft i remissmissivet kommer en sänkning av beloppet öka antalet samråd och med det också en viss ökad administration. Detta har ett antal remissinstanser lyft som oroande på olika sätt. Ett antal (ca 12) av yttrandena hade inga synpunkter på, alternativt bejakade det sänkta beloppet för samråd.

Den administration som bör kunna minskas i och med fler samråd är de tidskrävande avvisanden av fakturor och tvister/dialoger kring dem. Det är också rimligt att tro att när rutiner och processer satt sig att administrationen och samråden/dialogen blir mindre och mindre tidskrävande.

Kansliet förslår för att ändå minska antalen samråd en mindre sänkning än den som föreslogs i remissförslaget. Förslagsvis till 0.10 av prisbasbeloppet, (ca 5900 kronor, år 2025).

- Förtydligande behöver göras t.ex. om beloppet gäller per månad, vecka, per hjälpmedel, förskrivningstillfälle eller liknande.
- Är det inköpspriset som debiteras? Är det med eller utan moms?
- Vad gäller för förbrukningshjälpmedel som är en mindre kostnad per uttag men sammantaget kan röra sig om större summor.

Det som efterfrågas förtydligande kring är samma delar som har förekommit även utifrån det tidigare avtalet. Kansliet konstaterar att det till största del handlar om avvägningar om detaljnivån i avtalet. Kansliet förslår dock att förtydliga och skriva in i avtalet att det i vart fall avser per förskrivningstillfälle.

Övergripande behöver patientens behov, dialog och samråd, vara det centrala. Det är situations- och patientbundet för vilken hantering som blir bäst, t.ex. för förbrukningsartiklar. I dialog med hemregionen finns alla möjligheter att komma överens om/informera om hur just det specifika hjälpmedlet ska debiteras, tex. per månad, eller per uttag. Viktigt här är att komma ihåg att behovet av hjälpmedlet och därmed kostnaden för hjälpmedlet finns även om förskrivningen hanteras i hemregionen. Det handlar främst om att det är bra för hemregionen att känna till vilka kostnader som är att vänta, särskilt vid större belopp.

Angående moms skrivs följande mening in under kapitel 8.1: "Moms debiteras inte när en region ersätter en annan region för dennes inköpskostnader." Följande mening tas bort från kapitel 8.8:

"Gällande system för återbetalning av mervärdesskatt till kommuner och regioner beskrivs inte i riksavtalet."

- Förtydligande behöver göras avseende efterlevnad mot MDR och socialstyrelsens föreskrifter om förskrivning av medicintekniska produkter skall upprätthållas.

Kansliet ser inte att vägledningar kring detta ryms inom ramen för riksavtalet. Hänvisar till de vägledningar/stöd som Hjälpmedelschefsnätverket tagit fram som finns att ta del av på SKR:s hemsida.

- Förtydliga att det är vårdregionens regelverk för förskrivning som avses.

Kansliet anser att det är tydligt med skrivningen i 6.1 "... ersätter den vårdregion som förskriver enligt sitt regelverk...".

- Nackdelar med sänkt belopp: Ökad administration, patientens tillgång till hjälpmedlet kan fördröjas, samt att vårdregionens kompetens inte används fullt ut. Fördelar med sänkt belopp: Kan bli färre hjälpmedel som passerar vilket bör minska behovet av underhåll och tillhandahållande av tillbehör för hjälpmedel som inte finns i regionens sortiment.
- Om avsikten är att förhindra utskrivning av dyrare hjälpmedel bör det uttryckas tydligt.

Patientens behov är det centrala för utskrivning av hjälpmedlet. Avsikten med det sänkta beloppet är inte ett minskat flöde av hjälpmedel. Kansliet vill lyfta att ett samråd inte betyder att det ska bli ett nej till vårdregionens förskrivning. Samråd ger hemregionen möjlighet att ta ställning, till exempel om de kan omhänderta underhåll eller om man kan komma överens med vårdregionen att de tar ansvar för det inom ramen för förskrivningen. Samrådet ger också hemregionen kännedom om kommande kostnader.

Synpunkter på 6.2

- Behöver förtydligas hur samråd ska ske och dokumenteras. Tex i nationell patientöversikt.
- Önskvärt att kontaktvägar i samrådsfrågor publiceras.
- Ska privata vårdgivare samråda, ska de i så fall ta direkt kontakt, eller gå via den region som de har avtal med?

- Klargöra att hemregionen är betalningsansvarig så att regioner inte vägrar betala p.g.a. bristande bevis för samråd.

Kansliet konstaterar att eventuella svårigheter för vårdregionen att hitta rätt vad gäller vilken kontaktväg och vilken enhet osv, som ska kontaktas i hemregionen när det finns behov av samråd bör ha funnits redan i tidigare avtal. Att man ska samråda vid förskrivning över ett visst belopp är inte nytt. Kansliet gör bedömningen att detta behöver varje region ha rutiner för hur det ska fungera i regionen, både gällande kontaktvägar för andra regioner men också hur behörighetsstyrningen mellan de vådadministrativa systemen och ekonomisystemen ska fungera. Varje region avgör hur deras privata vårdgivare ska gå tillväga med eventuella samråd.

Gängse regler för vårddokumentation ska följas, till exempel dokumentation av gemensam planering.

- Menar att även fakturahanteringen kommer öka.

Kansliet menar att det inte behöver bli någon förändring. Patientens behov är det som ska styra. Även de hjälpmedel som förskrevs under 10 000- kronors gränsen utan samråd i det tidigare avtalet har ju fakturerats. Tvisterna kring fakturorna bör troligtvis också minska, då man redan innan förskrivning är överens via samrådet

- Det borde vara hemregionen som förskriver utifrån sitt regelverk som ska besluta om vilka hjälpmedel som vårdregionen kan förskriva över beloppsgränsen.

Kansliet anser att det inte är möjligt för en region att förskriva utifrån någon annans regelverk, men hemregionen kan ju genom samrådet påverka valet av hjälpmedel och slutligen besluta om förskrivning kan ske eller inte. Men förskrivningen behöver ske enligt förskrivande regions regelverk.

Synpunkter på 6.3

- Det är oklart med innebörden i 6.3 och motsägelsefullt i förhållande till 6.1 och 6.2 som tyder på att det går att välja.
- Flera regioner efterfrågar förtydligande av 6.3.

Kansliet väljer utifrån den oklarhet som kommer med stycke 6.3 att ta bort det. Stycket följer inte heller principen som kansliet försökt hålla i riksavtalet; att bara det som inte regleras någon annanstans, tex. i lagstiftning ska lyftas i riksavtalet. Förtydligande om hur riksavtalet förhåller sig till patientlagen kan också göras i frågor och svar.

Kansliet vill dock ändå förklara vilket val som inte kan göras utifrån Patientlagen. Patientlagen medger inte att man kan "sitta hemma" och välja ur en annan regions utbud och få hjälpmedel förskrivet. Däremot kan man välja att lista sig på en annan regions vårdcentral enligt patientlagen eller söka annan öppen vård i en annan region. Blir det då aktuellt att få förskrivet något hjälpmedel, så kan man erbjudas ett hjälpmedel ur en annan regions sortiment, och då kommer riksavtalets principer in för att hantera det.

- Ta bort texten i 6.3. Förslag på ny text om att det bör observeras att det kan finnas andra avtal gällande hjälpmedelsförskrivning, till exempel nationell högspecialiserad vård.

Kansliet vill föra fram att riksavtalet verkar i mellanrummet, kring det som inte avtalas på annat sätt mellan regionerna t.ex. i överenskommelse om högspecialiserad vård. Patientens medicinska behov är det som ska styra hanteringen av hjälpmedel.

7 Transporter och resor

Synpunkter på kapitel 7.1

- Flera regioner har lyft att det ska finnas möjlighet för hemregionen att föra dialog med vårdregionen om valet av transport och att hemregionen också ska ges möjlighet att utföra transporten själv.

Kansliet har ändrat i skrivningen och öppnat upp för detta, vad gäller hemtransport av patient. Kansliet har även förtydligat ytterligare att det är det medicinska behovet som ska styra valet av transport. I remissversionen stod endast att vårdregionens val ska styras av det medicinska behovet. Ny skrivning: "Val av transportmedel ska alltid baseras på patientens medicinska behov". Med den skrivningen omfattas även hemregionens val av transport. Dialogen här blir central då vårdregionen oftast har bäst kännedom om det medicinska tillståndet för patienten, till exempel efter nationell högspecialiserad vård.

- Önskemål om rubrik för 7.1.

Kansliet lägger till rubrik: Val av transportmedel.

- Förtydligande om att även "bårbil" finns med i avsnitt 7.1.

Kansliet tar bort "bårbil" i 7.1, då det i detta avsett avser transport i samband med vård utifrån medicinska behov. Tar även bort övriga exempel, då det i tillräcklig grad framgår i första meningen.

- Några regioner har lyft farhågor över att avsnittsindelningen i kapitel 7 ändrats, att några avsnitt inte finns med längre samt att det upplevs komprimerat.
- Fråga om 7.1 innebär att alla resor kan faktureras, oavsett var patienten transporteras, till exempel hem eller till särskilt boende. I nuvarande avtal anges begränsningar.

Kansliet gör bedömningen att avsnitt 7.1 på ett övergripande sätt och i innehåll täcker de avsnitt som nu inte längre finns med.

Formuleringarna/grundprinciperna i 7.1 avser alla de tidigare avsnitten och dessa behöver inte lyftas specifikt, då det för alla är det medicinska behovet som ska styra, och att utförda transporter kan faktureras hemregionen. De tidigare skrivningarna med specificering/avsnitt har mest generat frågor, just på grund av att vissa typer av resor pekats ut, och lett till olika tolkningar och tvister regionerna emellan. Det var inte heller i det tidigare avtalet en fråga om begränsningar, utan snarare exempel på situationer. Se även förslaget tillägg i kap 7.1, beskrivet ovan om dialog med hemregionen vid hemtransport, och hemregionens möjlighet att utföra transporten.

Vidare har också regionerna möjlighet att komplettera med skrivningar i sina mellanlänsavtal eller avtal i samverkansregionen utifrån sina specifika behov.

- Har inga direkta synpunkter på kapitlet. För fram att skrivningen bygger på tillit- vad gäller att medicinska behovet ska styra samt att vårdregionen avgör vilket transportmedel som ska användas.

Kansliet håller med om att detta och att tillit behöver genomsyra tolkningarna av avtalet i alla kapitel, då riksavtalet inte är ett heltäckande regelverk. Det är tvunget att hålla sig till grundprinciperna som en riktning, då alla exempel på situationer inte kan rymmas i text. Däremot kan resonemang och vissa exemplifieringar göras i frågor och svar på hemsidan.

- Att vårdregionen väljer transportmedel strider mot resekostnadsersättningslagen.

Kansliet gör inte samma tolkning, utan menar att detaljerna i lagen beslutas av respektive huvudman. Kan även vara överenskommelser/beslut regionerna emellan via riksavtalet där man beslutat en ordning för hantering. Se vidare 1991:419, 2 §. Lagen reglerar i huvudsak ersättningen till patienten.

Synpunkter på 7.2

- Förtydligande av socialt motiverade permissionsresor samt resor till hotell vid seriebehandling i öppenvård.

Kansliet har inte uppfattat att det funnits några egentliga knepigheter i någon större utsträckning i tidigare riksavtal kring dessa delar och gör bedömningen att de trots allt fungerar tillräckligt bra och att skrivningarna kan stå kvar. Eventuellt kan resonemangen utvecklas i frågor och svar.

- Att det inte står vem som har ansvar för själva resan vid permission i samband med femdygnsvård, utan enbart att resor faktureras hemregionen. Att det kan bli fråga om mycket resurskrävande resor, samt att ordet ”väsentligt” bör bytas ut till en tydligare nivå på kostnaden som avgör.
- Hur vet vårdregionen hemregionens kostnader för transport? Önskar skrivelse om kontakt med hemregionen.

Kansliet vill här lyfta dialog och samarbete mellan regionerna som det viktigaste verktyget för att hitta en resurseffektiv och bra lösning i varje enskild situation för patienten. Skrivningen att hemregionen ersätter vårdregionen avser endast när vårdregionen tillhandahåller transporten, och om inte så finns ju inget fakturera. Skrivningen i sig har i det tidigare avtalet inte genererat några större svårigheter/frågor och kansliet gör bedömningen att den kan kvarstå.

Synpunkter på 7.3

- Byta ordet ”stoftet”, till ”den avlidna”.

Kansliet korrigerar enligt förslag.

- Mer etiskt rätt att hemregionen betalar för all transport av avlidna oavsett om det är remitterad eller ej remitterad vård.

En sådan ändring i Riksavtalet skulle innebära ett utökat åtagande som samtliga regioner i så fall måste stå bakom. Kansliet gör därför ingen

ändring i denna del." Om hemregionen ändå vill stå för denna kostnad finns det enligt kansliet inget som hindrar detta.

Synpunkter på 7.5

- Förekomsten av ordet taxi i avsnittet Sjukresor.

Kansliet formulerar om och ordet taxi tas bort.

- Att dialog ska ske med hemregionen kring sjukresor.

Kansliet bedömer att det är tillräckligt att resan beställts och genomförs i enlighet med vårdregionens regelverk. Är det fråga om hemresa, kan ev. dialog om valet av transport diskuteras med hemregionen enligt den ändring som görs i 7.1 efter inkomna synpunkter på förslaget.

- Att skilja på sjukresor och transporter mellan vårdgivare i kapitel 7.

Kansliet ser att det redan görs eftersom sjukresor har en egen rubrik i kapitel 7.

- Önskemål om att sjukresor och transporter på olika sätt ska vara mer framträdande och mer reglerat i riksavtalet, tex. genom skrivningar vid varje kapitel, fler avsnitt i kapitel 7, eller bilaga om sjukresor.
- Synpunkter har även inkommit från Svensk kollektivtrafik och deras nätverk Sjukreseansvariga. Synpunkterna är i de stora dragen i samma sfär som andra synpunkter på kapitel 7 (och 8). Skrivelsen finns i bilaga med de andra remissyttrandena för kännedom.

Kansliet vill här föra fram att riksavtalet behöver vara ett dokument med övergripande principer och kan och ska inte heller utgå för att vara ett heltäckande regelverk. Det finns inte utrymme för att vara i detaljer som riskerar att styra ända in i de lokala rutinerna på ett för ingripande sätt. Kapitel 7 ska inte ses som fristående från de övriga kapitlen, utan snarare som stödjande eller komplement till dessa, och tvärtom.

8 Ersättning

- Inget att tillägga. (avsnitt 8.10 mycket bra att det tillkommit)
- Att skrivningar som tidigare fanns i bilagan för kapitel 8, bör finnas kvar. (Om att man har rätt att ersättas för både öppen vård och sluten vård i anslutning till varandra och vid sluten vård och om man samtidigt söker öppen vård.)

Kansliet hänvisar till bl.a. kapitel 3.1 men också till grundprincipen i riksavtalet att utförd vård ska ersättas.

Synpunkter 8.1

- Föreslår en annan formulering: " Privata vårdgivare fakturerar sin kontraktspart, dvs, kontraktsslutande region. Den kontraktsslutande region fakturerar i sin tur hemregionen."

Formuleringarna är snarlika och kansliet väljer att behålla formuleringen i förslaget.

- Att begreppet skälighet ska läggas till i kapitel 8.1.

Kansliet lägger till ordet skälig. Det fanns tidigare med i kapitel 8.

- Anser att meningen ” i den mån en region önskar att fakturorna ska skickas till specifika enheter...” bör tas bort.

Kansliet föreslår att meningen blir kvar med hänvisning till att meningen inte är ny, inte har genererat några frågor, och att det endast lyfts i ett yttrande.

Synpunkter 8.2

- Att skrivningen ”att en regions avtal med en privat vårdgivare, avseende öppen vård, ska var öppet för alla regioners patienter” är borttagen. I stället för att tas bort bör skrivningen förstärkas.

Kansliet skriver in om detta i riksavtalets inledande avsnitt i stycket som rör kontrakt med privata vårdgivare.

- Bakgrunden "enhetliga priser för en vårdtjänst vid en och samma vårdenhet" nämns inte i remissmissivet. Begreppet vårdenhet behöver förtydligas om det gäller sjukhus, klinik eller avdelning.
- 8.2 Behöver förtydligas vad som menas med enhetliga priser för en vårdtjänst vid en och samma vårdenhet.
- Svårt att se betydelsen av stycket ”enhetliga priser för en vårdtjänst ...” och önskar förtydligande.

- Stycket omskrivet kring "en och samma vårdenhet och olika priser på olika vårdenheter inom en region". Önskar förtydligande då de tolkar det som en annan innebörd än tidigare, vilket i dialog med SKR inte varit meningen. Idag har vissa regioner olika priser inom sjukvårdsregionen resp. utom sin sjukvårdsregion.

Kansliet: Detta är inte någon ny skrivning i sak och det har inte förekommit någon större mängd frågor om det utifrån tidigare avtal. Kansliet bedömer att det kan förtydligas i frågor och svar.

- Ett förtydligande bör göras så att det inte tveksamhet uppstår kring möjligheten att fakturera enligt kostnad per patient (KPP), där kostnaden beräknas för varje individuell vårdkontakt.

Kansliet anser inte att skrivningarna kan vara på den detaljnivån/exempelnivå i avtalet. Däremot är det viktigt för transparensen både på fakturan och i framtagandet av regionala prislistor, att det är tydligt på vilka grunder man fakturerar, tex. KPP eller DRG.

Synpunkter på 8.3 och 8.4

- Angående skrivningen i 8.3; Är överenskommelse rätt begrepp att använda sig av när det handlar om ersättningsfrågor mellan beställare och utförare? Vårdval eller avtal kan förslagsvis användas i stället.

Kansliet: Då avsnittet rör egen regi i vårdval, ansågs begreppet "överenskommelse" fungera just här, då det inte är fråga om ett avtal i formell bemärkelse med egen regin.

- Tillägget om att fakturera enl. regional prislista istället för rörlig ersättning per patient saknar förklaring i remissmissivet. Det kan finnas en risk att kostnaderna ökar för vård som utförs inom ett vårdvalssystem eller som omfattas av LOV eller LOU.
- Skrivningen är inte helt tydlig under 8.3 och att det inte finns ett explicit krav på att vårdvalets prislista gäller för patienter från annan region. Det innebär i så fall att hemregionen skulle kunna få höga kostnader per vårdkontakt. Därför önskas att vårdvalets prislista även ska gälla för utomlänspatienter.
- Behov av förtydligande kring när valet kan komma att hamna på att använda regional prislista.

Kansliet hänvisar bakgrunden till denna nyhet till ekonomidirektörsnätverket som arbetade särskilt med kapitel 8 och just denna förändring förordades. Kansliet kan inte bedöma risken för

ökade kostnader, men hänvisar till vikten av transparens kring valet av sätt att fakturera.

- Det eventuella påslag för utförarnas fria nyttigheter bör begränsas till att uppnå till någon %-sats i förhållande till den vård som hemregionen blir debiterad för.
- Det blir otydligt att blanda ihop medicinsk service under definitionen av med fria nyttigheter och förslår att medicinsk service stryks från meningen.
- Texten behöver förtydligas vad transparens innebär och vad som krävs för att fakturera utöver kostnaden som regionen har i utbetalning till privat leverantör. Föreslår att texten kan förtydligas att uppgifterna ska bifogas på en bilaga.
- Förtydliga kring frasen "Transparens behöver finnas kring valet". Ska det vara text på fakturan, information på webben eller till SKR?
- Att principerna i kommunallagen som ligger till grund för förbudet att ta ut avgifter för invånare, även bör genomsyra avgifter och faktureringen.

Kansliet ändrar skrivningen till "Transparens behöver finnas kring grunderna för fakturering.", istället för "...kring valet". På lite olika håll i riksavtalet berörs transparens eller betydande öppenhet, och skälighet. Vad gäller framtagandet av prislistor behöver betydande öppenhet finnas i fråga om redovisning av vårdkostnader, (s 5.) För att skälighetsbegreppet ska få relevans krävs av regionerna en betydande öppenhet som rör vårdkostnader, (ur. Definitionslistan). Det handlar om transparens i olika led, från framtagande av prislistor till att det är tydligt på fakturan hur man räknat, vilken prislista man använt eller kanske att synliggöra en faktisk kostnad för någon del som t.ex. inte täcks i avtalet med en leverantör. En detaljerad beskrivning av vad som ska stå på fakturan låter sig inte göras i riksavtalet.

Synpunkter 8.6

- Skrivningen välkomnas även om den behöver förtydligas och innefatta fler områden. Skrivningen avser endast digitala kontakter i primärvården. Digitala tjänster utvecklas snabbt även i den specialiserade vården och utförs även av privata vårdgivare.
- Komplettera rubriken med att det är distanskontakter i primärvården som avsnittet avser.
- SKRs rekommendation gäller bara primärvård. Anser att det bör förtydligas med vad som ska gälla för specialistvården.

Kansliet håller med om att utvecklingen av digitala vårdtjänster inom den specialiserade vården är under snabb utveckling. I riksavtalet i dag

berörs dock bara digitala vårdtjänster i kapitel 4.1 Öppen vård och därefter i kap 8. Ersättningar. För att erhålla den slutna vården behöver det finnas en remiss. Eventuell förekomst av digitala inslag efter remitterad vård ersätts i vanlig ordning utifrån de olika avsnitten i kapitel 8. SKRs Rekommendation om gemensamma utomlän ersättningar för digitala vårdtjänster, omfattar bara primärvård i dagsläget. Kansliet lägger till primärvård i rubriken för 8.6 och i texten för att förtydliga att det bara är det som avses.

Synpunkter 8.7

- Det skulle kunna framgå i 8.8 om patientavgifter ska avräknas eller inte i den skäliga ersättningen. Underförstått att det ska ingå i beräkningen, men det vore fördelaktigt om det regleras och beskrivs.

Kansliet: Patientavgifter hanteras och redovisas enligt vanliga rutiner. Transparens om hur man räknat fram det som står på fakturan, tex. avdrag av patientavgift.

- Meningen är ofullständig, gäller för vem? Förslås skrivas om till: ”Patient betalar patientavgift enligt vårdregionens avgiftsregelverk om inte annat överenskommit eller regleras i författning.”
- Ser inte att i vilka situationer sådana överenskommelser om patientavgifter skulle kunna existera, då det är kommunala beslut och inte avtalsbara.

Kansliet tar för att förtydliga bort “...överenskommit eller regleras i författning.”. Avsikten med ”om inte annat överenskommit” var att inte låsa skrivningen inför eventuella framtida överenskommelser regionerna emellan på nationell nivå eller lagstiftning, men en sådan skrivning bedöms vid närmare eftertanke inte vara varken behövligt eller önskvärd i riksavtalet.

Synpunkter 8.8

- Angående skrivningen att bara folkbokförda i Sverige kan faktureras annan region med undantag för icke folkbokförda som remitterats. Det skulle vara en fördel att förtydliga vad som gäller vid behov av akut nationell högspecialiserad vård.
- Är det den region som först tar hand om en patient som inte är folkbokförd som är betalningsansvarig för vården vid remiss till annan region, exempelvis högspecialiserad vård? Förtydliga.
- Innebär skrivningen ”endast fakturera folkbokförda med undantag för icke folkbokförda patienter som remitterats”, att man inte kan fakturera för asylsökande?

Kansliet väljer att ta bort skrivningen om undantaget, då grundprincipen är att avtalet endast avser folkbokförda patienter. Första delen av meningen står kvar för att grundprincipen ska vara uttalad. Det var det inte i tidigare avtal utan det var bara underförstått. Icke folkbokförda hanteras i annan ordning utanför riksavtalet. Eventuellt kan resonemangen utvecklas i frågor och svar kring hur icke folkbokföra, t.ex. asylsökande och EU medborgare ska hanteras. Vägledning bör dock finnas i viss utsträckning redan i dag hos exempelvis försäkringskassan.

- Anser att stycket även ska ta hänsyn till eventuell efterreglering av ersättning. Förslag på tilläggsformulering. "Rätten till efterreglering av utsänd faktura anses förfallen 6 mån efter vårdtjänsten avslutades".
- Komplettera med att vidarefakturerings av faktura kan ske upp till 9 månader.
- Synkroniserad de olika tidsintervallerna för att fakturera, bestrida faktura och för när dröjsmålsränta kan tas ut. Förslagsvis så att dröjsmålsränta inte tas ut förrän tidsfönstret för bestridandet gått ut.
- Punkten bör förtydligas inte minst avseende transporter.
- Fakturaunderlagen behöver hålla en högre kvalitativ nivå, avseende informations-/datainnehåll. Idag är de ofta bristfälliga och felaktiga.
- Föreslår att "lämpligt intervall" ersätts med "efter överenskommelse".
- Förslår att kravet förfallit om det inte fakturerats 9 månader efter att vårdkontakten avslutades, istället för 6 månader.
- Förtydligande eller tillägg kring fakturera sexmånader efter vårdtjänsten avslutats:"... förutom där externa kostnader exempelvis för genetiska tester, inte har inkommit under denna period att dessa kostnader kan faktureras separat inom 12 månader."

Dialog förordas i riksavtalet även utan att det står uttryckligen i varje del och grundprincipen i riksavtalet är att vårdregionen ska ersättas för utförd vård. Synpunkterna är exempel på när dialog kan behövas om både patientens vård och om hur och när vården kan faktureras på bästa sätt. Det finns inget lagstiftningsmässigt, som hindrar att komma överens om t.ex. en längre tid för att fakturera. Den bortre gränsen är tre år enligt preskriptionslagen. Riksavtalet är inte avsett att detaljreglera faktureringsrutiner.

Synpunkter 8.9

- Efterlyser en skrivning att den nationella tjänsten ska vara förstahandsval och att regionerna ska sträva efter att använda den.

- Anser att "vårdnivå" ska utgå från de listade uppgifter som fakturan anges ska innehålla, p.g.a. att regionerna är olika organiserade och har olika förutsättningar att ange detta. Uppgiften är heller inte obligatorisk i den nationella tjänsten för utomlänshälsöfakturering.

Kansliet tar bort "vårdnivå" i listan. Kansliet håller med om att användningen av den nationella tjänsten är att föredra. Men då regionerna har kommit olika långt i anslutning, bedömde kansliet att det i dagsläget var tillräckligt att lyfta fördelar med tjänsten, som att det underlättar fakturakontroll och uppföljning samt tillgodoser krav på sekretess.

- Skrivningen "Samtliga kostnader för vården ska redovisas på en och samma faktura..." är inte en ny skrivning men kan behöva förtydligande. Privata aktörer kan medicinsk service och besök rapporteras in vid separata tillfällen, och vad gäller vid behandlingsserier.
- Det finns situationer där det inte går att fakturera alla kostnader på en faktura. Mjuka upp skrivningen om "samtliga kostnader på samma faktura" så att det blir en riktning men inte ett krav.

Kansliet gör ett tillägg i skrivningen med "i möjligaste mån" ska samtliga kostnader för vården redovisas på en och samma faktura. Grundprincipen i riksavtalet är ju att vårdregionen ska få betalt för den vård som utförts, även för de delar som inte följer det normala flödet, till exempel för genetiska tester som kan ta längre tid. Det är att förorda att man vid behov för en dialog om hur man kommer att fakturera, tex. om behandlingsserier kommer faktureras efter varje tillfälle eller efter avslutad seriebehandling.

- Förslår ny skrivning: "Fakturan ska innehålla uppgifter som krävs enligt nationella överenskommelser om den vård som utförts, i syfte att hemregionen ska kunna utföra fakturagranskning" och Skrivning "Om betalande region inte anser att informationen är tillräcklig för ändamålet, kan ytterligare informationsutlämning kräva sekretessprövning innan den eventuellt kan lämnas ut."

Riksavtalet kan inte innehålla detaljerade beskrivningar av faktureringsrutiner eller beskriva sådant som är reglerat eller överenskommet någon annanstans. Dialog kring eventuell avsaknad av tillräcklig information behöver föras mellan de aktuella regionerna och lösas inom ramen för allmänna sekretessregler osv. Det bör kunna ske även utan en skrivning i riksavtalet.

Synpunkter 8.10

- Ställer sig positiv till en gemensam hantering av fakturering av personer med skyddade personuppgifter.
- Uppfattas som bra att det tillkommit ett nytt avsnitt om skyddad folkbokföring och sekretessmarkering. Önskar dock ett förtydligande om vad som gäller när patienten vidare remitteras vid akut vård.
- Det bör framgå att stycket även gäller vid transporter och hjälpmedel.

Kansliet: Kapitel 8 hanterar utomlänsvård och andra tjänster som lämnats enligt bestämmelserna i kapitel 2-7, det vill säga även transporter och hjälpmedel. Detta framgår i 8.1.

- Risk att det kan innebära en ojämn kostnadsfördelning där tex. regioner med universitetssjukhus i större utsträckning kan vara aktuella för egenremiss.

Kansliet: Om man i synpunkten avser att patienten på eget val söker öppen vård och att dessa kontakter tidigare har fakturerats trots skyddade personuppgifter, så kan det bli en kostnadsökning. Patientens säkerhet har i och med skrivningen satts före ekonomi. Egenremiss är inte en remiss i riksavtalets mening utan är att se som en förfrågan från patienten om vård, liksom ett telefonsamtal för att boka tid. Begreppet egenremiss förekommer inte i riksavtalet.

- Bejakar förtydliganden i förslaget gällande skyddade personuppgifter. Dock finns inget systemstöd för remiss-id eller referens vid fakturering. Risk för att det kan leda till ökade kostnader för universitetssjukhusregioner. Idag faktureras hemregionen vid sekretessmarkering, efter kontroll mot skatteverket, tex. gällande akuta patienter.
- Behov av utveckling av nuvarande processer för indata (remiss-id) och utdata i form av fakturainformation (remiss-id). Införande av förslaget behöver en övergångsperiod för att möjliggöra ett utvecklingsarbete.

Kansliet: Skrivningens innebörd är att man kan fakturera om man kan göra det på ett sätt som inte riskerar att röja patienten, tex. genom att använda remiss-id. Kan man inte det, så ska man inte fakturera patientens hemregion. För att förtydliga ändrar kansliet skrivningen till: "I dessa fall måste fakturering ske...."

Joki Malin RK STAB

Från: Sveriges Kommuner och Regioner <utskick@skr.se>
Skickat: den 15 april 2025 08:12
Ämne: Meddelande 6/2025 Riksavtalet för utomlänsvård
Bifogade filer: Meddelande_6_Riksavtalet för utomlänsvård.pdf

Till samtliga regionstyrelser

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har den 11 april 2025 beslutat om Riksavtal för utomlänsvård, se bilaga. Notera att regionerna ombeds behandla rekommendationen och inkomma med beslut om rekommendationen senast den 15 augusti 2025.

För frågor om riksavtalet, kontakta Emma Everitt (emma.everitt@skr.se), avdelningen för vård och omsorg,

Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges Kommuner och Regioner
Hornsgatan 20
118 82 Stockholm
+46 8 452 70 00
www.skr.se