Avtal om vård vid universitetssjukhus mellan landsting och regioner i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion

2016-2019

Ett underavtal till
Avtal om samverkan i
Uppsala-Örebro sjukvårdsregion 2016-2019



**Innehållsförteckning**

§ 1 Avtalets omfattning 3

§ 2 Utfärdande av remiss 3

§ 3 Särskilda krav på kontakt och samråd med remitterande läkare/klinik i hemlandstingen 4

§ 4 Felaktigt utförande 4

§ 5 Informationsöverföring under vårdtiden 5

§ 6 Återföring av patient 5

§ 7 Redovisning av utförd vård 5

§ 8 Verksamhetsgaranti - tillgänglighet 5

§ 9 Patienttransporter 6

§ 10 Vård enligt avtalet och samspelet utanför sjukvårdsregionen 7

§ 11 Ledning och styrning samt dialog och samverkan 7

§ 12 Uppföljning 8

§ 13 Utvecklingsområden 8

§ 14 Pris- och ersättningssystem 8

§ 15 Ersättning för läkarkonsultationer 8

§ 16 Ersättning för läkares utbildning på sjukhusen 9

§ 17 Övriga förutsättningar 9

§ 18 Ersättning vid tjänsteköp avseende länssjukvård utanför universitetssjukhusen 10

§ 19 Betalningsvillkor - Fakturering 10

§ 20 Ansvar för skada på person eller sak 11

§ 21 Giltighetsperiod, uppsägning och omförhandling 11

§ 22 Kompletteringar i avtalet 11

§ 23 Force majeure 12

§ 24 Tvist 12

§ 25 Kontaktpersoner och underskrifter 12

Appendix 1 Pris och ersättningsmodell 15

Appendix 2 Utvecklingsområden 20

Appendix 3 Planering och uppföljning i samverkan 22

Appendix 4 Uppföljning 23

**Bakgrund**

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

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

## Avtalets omfattning

Detta avtal är ett ramavtal för vård vid universitetsjukhus, inklusive tillhörande tjänster som utbildning och konsultationer.

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

Med ”landsting” och ”landstingen” avses i detta avtal Landstinget Dalarna, Region Gävleborg, Region Örebro län, Landstinget i Värmland, Landstinget Sörmland, Landstinget Västmanland samt Landstinget i Uppsala län och med sjukhus/sjukhuset/sjukhusen avses i detta avtal Akademiska Sjukhuset i Uppsala, Universitetssjukhuset i Örebro och med dessa organiserade vårdverksamheter.

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

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

Samverkan mellan landstingen regleras, utöver detta avtal, av riksavtalet för hälso- och sjukvård, avtal om regional samverkan i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion och i förekommande fall bilaterala mellanlänsavtal.

I enlighet med riksavtal och patientlag har patient rätt att själva fritt söka viss vård hos vårdgivare. Även denna vård omfattas av detta avtal.

## Utfärdande av remiss

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

Remittenten ansvarar för att tydligt beskriva den vård som ska utföras.

Remissmottagaren ansvarar för att leverera den vård som är beställd.
Remissen utgör en vårdbegäran och är också en betalningsförbindelse som gäller för samtliga enheter inom sjukhuset för det ursprungliga vårdbehovet.

Planerade akuta patienter och subakuta patienter, kan vårdas utan remiss, muntlig och journaldokumenterad överenskommelse räcker.

Vårdgivande sjukhus utser patientansvarig läkare för vårdtillfället och den utsedde läkaren svarar för kontakterna med remitterande läkare. Remiss för vård kan gälla enbart öppen vård eller både öppen och sluten vård. Remiss gäller generellt under ett (1) år om inget annat avtalas/anges på remiss.

Vid behov av vidareremittering utanför sjukhus, från den enhet till vilken remissen är ställd, skall kontakt tas med remitterande enhet i hemlandstingen som också erhåller kopia på vidareremissen. Kontakter om vidareremittering skall alltid dokumenteras hos berörda parter.

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

## Särskilda krav på kontakt och samråd med remitterande läkare/klinik i hemlandstingen

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

Vid uppenbart undvikbara komplikationer skall, via dialog, en uppgörelse ske om kostnadsfördelningen. Vårdskada/undvikbar komplikation definieras enligt SOSFS 2011:9 som lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd, dvs. något som inte ses som en naturlig följd av vården.

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

Under avtalsperioden ska sjukhusen tillsammans med landstingen/regionerna utveckla kunskapsöverföringen kring detta enligt. Appendix 2 Utvecklingsområden.

## Felaktigt utförande

Om sjukhusen utför avtalade tjänster på ett felaktigt sätt– genom avvikelse från, nationella eller regionala, evidensbaserade riktlinjer eller vårdprogram, har landstingen rätt att begära att sjukhusen fullgör tjänsterna genom att exempelvis anlita annan vårdgivare.

Samråd mellan sjukhuset och remitterande klinik i hemlandstingen skall göras innan ny vårdgivare anlitas.

Kostnaden för vård hos annan vårdgivare sker på sjukhusens bekostnad och till avtalat pris*.*

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

Under avtalsperioden ska sjukhusen tillsammans med landstingen/regionerna utveckla kunskapsöverföringen kring detta enligt Appendix 2 Utvecklingsområden.

Akademiska sjukhuset och Universitetssjukhuset i Örebro bör samverka så att gemensam syn på ersättning uppnås.

## Informationsöverföring under vårdtiden

Sjukhusen ska löpande, till remitterande enhet i landstingen, överföra information gällande enskild patient under vårdprocessen/remissens giltighetstid. Detta gäller även besöksremisser för enstaka besök, när remisser behöver förnyas samt om omständigheter inträffar som påverkar vården och/eller vårdtiden för utredning/behandling.

Parterna är överens om att under avtalstiden gemensamt verka för att överföringen skall utvecklas enligt Appendix 2 Utvecklingsområden.

## Återföring av patient

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

Hemlandstingen skall alltid ta ställning till var uppföljning och kontroll skall ske.
I normalfallet sker uppföljning och kontroll i hemlandstingen såvida inte annat överenskommits.

Rutiner för detta ska hanteras genom dialog på verksamhetsnivå.

Skulle återföring av patient inte ske enligt ovanstående kriterier har landstingen rätt till kostnadsreducering för den del av fakturerade vård­kostnader som inte uppfyller ovanstående krav. Om återföring ej kan ske på grund av att hemlandstinget ej kan ta emot patienten enligt ovan har sjukhusen rätt till full ersättning enligt avtalet.

## Redovisning av utförd vård

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

Om patienten återförs till landstingens vårdinrättningar för fortsatt vård skall sjukhusen kontakta mottagande enhet före återförandet och epikris alternativt annan för den fortsatta vården adekvat medicinsk information ska medfölja patienten.
Epikris/remissvar i övriga fall översändes senast tio (10) arbets­dagar efter utskrivning.

För särskilt kostbara och omfattande/långvariga vårdepisoder ska sjukhusen löpande hålla landstingen informerade om upplupna vårdkostnader.

## Verksamhetsgaranti - tillgänglighet

Verksamhetsgarantin avser patienter som remitterats till sjukhusen för specialiserad vård och inom ramen för sjukhusens fastställda utbud, samt enligt mellan landstingen och sjukhusen överenskommen produktionsplanering enligt Appendix 2 Utvecklingsområden och Appendix 3 Planering och uppföljning i samverkan.

Landstingens patienter skall erhålla behandling/vård inom av medicinska skäl motiverad tid.

Med produktionsplaneringen som grund skall landstingen och sjukhusen tillse att tillgängligheten uppfylls enligt följande:

Akuta fall Genast

Medicinskt prioriterade fall Inom 1 månad

Oprioriterade fall Inom 3 månader (eller enligt lagreglerad vårdgaranti)

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

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

För att minska riskerna för att vård inte kan erbjudas inom stipulerad tid ska parterna utveckla gemensam produktionsplanering enligt Appendix 2 Utvecklingsområden.

Även för lågt medicinskt prioriterade åkommor kan, efter överenskommelse, tillgänglighetskravet modifieras. Vid katastrofer, där exceptionella krav ställs på medicinska insatser från enskild verksamhet vid sjukhusen, kan tillgänglighetsparagrafen ej tillämpas.

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

Sjukhusens kostnadsansvar hos annan vårdgivare gäller ej för den vård som härrör till tillfällig kapacitetsbrist i respektive landsting, om inte särskild överenskommelse sluts angående detta.

Parterna är överens om att i takt med att nationella standardiserade vårdförlopp beslutas ska sjukhusen säkerställa kapaciteter kring väntetider för diagnostik mm som ingår i respektive vårdförlopp.

## Patienttransporter

Överflyttning, permission och ambulanstransporter skall i första hand ske med respektive landstings egna sjuktransportfordon. Lufttransporter till och från sjukhusen får endast beställas efter godkännande av ansvarig befattningshavare hos respektive landsting.

## Vård enligt avtalet och samspelet utanför sjukvårdsregionen

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

Förändringar i landstingens remissflöden ska kommuniceras med sjukhusen i den gemensamma produktionsplaneringen.

För sjukvård som sjukvårdsregionen tillsammans bestämt behöver kompletteras till sjukvårdsregionens verksamheter ska parterna beakta möjligheten att teckna gemensamma avtal.

## Ledning och styrning samt dialog och samverkan

Samverkan inom sjukvårdsregionen styrs av ett flertal avtal, underavtal och bilagor/appendix till dessa.

Samverkan vinner på att ske på flera nivåer inom sjukvårdsregionen.

Inom detta avtal sker samverkan och dialog minst på följande nivåer:

        Ledningsnivå

        Centrum/divisionschefs- och/eller verksamhetschefsnivå

På respektive nivå ska minst följande områden finnas på agendan vid olika samverkansmöten.

        Vårdprocessförbättringar

        Kompetens och stödfunktion

        Planering

Se även Appendix 3 Planering och uppföljning i samverkan.

Parternas ambition är att en långsiktig relation upprätthålls under avtalsperioden med ett ömsesidigt åtagande att bidra till en gynnsam utveckling för både landstingen och sjukhusen. Innehållet i denna samverkan kan konkretiseras i underavtal. Dessa underavtal ska utgöra en gemensam kunskapsbas för lösningsmöjligheter.

Att upprätthålla en långsiktig relation inom sjukvårdsregionen ska även utgöra en möjlighet för att, mellan sjukhusen, mellan sjukhus och landsting samt mellan landstingen beskriva och fånga vinster med ett ömsesidigt patientutbyte.

Sjukhusen har alltid skyldighet att tillmötesgå begäran om information från enskilda verksamhetsområden. Det kan gälla information om vårdprogram, behandlingsprinciper, bemanning, faktureringsprinciper etc.

Kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte skall ske till respektive klinik avseende utvecklingsaktiviteter och annan metodkunskap per specialitet.
Under avtalsperioden är en viktig målsättning att genom utbyte av kompetens minska behovet av att utbyta patienter mellan landsting och sjukhus där inte nivåstrukturering tillämpas.

Se även Appendix 2 Utvecklingsområden avseende förbättringsarbeten kring vårdprocesser.

## Uppföljning

Parterna är överens om att avtalsrelationen behöver följas upp för att utvecklas på ett positivt sätt. Samverkan inom avtalet är viktigt för att resurserna bäst ska kunna utnyttjas för en jämlik, jämställd och högkvalitativ vård till sjukvårdsregionens befolkning.

För att uppnå detta är parterna överens om att minst varje år gemensamt följa upp gällande avtal.
Landstings-/regiondirektörerna i landstingen/regionerna ansvarar för uppföljningen. Uppdrag kan ges till andra funktioner inom resp. landsting och sjukhusen.

Sjukhusen ska även ha separat uppföljning med varje köpande landsting/region avseende just deras specifika köp och samverkan.

Uppföljningen ska minst avse följande områden.

        Ekonomi och Produktion

        Medicinska resultat och kvalitet

        Tillgänglighet

        Målsättningar och intentioner i avtalet

Respektive uppföljningsforums omfattning framgår av Appendix 3 Planering och uppföljning i samverkan.

Parterna är överens om att utveckla uppföljningen i enlighet med Appendix 2 Utvecklingsområden.

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

## Utvecklingsområden

Parterna skall under avtalsperioden utveckla ett antal områden.

Prioriterade utvecklingsområden framgår av Appendix 2 Utvecklingsområden.

## Pris- och ersättningssystem

I Appendix 1 Pris och ersättningsmodell regleras hur så väl prislistor ska tas fram som hur ersättningssystemet är utformat för avtalets innehåll.

## Ersättning för läkarkonsultationer

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

Ersättning för enstaka timme utgår med 8-delar av heldagspris.

## Ersättning för läkares utbildning på sjukhusen

Sjukhusen åtar sig att, ta emot läkare från landstingen för utbildning.

Överenskommen planering ska finnas mellan respektive sjukhus och landsting, och antalet utbildningsplatser får ej ändras utan att ny överenskommelse tecknas.

Med utbildning av läkare avses här ST-läkare (läkare under specialisttjänstgöring), specialistläkare som utbildar sig inom en sidospecialitet samt redan specialistkompetenta läkare som vill höja sin kompetens.

Följande ersättningssystem gäller för ST-läkares sido- och vidareutbildning och sammanräknas sjukhusövergripande:

* Utbildningsperiod upp till 1 månad räknas som auskultation/ introduktion och landstingen står för hela lönekostnaden.
* Utbildningsperiod upp till 6 månader, att lönekostnaderna fördelas lika mellan landstingen och sjukhusen. Jourersättningar belastar alltid sjukhusen.
* Efter 6 månader står sjukhusen för hela läkarlöne­kostnaden i förhållande till tjänstgöringsgrad på sjukhuset.
* Lön utgår enligt ordinarie anställnings­villkor. Överenskommelsen gäller både för landstingen och för sjukhusen.

Följande ersättningssystem gäller för färdiga specialisters sido- och vidareutbildning och sammanräknas sjukhusövergripande:

* Om ST- läkaren har en specialist- eller överläkartjänst betalar sjukhuset upp till lägst lön för specialistläkare vid det aktuella sjukhuset och hemlandstinget den överskjutande lönen.
* Samma principer gäller för jourtjänstgöring inom utbildningsområdet, under förutsättning att läkaren inte arbetar självständigt som jour, då sjukhusen bär hela kostnaden.
* Om sjukhusen nyttjar läkaren för jour inom redan erhållen specialitet ska denne ersättas till 100% av sjukhuset.

## Övriga förutsättningar

Följande allmänna förutsättningar gäller:

* Konsultationer (telefon, brev, elektroniskt) mellan vårdgivarna ingår utan särdebitering.
* Vårdgivarkontakter på distans utan patientmedverkan, exempelvis multidisciplinära videokonferenser ingår utan särdebitering.

Exempel på förfrågningar/besök som ej är att betrakta som fria konsultationer:

* Läkarbesök på distans. Patienten är med på videolänk i hemlandstinget med ”hemmaläkaren”.
* Teambesök på distans. Patienten är med på videolänk i hemlandstinget med ”hemmateamet”.
* Utredningar av mer omfattande karaktär, där remiss normalt borde skickas.
* Läkarkontakt på distans. Specifika behandlings- och utredningsråd utanför den egna vårdenheten.

Ej kvalificerade indirekta vårdkontakter (definition enligt patientregistret) mellan vårdgivare och vårdtagare ska ej debiteras.

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

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

## Ersättning vid tjänsteköp avseende länssjukvård utanför universitetssjukhusen

Landstingens erhållna ersättning vid universitetssjukhusens tjänsteköp avseende länssjukvård utanför universitetssjukhusen grundas på den regionala prislistan.

Ersättningen för en patient som förs över, från sjukhus, till annat landsting inom sjukvårdsregionen, innan vården slutförts eller av resursbrist/vårdplatsbrist, ska baseras på universitetssjukhusens prislista.

Avsteg från denna princip ska överenskommas i varje enskilt fall.

## Betalningsvillkor - Fakturering

Alla åtgärder kopplade till remitterad patient vid ett och samma vårdtillfälle skall faktureras samtidigt på en och samma faktura.
Om landsting önskar ska vårdepisoder längre än 1 månad kunna faktureras månadsvis.

Viss särfakturering sker av medicinsk service.

Sjukhusen skall, om kunden så önskar, som komplement till, eller istället för, pappersfakturor även leverera fakturor och fakturaunderlag i elektronisk form.

Fakturainnehåll ska följa de av SKL eller landstingen i sjukvårdsregionens vid var tid gällande överenskommelse.

Samtidigt som pappersfakturor skrivs ut och postas skickas en fil till respektive landsting/region för varje fakturarad enligt överenskommen specifikation. Sjukhusen levererar filen till av respektive landsting/region anvisad FTP-server.

Fakturering skall ske löpande, med angivande av remitterande klinik hos landstingen. Utförda tjänster skall faktureras inom sex månader efter avslutad vård, därefter förfaller ersättningsrätten.

Då faktura och epikris/remissvar översänts till landstingen skall efterfrågad åtgärd betraktas som utförd och avslutad. Efterdebiteringar godkänns inte. Undantag gäller om godtagbara skäl för förseningen anges, är rena korrigeringar eller beror på till sjukhusen inkommande fakturering från annan vårdgivare.

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

Betalningsvillkor för faktura skall vara per 30 dagar netto från att faktura och epikris/remissvar eller motsvarande journaldokumentation mottagits av landstingen.

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

## Ansvar för skada på person eller sak

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

## Giltighetsperiod, uppsägning och omförhandling

Detta avtal gäller 2016- 01-01 - 2019-12-31, oaktat avtalet tecknas vid en senare tidpunkt, med möjlighet för parterna gemensamt till förlängning ett (1) år i taget. Avisering till sjukhusen om eventuell förlängning sker senast sex (6) månader före avtalstidens utgång.

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

Om samtliga parter är överens om att avtalet ska upphöra genom beslut i Samverkansnämnden och respektive landsting (vid behov) så kan avtalet upphöra med kortare varsel.

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

Om en ekonomisk utvärdering ger att ersättningen ger en avvikelse utanför toleranserna, enligt överenskomna rutiner, får part yrka på omförhandling av avtalet. (se Appendix 2).

## Kompletteringar i avtalet

Samtliga avtalshandlingar kompletterar varandra.

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

1. skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal

2. detta avtal med appendix

Kompletteringar, tillägg och appendix till detta avtal skall vara skriftliga och omfatta samtliga avtalsparter med undantag av tillägg till produktionsplanering enligt Appendix 2 Utvecklingsområden, som kan upprättas bilateralt. Eventuella ändringar görs lämpligen årligen i anslutning till fastställandet av de ekonomiska beräkningarna av utfallet i Appendix 1 Pris och ersättningsmodell.

## Force majeure

Sjukhusen vidkännes och har accepterat att åtagande enligt detta Avtal bland annat syftar till att garantera Tjänsten även i situationer av force majeure karaktär. Sjukhusen är befriade från påföljd för underlåtenhet att fullgöra förpliktelser enligt detta Avtal om underlåtenheten har sin grund i omständigheter utanför sjukhusens kontroll och som förhindrar eller allvarligt försvårar fullgörandet av förpliktelsen. Sjukhusen skall aktivt arbeta för att minska effekterna av hindret. Så snart hindret upphört skall förpliktelsen fullgöras på avtalat sätt. Såsom befriande omständighet skall bland annat anses sådana fel och brister som beror av naturkatastrof eller liknande, även som t ex arbetskonflikt, eldsvåda eller översvämning. Om sjukhusen önskar åberopa en befrielsegrund eller att en sådan har upphört, skall landstinget/regionen utan dröjsmål muntligt underrättas och på sjukhusens begäran skall landstinget/regionen skriftligen bekräfta mottagandet av underrättelsen

## Tvist

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

## Kontaktpersoner och underskrifter

Kontaktpersoner för detta avtal är:

|  |  |
| --- | --- |
| För Landstinget Dalarna | Lars Johansson, avtalschef |
| För Region Gävleborg | Petter Karlsson, avtalsdirektör |
| För Region Örebro län | Lennart Frommegård, ekonomidirektör |
| För Landstinget i Värmland | Eva-Lena Aspetorp, verksamhetsutvecklare |
| För Landstinget Sörmland | Mia Pettersson, avtalsstrateg |
| För Landstinget Västmanland | Per-Otto Olsson, medicinsk rådgivare |
| För Landstinget i Uppsala län | Gustaf af Ugglas, ekonomidirektör |
| För Akademiska sjukhuset | Karolina Sidwall, marknadschef |
| För Universitetssjukhuset Örebro | Christer Lundqvist, ekonomichef |

Underskrifter

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Ort (ÅÅ-MM-DD)

Landsting \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel Titel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Ort (ÅÅ-MM-DD)

Landsting \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel Titel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Ort (ÅÅ-MM-DD)

Landsting \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel Titel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Ort (ÅÅ-MM-DD)

Landsting \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel Titel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Ort (ÅÅ-MM-DD)

Landsting \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel Titel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Ort (ÅÅ-MM-DD)

Landsting \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel Titel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Ort (ÅÅ-MM-DD)

Landsting \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel Titel

#### Appendix 1 Pris och ersättningsmodell

Appendix 1 Ersättningsmodell

**Mål och syfte med ersättningsmodellens utformning**

Ersättningsmodellen avser ge förutsättningar för:

* en riskspridning av fasta kostnader och för variationer i kostnader för högspecialiserad vård mellan de sju regionlandstingen
* att naturliga svängningar mellan år inte ska föranleda full effekt för den fasta delens reala storlek

Modellen avser att stärka det som avses ”regiongemensamt” men samtidigt inte förhindra de förändringar och trender mot en lokalt utvecklad sjukvård som naturligt sker inom övriga delar av sjukvården.

**Större och/eller strategiska investeringar**

Större och/eller strategiska verksamhetsförändringar och större investeringar i sjukvårdsregionens landsting ska föregås av ömsesidig information mellan de sju landstingen. Ett syfte med detta är att de ska kunna leda till en effektiv resurs- och produktionsplanering samt prisjusteringar utöver normalt prisindex och/eller justering av avtalsbelopp. Avtalsbelopp och poängpriset kan också påverkas av till exempel kostnader för kommande investeringar, förändringar i uppdrag, påvisade kostnadsskillnader kopplat till patientmix och vårdtyngd m.m.

Principerna enligt ovan ska tillämpas för §§ 2,3 och 5.

Effekter på DRG - poängpriset av större och/eller strategiska verksamhetsförändringar eller investeringar ska beredas av ekonomidirektörerna inom Uppsala/Örebro sjukvårdsregion.

**Avtalstid och uppsägning**

Giltighetstiden för ersättningsmodellen enligt detta avtalsappendix ska följa samma avtalsperiod som huvudavtalet.

Kontrollstation är att ekonomimodellen enligt detta avtal ska utvärderas efter första tertialets utfall och var klart senast 30 juni samma år.

Parterna är överens om att vidta nödvändiga justeringar i ersättningsmodellen i det fall utvärderingen visar på behov av detta.

Justering ska då ske från senast det datum utvärderingen var färdig.

**Ersättningsmodell**

**Ersättningsprinciper**

Ersättningsmodellen avser vård vid Akademiska sjukhuset och Universitetssjukhuset Örebro.

§ 1 Modellen

Ersättningsmodellen baseras på Nord - DRG CC. Fakturering enligt §§ 2 och 3 utgör undantag från Nord – DRG CC.

Ersättningsmodellen omfattar såväl sluten- som öppenvård. För DRG ska den nationella referensviktlistan med klinikvårdtillfällen användas. För Akademiska sjukhuset tillämpas ett gemensamt pris för DRG - vikten 1,0. För Universitetssjukhuset Örebro tillämpas ett gemensamt pris för DRG - vikten 1,0.

Modellen kan delas in i olika delar med olika prissättning:

1. Avtalsbelopp (består av)
	1. Fast ersättning – abonnemangsbelopp
	2. Rörlig ersättning – DRG baserad ersättning
2. Ytterfall
3. Särdebitering

§ 2 Avtalsbelopp

Avtalsbeloppet baseras på de två senaste årens nettofakturerade vårdvolym exklusive ytterfall och den vårdvolym som särdebiteras enligt § 7.

Ytterfallen ska värderas utifrån universitetssjukhusens KPP-system.

Avtalsbeloppet, grundas på följande:

1. Avtalsbeloppet år Y baseras på genomsnittet av de två senaste årens nettofakturerade vårdvolym för respektive köpande landsting. Ytterfallen och särdebitering är exkluderade.
2. Värdet enligt punkt 1 ska räknas om till Y års prisnivå. SKLs framräknade prisindex LPIK exkl. läkemedel ska användas vid denna beräkning.

Större och/eller strategiska förändringar enligt 1.1 samt faktorer enligt § 7 nedan kan påverka avtalsbeloppet utöver den uppräknade historiska nivån.

§ 3 Abonnemangsbelopp

Den fasta ersättningsdelen, abonnemangsbeloppet, säkrar en långsiktig ekonomisk finansiering för infrastrukturella kostnader och för att upprätthålla nödvändig kompetens som regionalt kompetenscentrum på universitetssjukhusen.

Abonnemangsbeloppet uppgår till 50 procent av avtalsbeloppet och faktureras månadsvis.

§ 4 Rörlig ersättning

Den rörliga delen uppgår till 50 procent av avtalsbeloppet och faktureras löpande för varje vårdtillfälle.

Vid fakturering från universitetssjukhusen justeras fakturabeloppet så att den rörliga delen uppgår till 50 procent av det fastställda DRG-priset.

§ 5 Poängpris

Poängpriset för 2016 utgår från respektive sjukhus poängpris för 2014 i SKLs KPP databas uppräknat med landstingsprisindex (LPIK) exkl. läkemedel till 2016 års prisnivå. Följande principer och villkor ska vara styrande vid fastställande av poängpriset:

* Om större och/eller strategiska förändringar enligt 1.1 ovan kan påvisas och som inte ingår i 2014 års (KPP) kostnader.
* Om universitetssjukhusen kan redovisa annat godtagbart skäl att ligga över det genomsnittliga poängpriset.
* Om KPP kostnaden ligger tydligt under fakturerade intäkter.

Beräkning av poängpris (exempelår 2016);

Poängpris för respektive sjukhus 2014 XX kr

Ev. Effekt av vårdtyngd, patientmix +-XX kr

Uppräkning LPIK år 2015 o 2016 +XX kr

Ev. Krav på effektiviseringar -XX kr

Ev. Ökade kostnader, ex till följd av fastighetsinvesteringar +XX kr

**Summa poängpris XX kr**

Vid fastställande av poängpris för de båda sjukhusen ska kostnaden per DRG-poäng för universitetssjukhusen, exklusive de med högst och lägst kostnad per DRG-poäng, användas som benchmark.

§ 6 Ytterfallsersättning

Vårdtids- och kostnadsytterfall debiteras med faktisk kostnad enligt KPP eller annan överenskommen prislista eller prislista enligt § 7. Inget avdrag sker vid fakturering av ytterfall eller enligt § 7.

Gränserna för ytterfall och eventuellt övriga regler för ytterfall ska följa nationell standard.

§ 7 Särdebitering

Vårdtjänster som inte ingår eller på ett acceptabelt sätt hanteras inom DRG-systemet faktureras enligt en separat prislista.

Nya tjänster som aktualiseras under ett verksamhetsår och därför inte är definierade i beslutad prislista, ska faktureras utifrån faktisk kostnad.

**Årlig indexjustering av fast och rörligt pris**

§ 8 Indexjustering

Vid indexjustering av DRG – poängpris och andra priser ska Sveriges kommuner och landstings senast tillgängliga prognos för LPIK exkl. läkemedel användas.

**Uppföljning**

**Jämförelse av kostnadsnivå**

§ 9 Jämförelser mellan universitetssjukhusen

En jämförelse av de båda universitetssjukhusens kostnadsnivå med övriga universitetssjukhus i landet ska ske årligen. Jämförelsen ska baseras på data från den nationella databasen vid SKL. Uttag ur databasen ska ske så snart som möjligt efter det att SKL meddelat att databasen är klar.

**Redovisning av jämförelse mellan kostnad per patient och fakturering**

§ 10 Jämförelse med KPP

Landstingen i Uppsala och Region Örebro län ska årligen redovisa en jämförelse mellan de båda universitetssjukhusens kostnader för vård mätt som efterkalkylerad KPP med summan av fakturerad ersättning.

Beräkningen ska ske per landsting.

**Gemensamt utvecklingsarbete**

Under tiden 2016 – 2018 ska parterna gemensamt vidareutveckla uppföljningen kopplat till ersättningsmodellen.

Universitetssjukhusen ska årligen redovisa antal och kostnader för ytterfallen i den sålda vården.

Parterna ska verka för att tillsammans med SKL och övriga landsting utveckla metoder för jämförelser mellan landstingen och mellan universitetssjukhusen av produktionskostnader och kvalitet för olika DRG-koder, diagnoser eller motsvarande.

Parterna är överens om att verka för en gemensam utveckling av KPP – redovisningen.

**Övrigt**

§ 11 Beredning av frågor

Samtliga justeringar i appendixet ska beredas av tjänstemannaorganisationen inför beslut i Samverkansnämnden.

Parterna ska sammanträda minst fyra gånger per år i syfte att vårda och utveckla ersättningsmodellen.

§ 12 Revideringar

Behov av revideringar av teknisk art föranledda av nationella förändringar som påverkar ersättningsmodellen under löpande år t.ex. DRG – system, viktlistor etc. bereds av inom tjänstemannaorganisationen.

§ 13 Redovisningens tillgänglighet

Universitetssjukhusens redovisning av vårdkostnader ska vara tillgänglig för granskning av köparlandstingen.

§ 14 Tertialredovisning

Universitetssjukhusen ska varje tertial skicka en samlad redovisning av periodens kostnad per patient (KPP) jämfört med fakturerad kostnad till respektive köpare. KPP-kostnaden bygger på efterkalkylerade kostnader per vårdtjänst.

§15 Psykiatri

Psykiatrisk vård faktureras enligt separat prislista i enlighet med § 7.

#### Appendix 2 Utvecklingsområden

Parterna har som ambition att ständigt förbättra förutsättningar och möjligheter för verksamheterna som berörs av avtalet.

Detta appendix beskriver ett antal av de utvecklingsområden/uppdrag som parterna är överens om initialt under avtalsperioden.

Antal utvecklingsområden och innehåll i uppdragen kan komma att förändras löpande under avtalsperioden. Ett uppdaterat appendix tas då fram och undertecknas av parterna.

Då parterna har en gemensamma strävan efter ständiga förbättringar i processerna runt patienten och vården är målsättningen att med hjälp från verksamheterna inom landstingen identifiera de verksamhetsområden eller vårdprocesser som har störst behov av lokalt förbättringsarbete. Oavsett om det är på regionsjukhusen eller i annan del av vårdprocessen.

**Berörd paragraf** **Område/uppdrag**

§ 3 Särskilda krav på kontakt och samråd med remitterande läkare/klinik i hemlandstingen
Under avtalsperioden kan sjukhusen tillsammans med landstingens/regionernas verksamhetschefer/specialistråd utarbeta former för kunskapsöverföring kring de fall och händelser där undvikbara komplikationer har inträffat.

§ 4 Felaktigt utförande
Utarbeta former för ”ledningens genomgång” av vård som avvikit från evidensbaserade riktlinjer eller vårdprogram.

§ 5 Informationsöverföring under vårdtiden
Parterna är överens om att under avtalstiden gemensamt verka för att informationsöverföringen skall utvecklas till de system som respektive part använder.

§ 8 Verksamhetsgaranti - tillgänglighet
Parterna ska under avtalsperioden utveckla produktionsplaneringen inom sjukvårdsregionen.
Denna produktionsplanering blir framöver en separat och eventuellt bilateral bilaga till avtalet.

§ 11 Ledning och styrning samt dialog och samverkan
Under avtalstiden är målet att utöka samverkan kring utbytet av patienter i gemensamma vårdprocesser samt att ta fram arbetsmodeller för att stödja detta.
Exempel på sådan arbetsmodell kan vara videomöte i bakjoursverksamhet, auskultationer för landstingens läkare på sjukhusen samt konsultationsuppdrag för sjukhusens läkare hos landstingens berörda kliniker.

§ 11 Ledning och styrning samt dialog och samverkan
Identifierade områden att fördjupa arbete inom:
1) Kunskapsöverföring till köparna avseende utvecklingsresultat och annan metodkunskap inom olika områden
2) ”Tjänsteutbyte” – personal från sjukhuset och köparnas sjukhus kommer överens om en form av rotationstjänstgöring.
3) I olika avseenden utveckla konsultverksamheten
4) Gemensam satsning inom IT-området, framför allt
 bildkommunikation.
5) Deltagande i NPÖ för säker överföring av information då
 patienten befinner sig på sjukhuset.
6) Arbeta med frågan att inom områden där landstingen valt, eller
 kommer att välja, att inte bedriva verksamhet i egen regi med
 egen anställd personal, sjukhusens möjlighet att bedriva en
 form av ”konsultverksamhet” i landstingen.

§ 12 Uppföljning
Under avtalsperioden ska parterna arbeta för att uppföljning av akut, planerad remitterad vård samt patientvald vård ska kunna utföras inom regionen.

Utveckla uppföljning av medicinska resultat med exempelvis måltavlor för transparens och öppenhet.

Sjukhusen och landstingen ska under avtalsperioden förbättra de väntetidsredovisningar man har för varandra.

#### Appendix 3 Planering och uppföljning i samverkan

Värdet av och innehållet i samverkan styrs bland annat av hur aktiv och bred delaktigheten i planering och uppföljning av verksamheterna är.

Forum för planering och uppföljning ska arbeta med följande frågor:

**Nivå Agenda för forum**

**Ledningsnivå** Representanter från landstingen/regionerna och sjukhusen skall på ledningsnivå ha planerings- och uppföljningsmöten minst två gånger per år, där rapportering och uppföljning av gjorda insatser sker, samt diskussioner om eventuella förändringar av uppdrag sker.

Tidplan för dessa möten upprättas snarast möjligt efter det att avtal träffats. Vid dessa planerings- och uppföljningsmöten kan bland annat behandlas införande av nya och dyra behandlingsmetoder/teknik, nya tjänster, väsentlig kostnadsutveckling etc. som har betydelse för uppdraget.

Överenskommelse om uttag av ersättning/kostnader för metodutveckling, nya utrednings/ behandlingsmetoder och nya läkemedel som inte ingår i gällande praxis sker efter separat förhandling och förankring i den sjukvårdsregionala samverkansgrupp som berörs, ex specialistråd eller läkemedelsråd.

Sjukhusen ansvarar i samråd med respektive landstings kontaktperson för planering och utskick av kallelse.

Regelbunden information skall lämnas mellan parterna om sådana utvecklings- och avvecklingsplaner som har större direkt eller indirekt påverkan på den remitterade vården som avses i detta avtal.

**Linjechefsnivå** Parterna strävar efter att planerings- och uppföljningsmöten mellan sjukhusens centrum-/divisionschefer eller motsvarande och landstingens berörda verksamhetschefer utvecklas. Detta bör ske i dialog med resp. part och utifrån ett upplevt behov.
När det gäller nya behandlingsmetoder och användning av nya, särskilt dyra läkemedel finns ofta en inledande period då nationell standard ännu inte satts via rekommendationer från exempelvis Läkemedelsverket, SBU, Socialstyrelsen, IVO, nationellt vårdprograms-arbete och specialitetsföreningar. Det är särskilt viktigt att introduktionen av dessa metoder sker i dialog och samförstånd med remittenterna.

**Båda nivåerna** I övrigt ska för deltagarna relevanta delar av Appendix 4 Uppföljning ingå i mötets agenda.
Deltagarna beslutar gemensamt om agenda.

#### Appendix 4 Uppföljning

Parterna är överens om att för att säkerställa ett effektivt användande av landstingens resurser krävs en omfattande och tydlig uppföljning av så väl insatta resurser som utfall i form av resultat och kvalitet

Följande områden ska följas upp extra noga och ingår även helt eller till delar i agendor för ledningarnas samverkan i vårdavtalet.

**Område Innehåll**

**Ekonomi och produktion KPP - vårdkostnader**Årliga jämförelser av producerade vårdtjänster enligt KPP med Universitetssjukhus i landet

Sjukhusens redovisning av vårdkostnader skall vara tillgänglig för granskning av landstingen.
Under avtalsperioden är målsättningen att sjukvårdsregionens sjukhus priser inte ska öka fortare än övriga Universitetssjukhus i landet enligt denna jämförelse.

**Resultat och kvalitet Kvalitetsregister**
Sjukhusen skall årligen redovisa vilka kvalitetsregister Sjukhusen deltar i, samt föreliggande resultat från dessa kvalitets­register

 **Kvalitet**Arbetet med och omfattningen av vårdrelaterade infektioner.
Redovisning av kvalitetsbokslut.

 **Specifika områden**De regionala specialitetsråden kan årligen fastställa, senast i november månad, i samråd med landstingens kontaktpersoner vad som särskilt skall följas upp under det kommande året.

 **Tillgänglighet**Sjukhusen skall årligen redovisa en uppföljning av tillgängligheten för den specialiserade vården enligt detta avtal (jfr § 8 Verksamhetsgaranti - tillgänglighet).
Minsta nivå för redovisning är i enlighet med ”SKLs Väntetider i Vården”.
Redovisning av vidareremittering på grund av bristande tillgänglighet inom sjukhusen.
Redovisningen ska ske per landsting.