

Regionsjukvårdsstaben
Göran Atterfors

BESLUTSMISSIV

2018-11-30

RSN 2018-30

Samverkansnämnden i Sydöstra
sjukvårdsregionen

Överenskommelse om Samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen samt Vård vid US 2019 inklusive fördelning av avtalsbelopp mellan landstinget och regionerna

Förslag till beslut

Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen godkänner Överenskommelse om Samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen samt Vård vid US 2019 inklusive fördelning av avtalsbelopp mellan landstinget och regionerna.

Bakgrund

Inom ramen för Samverkansavtalet träffas årlig överenskommelse om

- Samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen
- Vård vid Universitetssjukhuset i Linköping (US)
- Vård vid Rätt psykiatriska regionkliniken i Vadstena

I avsnitt C, "Vård vid US" avtalas om fördelning av årligt avtalsbelopp där Regionsjukvårdsledningen föreslår nedanstående fördelning av avtalsbelopp 2019.

Region Östergötland	688.092 tkr
Region Jönköpings län	323.879 tkr
Landstinget i Kalmar län	253.543 tkr
Totalbelopp	1.265.514 tkr

I avsnitt D, "Avtalsmodell övriga sjukhus" avtalas om årliga avtalsbelopp som som en konsekvens av likställd avtalsmodell för alla sjukhus inom sjukvårdsregionen där Regionsjukvårdsledningen föreslår nedanstående fördelning av avtalsbelopp 2019.

<i>Betalare</i>	<i>Mottagare</i>	
	<u>RJL</u>	<u>LKL</u>
RÖ	30.376 tkr	8.874 tkr
RJL		7.935 tkr
LKL	3.387 tkr	

Anders Henriksson
Ordförande
Samverkansnämnden
Landstinget i Kalmar län

Karl Landergren
Ordförande
Regionsjukvårdsledningen
Landstinget i Kalmar län

Överenskommelse om samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen samt vård vid Universitetssjukhuset i Linköping 2019

A. INLEDNING

Grunder i överenskommelsen

Denna överenskommelse bygger på ”Samverkansavtal för Sydöstra sjukvårdsregionen” mellan Region Jönköpings län (RJL), Region Kalmar län (RKL) och Region Östergötland (RÖ). Grunder för parternas samverkan formuleras i samverkansavtalets § 2.

Överenskommelsens första del redovisar aktuella samverkansområden (avsnitt A) och ambitioner för det kommande året och den andra delen reglerar de ekonomiska villkoren (avsnitt C och D).

För att hantera de ekonomiska flödena tillämpas en avtalsmodell som innebär att huvuddelen av verksamheterna som omfattas av det sjukvårdsregionala samarbetet ersätts med fast ram kombinerad med rörlig del baserad på patientvolym.

Avtalsmodellen har hittills primärt gällt vården vid Universitetssjukhuset i Linköping. För att ytterligare utveckla samarbetet och utnyttja det samlade sjukvårdssystemet optimalt utvidgas avtalsmodellen från 2019 till att gälla för samtliga patientströmmar i Sydöstra sjukvårdsregionen med några få undantag.

Som grund för avtalsmodellen ligger nedanstående utgångspunkter.

Avtalsmodell

I avtalsmodellen ligger en för parterna gemensam uppfattning om:

- ett gemensamt ansvar för att vården i de tre regionerna ska fungera på ett bra sätt
- att värna Universitetssjukhuset i Linköping som högspecialiserat universitetssjukhus
- att samordna förflyttning i vårdnivåer och temporära stöd

Avtalsmodellen ska ge förutsättningar för:

- ett gemensamt ansvar för att den fasta ramen används för vård med rätt indikationer
- att risken för kostnadsvariationer i högspecialiserad vård sprids mellan parterna
- att naturliga svängningar mellan år inte ska föranleda ändring av ramens reala storlek

- att stärka den sjukvårdsgemensamma vården utan att motverka utvecklingen av den lokala hälso- och sjukvården

Överenskommelsens struktur

Överenskommelsen består av:

- A. Inledning (sidorna 2–3)
- B. Sjukvårdsregional samverkan (sidorna 4–12)
- C. Vård vid Universitetssjukhuset i Linköping (sidorna 13–20)
- D. Avtalsmodell för övriga sjukhus (sidorna 21–25)
- E. Vård vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena (sidan 26)
- F. Övrigt (sidan 27)

B. SJUKVÅRDSREGIONAL SAMVERKAN

Detta är en beskrivning av parternas sjukvårdsregionala samverkan 2019. Uppföljning sker i Samverkansnämndens årsredovisning.

Kunskapsstyrning

Sydöstra sjukvårdsregionen organiserar regionala medicinska programområden (RMPO) motsvarande nationella programområden i Landsting och regioners system för kunskapsstyrning. Arbetet är en utveckling av sjukvårdsregionens mångåriga och framgångsrika samverkan i regionala medicinska programgrupper.

RMPO, med representanter från de tre parterna, ska säkra sjukvårdsregionens representation i det nationella programområdet, initiera frågor och bidra till nationell behovsanalys och omvärldsbevakning.

RMPO ska ta fram sjukvårdsregionala tillämpningar, förankra och implementera nationella kunskaps- och beslutsstöd så att gemensam kunskap når ut och används i patientmötet.

Förutom ovanstående nationella uppdrag ska RMPO:

- följa upp och analysera medicinsk kvalitet, volymer, tillgänglighet och variationer samt patientrapporterade utfallsmått
- vara sakkunnigt inom sitt programområde i samverkan kring sjukvårdsregional nivåstrukturering och arbetsfördelning, upphandling, läkemedel, medicinsk teknik och utveckling av IT-stöd
- konkretisera och formulera kvalitetsmål utifrån sjukvårdsregionens gemensamma löften till patienterna
- rapportera till Regionsjukvårdsledningen, föreslå åtgärder och genomföra beslutade åtgärder

RMPO används i sjukvårdsregionens samarbete kring nationella riktlinjer. Sakkunniga representanter deltar i Socialstyrelsens aktiviteter och stämmer av preliminära riktlinjer med praxis i sjukvårdsregionen inför gemensamma yttranden från Samverkansnämnden.

Sydöstra sjukvårdsregionen organiserar stöd till programområdena i form av regionala samverkansgrupper (RSG) för patientsäkerhet och uppföljning och analys samt andra nätverk för att få ytterligare samverkanskraft i utvecklingen av effektiva processer och nya arbetssätt.

De regionala programområdena och samverkansgrupperna arbetar processinriktat och utgår från vad som är bäst för invånarna.

Nära vård

Utveckling av den nära vården pågår i hela sjukvårdsregionen. För att stärka den lokala utvecklingen sker kunskaps- och erfarenhetsutbyte även inom ramen för den sjukvårdsregionala samverkan.

RMPO primärvård har påbörjat ett arbete kring Primärvårdskvalitet utifrån behovet att kunna följa upp primärvården på aggregerad nivå som påtalas i delbetänkandet "God och nära vård". RMPO:s uppdrag är att välja ut tillräckligt tillförlitliga kvalitetsparametrar i Primärvårdskvalitet som skapar mervärde att arbeta med utifrån sjukvårdsregionens patientlöften.

Högspecialiserad vård

Universitetssjukhuset i Linköping bedriver huvudparten av den högspecialiserade vården och konsultservice till kollegor inom sjukvårdsregionen.

Utveckling av universitetssjukvårdsenheter fortsätter. Vården ges ett vidare begrepp än bara lokaliserad till ett "sjukhus" men innebär samtidigt att vissa kriterier måste uppfyllas. I förlängningen kan decentraliserad läkarutbildning och tillhörande anknytningsavtal medföra en breddad bas för universitetssjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Nivåstruktureringsarbetet har hittills till största delen bedrivits för cancerområdet inom ramen för RCC i samverkan. I korthet har detta inneburit koncentration till färre enheter med större fokus på volym och kvalitet. I Sydöstra sjukvårdsregionen förutsätts detta inte vara en ensidig riktning utan begreppet "arbetsfördelning" gäller i lika stor utsträckning.

Socialstyrelsens uppdrag om nivåstrukturerings av den övriga sjukvården innebär att arbetet intensifieras 2019. Under 2018 har ett pilotarbete skett för nervsystemets sjukdomar respektive kvinnosjukdomar och förlossning. Ytterligare ett antal områden har startats under hösten.

Utöver rollen som regionalt kompetenscentrum efterfrågas vård vid US i allt större utsträckning från landsting utanför sjukvårdsregionen: från 112 mkr 2010 till 178 mkr 2017. US mål är att fortsätta den utvecklingen. US har även rollen av nationellt kompetenscentrum för brännskadevård och vulvacancer.

Även här förutsätts en positiv utveckling. Remisser till US från landsting utanför Sydöstra sjukvårdsregionen följs upp årsvis.

Regionalt resurscentrum för psykisk hälsa

Regionalt resurscentrum för psykisk hälsa (RCPH) samlar gemensamma stödresurser för att bidra till strategiskt och långsiktigt förbättringsarbete för att främja psykisk hälsa i sjukvårdsregionen. Arbetet är en del av Landsting och regioners system för kunskapsstyrning, och utgör plattform för gemensam utveckling samt dialog och samverkan med sjukvårdsregionens 38 kommuner i tidigare etablerade forum på länsnivå.

2019 planeras:

- fortsatt etableringsarbete med att stärka stödstrukturen för en mer jämlik psykisk hälsa på den sjukvårdsregionala nivån
- intensifiering av samarbetet med brukar- och intresseorganisationer
- utveckling av former för hur datauttag och analysstöd ska fungera för en ändamålsenlig uppföljning
- uppföljning och utvärdering av utvecklingsarbetet kopplat till de första vård- och insatsprogrammen

Regionalt cancercentrum Sydöst

Uppdraget till Regionalt cancercentrum Sydöst utgår från Socialdepartementets fastslagna kriterier och sjukvårdsregionens mål formulerade som löften till invånarna.

Regionalt cancercentrum Sydöst samordnar och följer upp förbättringsarbetet enligt en strategisk plan för cancervården som bland annat omfattar standardiserade vårdförlopp, arbetsfördelning, nivåstrukturering, cancerrehabilitering, förebyggande arbete och kompetensförsörjning.

2019 planeras:

- intensifierat arbete för att uppfylla de nationella målsättningarna till 2020 efter validering av uppföljningsrapporterna för standardiserade vårdförlopp
- fortsatt arbete med nivåstrukturering och arbetsfördelning inom patologi
- utvärdering av hittills genomförd nivåstrukturering och arbetsfördelning inom cancerområdet
- förberedelser för tarmcancerscreening
- en sjunde upplaga av ”Utvecklingskraft cancer”

Traumasytem

Under 2018 startade ett tvåårigt utvecklingsprojekt för att inrätta ett traumasystem för hela Sydöstra sjukvårdsregionen med Universitetssjukhuset i Linköping som nav. Utgångspunkten var Socialstyrelsens rekommendationer att förstärka ledning, styrning och kompetensförsörjning med ett sjukvårdsregionalt traumacentrum.

Under 2019 lämnas regelbunden rapportering och förslag på kommande förvaltning till Regionsjukvårdsledningen.

Centrum för sällsynta diagnoser

Centrum för sällsynta diagnoser (CSD) ska bidra till förbättrad livskvalitet och ett förbättrat omhändertagande av personer med sällsynta diagnoser.

CSD, som är en del av programområdet Sällsynta sjukdomar i Landsting och regioners system för kunskapsstyrning, ska främja kompetensutveckling, forskning, utveckling av vårdprogram, samordning av vårdrutiner och samverkan mellan discipliner och vårdnivåer.

Inriktningen 2019 presenteras i CSD:s verksamhetsplan som koncentreras till:

- samordning, vilket bland annat omfattar inrättande av nya diagnosteam
- informationsöverföring, exempelvis regiondagar
- kunskapsökning i form av vetenskapliga arbeten och föreläsningar på konferenser

e-hälsa

Sjukvårdsregionens samverkansgrupp eSPIR har i uppdrag att skapa synergier och nytta genom utveckling av gemensamma processer och arbetssätt inom e-hälsa genom att stödja:

- utveckling av e-hälsa som stöd för invånarna att uppnå och behålla hälsa
- digitalisering för att utveckla och stödja vårdprocesserna
- samordning och återanvändning av kunskap, arbetssätt och erfarenheter för snabb implementering av nya digitala funktioner

2019 planeras:

- samordning och koordinering av regionala aktiviteter, gemensam utvärdering och koordinering av tester och piloter
- samordning och koordinering av utvecklingen av nya funktioner och arbetssätt i Cosmic
- samverkan kring uppgradering till Cosmic R8.2
- gemensamt projekt för integration av kvalitetsregister

- samverkan för övergång från ROS till Cosmic BOS
- gemensamt projekt för standardiserat vårdförlopp för huvud- och halscancer, nationell patientöversikt och e-remiss
- processtöd för multidisciplinära konferenser (MDK)
- formalisera samverkan kring Stöd- och behandling via Internet
- gemensamt projekt för införande av formulärtjänster kopplat till Cosmic
- målbild för första linjens digitala vård

Kompetensförsörjning

Läkarutbildning

Sjukvårdsregionen ökar samverkan kring läkarutbildningen vid Linköpings universitet. De studenter som har började sin läkarutbildning hösten 2016 fördelas våren 2019 på fyra huvudstudieorter, Linköping, Norrköping, Jönköping och Kalmar. Region Jönköpings län och Region Kalmar län har dessutom möjlighet att skriva anknytningsavtal inom ramen för det nationella ALF-avtalet (Avtal och läkarutbildning och forskning).

Kompetensutveckling för läkare

Utöver avtal om köpt regionsjukvård vid Universitetssjukhuset i Linköping finns överenskommelser om:

- regionalt utbyte för läkare under specialistutbildning (ST)
- efterutbildning av specialisläkare från Sydöstra sjukvårdsregionen

Verksamhetsförlagd utbildning

Sjukvårdsregionen samverkar med medicinska fakulteten vid Linköpings universitet, Linnéuniversitetet i Kalmar och Växjö samt Hälsohögskolan vid Jönköping University kring verksamhetsförlagd utbildning (VFU).

HR-samverkan

Samverkan mellan parternas HR-organisationer ska resultera i åtgärder för att möta framtida kompetensbehov i Sydöstra sjukvårdsregionen. Samverkan inriktas på:

- ökad attraktivitet som arbetsgivare
- ökat lärande under temat ”Rätt kompetens och arbetssätt”
- samverkan kring ledarutveckling
- samverkan med sjukvårdsregionens lärosäten för att möta behov av specialistutbildningar för sjuksköterskor

Läkemedel

Sjukvårdsregionen har en ambition att långsiktigt öka samarbetet inom följande områden:

- samordnat införande av nya läkemedelsterapier
- gemensamma utbildningsinsatser och kompetensstöd
- läkemedelsmallar i Cosmic
- gemensamt arbete kring rekommenderade läkemedel

2019 planeras:

- ökat samarbete med regionala medicinska programområden kring ordnat införande och uppföljning av nya läkemedel
- samarbete kring framtida målbilder för läkemedelsförsörjning
- samarbete kring krisberedskap och kontinuitetshantering
- att undersöka hur aktiviteter och mål i nationella läkemedelsstrategin kan brytas ner på sjukvårdsregional nivå

Medicinteknik

Sjukvårdsregionen samverkar i införande av ny medicinteknik med ambitionen att långsiktigt öka samverkan kring:

- samordnat införande av ny medicinsk teknik och metoder
- gemensamma utbildningsinsatser och kompetensstöd

Patienter i sjukvårdsregionen ska ha jämlik tillgång till ändamålsenliga, kostnadseffektiva och säkra medicintekniska metoder och parterna ska ha välgrundade underlag för horisontell prioritering vid införande av nya metoder.

Utvecklingsarbetet omfattar systematisering och processer för att ta fram gemensamma kunskapsunderlag och rekommendationer.

Regionalt registercentrum Sydost

Regionalt registercentrum Sydost (RCSO) ska stödja utvecklingen av nationella kvalitetsregister för att bidra till bättre användning av registerdata i verksamhetsutveckling och forskning.

RCSO leds av en styrgrupp med lika representation från Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland. Arbetet bedrivs i nära samverkan med andra regionala registercentrum, nätverk och representanter för olika professioner. Verksamheten har ett finansiellt stöd från staten som koordineras av Sveriges Kommuner och Landsting.

2019 inriktas arbetet på att stödja kvalitetsregister när det gäller IT och juridik samt att fortsätta det påbörjade arbetet inom Landsting och regioners system för kunskapsstyrning.

Metodrådet

Metodrådet ska identifiera och granska nya metoder inför eventuellt införande i vården. Granskningsuppdragen omfattar inte läkemedelsbehandling men väl metoder för omvårdnad, rehabilitering och prevention. Metodrådet granskar även metoder som eventuellt bör avvecklas.

Metodrådet utvärderar vetenskaplig evidens ur flera perspektiv – medicin, patient, hälsoekonomi, etik och samhälle. Med vetenskaplig evidens menas det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade forskningsresultat, som uppfyller bestämda krav på tillförlitlighet.

Utvärderingar dokumenteras på ett lättbegripligt sätt och sprids så att vårdgivare och invånare kan tillägna sig kunskapen. Metodrådet samverkar med andra HTA-organisationer (Health Technology Assessment) och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

2019 är ambitionen att göra 3-4 utvärderingar. Metodrådet har även ställt sig positivt till att medverka i utvärdering av ordnat införande av medicintekniska produkter.

Ekonomisk hushållning

Sjukvårdsregionens samverkan kring ekonomisk hushållning, jämförelser och utvecklingen av KPP-redovisning (kostnad per patient) fortsätter.

Sedan många år visar nationella jämförelser att vården i sjukvårdsregionen bedrivs kostnadseffektivt. Hur kostnadseffektiviteten utvecklas följs upp årligen.

Upphandling

Sjukvårdsregionen strävar efter att i varje möjlig upphandlingssituation samverka för att uppnå hög kostnads- och resurseffektivitet och därigenom uppnå högre eller oförändrad kvalitet.

Projektet Regionala upphandlingar i Sydöstra sjukvårdsregionen (RUSS) ansvarar för den gemensamma upphandlingsverksamheten. Gemensamma upphandlingar initieras i dialog med RMPO och i upphandlingsenheternas bevakning av avtalstiders utgång.

Gemensamma upphandlingar är resurseffektiva och har visat effekter i form av ökad kvalitet eller sänkta kostnader med bibehållen eller ökad kvalitet. RUSS fokuserar bland annat på införande av kategoristyrningsmodeller för att underlätta framtida samarbete genom liknande organisationer och ansvarsområden.

Hittills har arbetet inriktas mot utrustning till mindre belopp per enskilt investeringsobjekt. Inför 2019 undersöks förutsättningar för samordning av större investeringar.

Hållbar utveckling

Parternas hållbarhets-/miljöchefer har fått i uppdrag att stärka samverkan inom hållbar utveckling. Samverkan ska fokusera på att öka kunskap kring miljö- och hälsofarliga ämnen i produkter i barns sjukvårdsmiljö.

Det övergripande målet är att miljö- och hälsoskadliga ämnen ska minimeras i barns sjukvårdsmiljö. Området omfattar till exempel material i samband med behandling och operation, men även utrustning, hjälpmedel och måltider.

Återrapportering sker våren 2019 i form av ett kunskapsunderlag över riskprodukter och en plan för att se till att dessa produkter så långt det är möjligt är giftfria inom Sydöstra sjukvårdsregionen.

Forskning

Forum Sydost

Forum Sydost samordnar infrastrukturer för klinisk forskning i respektive region. De ingående enheterna är Forum Östergötland, Futurum i Jönköpings län och Forum i Kalmar län. Enheterna har särskild kompetens för kliniska prövningar inom medicinsk teknik, implementeringsforskning och e-hälsa.

FORSS

Forskningsrådet i Sydöstra sjukvårdsregionen har framgångsrikt främjat samverkan inom forskning i mer än 20 år. Sedan 2013 är FORSS frikopplat från Samverkansnämnden och leds organisatoriskt av de fyra ingående parterna (RJL, RKL, RÖ och Region Kronoberg). FORSS grundidé är att satsa på kliniskt patientnära forskning som ska ske i samverkan mellan minst två av de samverkande parterna.

Nätverk och arbetsgrupper

Sjukvårdsregional samverkan sker även i nätverk och arbetsgrupper för bland annat ekonomi, cancerläkemedel, diabetes, biobankscentrum,

biverkningscentrum, klassificering, priser för diagnosrelaterade grupper (DRG) och administration.

Webbplats

Sjukvårdsregionens webbplats (www.sydostrasjukvardsregionen.se) ska underlätta samverkan och spridning av gemensam kunskap och överenskommelser. På webbplatsen samlas administrativa underlag för ledning, regionala medicinska programområden och andra samverkansgrupper samt sjukvårdsregionala vårdriktlinjer för specialiserad och högspecialiserad vård.

Regionernas kommunikationsdirektörer ansvarar för samordning och utveckling av sjukvårdsregionens kommunikationsstöd och webbsystem.

C. VÅRD VID UNIVERSITETSSJUKHUSET I LINKÖPING

1 Parter

Region Östergötland (RÖ), Region Jönköpings län (RJL), Landstinget i Kalmar län (LKL) och Universitetssjukhuset i Linköping (US).

2 Ersättning

2.1 Verksamheter med fast/rörlig ersättning

Princip

Avtalsmodellen består av en fast ersättningsdel som säkrar en långsiktig ekonomisk finansiering för fasta infrastrukturella kostnader och upprätthållande av US som sjukvårdsregionalt kompetenscentrum.

Den fasta delen fastställs enligt principer som redovisas i avsnitt C3.4. Den genomsnittligt fasta kostnaden för US har beräknats till ca 65 % och medför en fast andel i avtalet på 65 % av totalkostnaden.

Samtidigt gäller en rörlig ersättningsdel som ger rimlig kostnadskompensation på kort sikt vid ökande/minskande volymer utan att hindra en naturlig utveckling när tidigare definierad ”regionsjukvård” etableras vid andra sjukhus i sjukvårdsregionen.

Ersättning

Fast ram betalas månadsvis och rörlig del (baserad på DRG-vikt) faktureras månadsvis från US. För US tillämpas ett gemensamt DRG 1,0-pris. Priset fastställs enligt principerna i avsnitt C3.4. Den genomsnittligt rörliga kostnaden för US har beräknats till ca 35 % och medför att beräknat DRG 1,0-pris får faktorn 0,35.

Ersättning för dyra patienter, så kallade ytterfall, ingår i avtalsmodellens fasta och rörliga ersättning och faktureras inte separat. En uppföljning av kostnaderna för ytterfall redovisas i samband med årlig KPP-avräkning (C3.4).

Planering

Planeringsarbetet beskrivs närmare i C3.1.

Budget och uppföljning

Former för budget regleras i avsnitt C3 och uppföljning i avsnitt C4.



2.2 Verksamheter med helt fast ersättning

Princip

Avtalsformen bygger på ett gemensamt ansvarstagande för verksamheter som är av sjukvårdsregional karaktär och där verksamheten idag, och under överskådlig framtid, inte planeras etableras på andra håll i sjukvårdsregionen. DRG-kvantifiering har inte gjorts av denna verksamhet. Avtalsformen avser också en del mindre verksamheter av kompetensstödjande karaktär samt mindre verksamheter där DRG inte används. Följande verksamheter avses:

- brännskadevård
- arbets- och miljömedicin
- Regionalt cancercentrum Sydöst
- Centrum för sällsynta diagnoser
- kompetensstöd (regionala medicinska programområden, klinisk genetik, biverkningsenhet)

Ersättning

Ovanstående verksamheter ersätts med fast ram, fördelad ur ett långsiktigt perspektiv. Fast ram betalas månadsvis. En regelbunden fördjupad analys görs vart tredje år. Betydelsefulla och över tid stabila avvikelser beroende på förändringar i exempelvis befolkningsutveckling och konsumtion kan resultera i förändrade avtalsramar.

Planering

Planeringsarbetet beskrivs närmare i C3.1.

Budget och uppföljning

Former för budget regleras i avsnitt C3 och för uppföljning i avsnitt C4.

2.3 Förändrad ersättning under avtalsperiod

Ny verksamhet

Grundregeln är att den fasta avtalsramen inte ändras under året. I vissa fall kan nya behandlingar/åtgärder initieras under löpande år. Om de tre parterna accepterar förändringen kan ersättningen beräknas och behandlingen/åtgärden läggas in som tilläggsavtal.

Tilläggsavtal sker i form av fast del. I de fall behandlingen/åtgärden avses gälla för debitering utomregionalt krävs beslut av Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen.

Höga kostnader för enskild patient

I de fall kostnaden för en enskild patient uppgår till 4 mkr eller mer, och inte omfattas av den så kallade 100 %-listan (C5.3), tas diskussion upp om att hantera kostnaderna för denna patient utanför avtalsmodellen.

3 Planering – budget – beslut

3.1 Planeringsprincip och ansvarsfördelning

Regionsamverkansavtalet är långsiktigt och innebär att det långsiktiga behovsperspektivet ska belysas i en interaktion i hela kedjan från regionala medicinska programområden (RMPO) via kunskapsråd (KR) till Regionsjukvårdsledningen (RSL) som underlag för beslut i Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen (SVN). Detta förutsätter hög grad av dialog och feedback mellan dessa nivåer.

KR:s uppdrag i budgetprocessen är att fånga upp verksamhetsförändringar som aviserats mellan parterna i RMPO eller andra grupperingar. Förändringarna bereds inför RSL och arbetas sedan in i den årliga överenskommelsen.

Redovisade verksamhetsförändringar utgör huvudsakligen ett planeringsunderlag för parterna då avtalsmodellen hanterar de ekonomiska flödena.

RSL:s uppdrag är att återkoppla KR:s planeringsarbete utifrån verksamhetsuppföljning och planeringsförutsättningar samt bereda ett samlat förslag till regional överenskommelse för nästa år till SVN.

SVN:s uppdrag är att besluta om den regionala överenskommelsen avseende verksamhetsförändringar och finansiella förändringar.

Respektive regions uppdrag är att ge ekonomiska förutsättningar för kommande års överenskommelse.

3.2 Förändring av ersättning till kommande avtalsperiod

Följande faktorer kan påverka de fasta avtalsramarna till kommande avtalsperiod:

- avtalsmodellens KPP-avräkning (C3.4)
- årlig indexuppräknings för löne- och prisökningar (C6.2)
- förändrad verksamhet inom helt fast ersatta verksamheter (C3.3)
- strukturella förändringar som föranleds av särskilda överenskommelser

3.3 Beräkningsprinciper av förändringar

Fast/rörligt ersatta verksamheter

Den fasta delen fastställs enligt principer som redovisas i avsnitt C3.4. Vid större och/eller strategiska förändringar tas separata kalkyler fram som ett underlag för förändringen.

Fast ersatta verksamheter

Grundprincipen för de helt fast ersatta verksamheterna är att avstämning görs i treårsintervaller (se även avsnitt C2.2). Vid större och/eller strategiska förändringar tas separata kalkyler fram som ett underlag för förändringen.

3.4 Beräkningsprinciper för fast del och pris

Beräkning baseras på medelkostnadsnivå enligt KPP-avstämning (kostnad per patient) för de tre senaste åren. Samtidigt tas hänsyn till medelkonsumtion mätt i DRG-poäng enligt KPP-avstämning de tre senaste åren. Genomsnittligt beräknat DRG-pris ska täcka 35 % av kostnad och innebär att återstående del utgörs av avtalets fasta del.

För avtal 2019 baseras beräkningen på åren 2015–2017. Avtal 2020 kommer att baseras på KPP-avstämning 2016–2018. Avtalsvärdet kommande år beräknas vara klart efter KPP-avstämning april. KPP-avstämning avser DRG-kvantifierade verksamheter. Fast del för övriga verksamheter utgörs av innevarande års budget med hänsyn till eventuella verksamhetsförändringar. En särskild metodbeskrivning är framtagen för beräkning.

3.5 Regionalt medicinskt programarbete

Basen för det sjukvårdsregionala samarbetet utgörs av RMPO. Grupperna arbetar kontinuerligt med att utveckla samarbetet för att skapa god och jämlik hälso- och sjukvård i hela sjukvårdsregionen.

Programområdenas roll i avtalsarbetet är att identifiera förväntat behov, medicinsk utveckling, indikationer, innehåll och omfattning av den sjukvård som regionen avser remittera till eller efterfråga från US, samt följa kvaliteten i den regiongemensamma vården. För de behandlingar/åtgärder som valts ska gemensamma protokoll och överenskommelser finnas för hur, och i vilka former, utvärdering ska ske.

4 Uppföljning

4.1 Verksamhetsuppföljning och ekonomisk uppföljning

US åtar sig att varje månad redovisa utförd vårdproduktion till RJL och RKL mätt i DRG-termer. Redovisning avser DRG-kod, vikt, pris och remitterande instans. Uppföljningsmaterial utgörs av en fakturafil redovisad på patientnivå. Redovisning av vårdproduktion avseende RÖ sker i särskild ordning.

Detaljerad fakturainformation kompletteras med statistik för exempelvis vårdtillfällen, läkarbesök och DRG-vikt som publiceras på sjukvårdsregionens webbplats varje månad.

RÖ tillhandahåller möjligheter till mer detaljerad utdata via webbaccess eller annan överenskommelse.

RSL ansvarar för en samlad uppföljning av överenskommelsen och redovisning till SVN. RSL kan dessutom begära särskilda uppföljningar som stöd för sina strategiska överväganden.

Eventuella avvikelser hanteras enligt reglemente för Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen, § 2.

4.2 Delårsrapportering och bokslut

US åtar sig att på begäran överlämna material till RJL och RKL för uppföljning i period 04 och 08 samt årsbokslut. Underlagsmaterialet hämtas från RÖ:s ekonomidatalager och består av resultaträkningar för samtliga enheter samt verbal verksamhetsbeskrivning i enlighet med RÖ:s bokslutsanvisningar.

US ska i samband med årsbokslut presentera en totalkostnadsredovisning för respektive centrum/klinik tillsammans med en verksamhetsredovisning klassificerad enligt DRG.

4.3 Avtalsavstämning

Den årliga överenskommelsen omfattar enbart fast del och pris. Detta innebär att respektive huvudman gör en bedömning av avtalets totalkostnad i relation till egen budget.

I vissa fall kan situationer med höga kostnader för en enskild patient uppstå. Speciellt bör patienter med en kostnad som överstiger 1 mkr studeras närmare. Ärendet initieras av respektive centrum. Uppgår kostnaden till mer än 4 mkr kan detta påverka avtalsersättningen under innevarande period, se även avsnitt C2.3.

5 Ekonomisk reglering

5.1 Regler för ersättning

Ekonomisk ersättning betalas till US centrum senast den 28:e i varje månad med 1/12 av den beslutade fasta ramen för året. US ansvarar för att inbetalningsunderlag skickas till regionerna.

Vid rörlig debitering sker denna fakturering månadsvis från US centrum så snart som möjligt men senast sex månader efter avslutad vårdkontakt.

Faktureringsunderlaget ska möjliggöra för RJL och RKL att hänföra fakturerad kostnad till rätt remitterande instans.



Betalningsvillkor är 30 dagars betalningstid.

5.2 Regler för indexberäkning

Årligt index för att täcka löne- och prisökningar fastställs efter överenskommelse mellan parterna.

5.3 Särskilda regler

Generellt

Grundprincipen i avtalet är att ersättningen för verksamheterna utgörs av helt fast alternativt fast/rörlig ersättning. I vissa fall har dock överenskommit att frångå denna princip och tillämpa 100 % rörlig ersättning.

Följande produkter debiteras 100 % rörlig ersättning:

- nationell högrisenhet (infektionssjukvård)
- enskilda prover och undersökningar (laboratoriemedicinsk och bildmedicinsk verksamhet) som ej ingår i klinikens prissättning och som historiskt fakturerats beställaren
- all primärvård i Region Östergötland
- asylsjukvård

Bilaterala överenskommelser

Bilaterala överenskommelser kan även i fortsättningen ske mellan kliniker och ingår inte inom avtalsramen.

6 Förändringar inför avtal 2019

6.1 Verksamhetsförändringar

Grundprincipen är att verksamhetsförändringars påverkan på avtalets fasta del inför kommande år hanteras inom avtalsmodell (C3.2). Resterande del upp till totalkostnad avgörs av respektive regions faktiska remitteringsvolym.

Detta innebär att merparten av de verksamhetsförändringar som sker regleras via avtalsmodellens rörliga del till ett kommande år till dess KPP-avräkning sker. Det kan ändå vara av värde att kortfattat beskriva förväntade verksamhetsförändringar ur ett planeringsperspektiv för parterna. Verksamhetsförändringarna nedan utgår från US centrumorganisation.

Barnsjukvård

Tillgången till barnintensivvårdsplatser är begränsad i hela landet. Det finns fyra nationella centrum med barnintensivvård. Diskussioner har förts om att öka tillgängligheten genom utbyggnad vid US eller en upphandling för Sydöstra sjukvårdsregionen vid annat centrum. Troligast scenario är att sjukvårdsregionen även fortsättningsvis behöver utnyttja platser vid andra centrum.

För neonatala IVA-platser planeras en bemanningsförstärkning för att säkra vården av barn födda från vecka 22+0.

Kvinnosjukvård

Inom ramen för nationell nivåstrukturering inom cancerområdet blev US nationell enhet för vulvacancer 2017. Verksamheten har startat bra, den har konsoliderats under 2018 och utvärderas 2019. Beslut om nivåstrukturering inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag beräknas ske under 2019.

Hjärtsjukvård

Inom kardiologin ses en fortsatt expansion av ablationer och inom thoraxkirurgin ökar de kateterburna klaffingreppen. Under 2018 års senare hälft togs sjukvårdsregionens andra PET-CT kamera i bruk vid Länssjukhuset Ryhov i Jönköping.

Rekonstruktiv kirurgisk vård

RMPG kirurgi har tagit initiativ till att hantera rehabilitering av traumatiska skullskador via neurologi och medicinsk rehabilitering. Patienter <65 år handläggs via medicinska rehabiliteringsklinikerna. RMPG neurosjukdomar, medicinsk rehabilitering och kirurgi har inte kunnat enas om en gemensam lösning för patienter >65 år. Dessa patienter hanteras i respektive region.

Målet för andel patienter med stroke som genomgår endovaskulära behandlingarna (trombartäktomi) har ännu inte uppnåtts.

Kirurgisk, ortopedisk och onkologisk sjukvård

Framtagande av nationella vårdprogram, införande av standardiserade vårdförlopp, arbetet med nivåstrukturering och arbetsfördelning för utvalda diagnosgrupper är aktiviteter inom cancerområdet som påverkar sjukvårdsregionens verksamheter och där berörda RMPG/RMPO på olika sätt involveras.

Sjukvårdsregionens strategi är att upprätthålla kompetens och stabilitet i hela sjukvårdsregionen genom arbetsfördelning.

Region Kalmar län har installerat en robot på Länssjukhuset i Kalmar, vilket innebär att fler framför allt urologiska ingrepp kan utföras inom länet.

I Region Jönköpings län har PET-CT och Endobronchiellt ultraljud (EBUS) införts, vilket medför att alla patienter inte behöver remitteras till US för dessa undersökningar.

6.2 Indexuppräknning

Avtalsramarna har räknats upp med 2,9 % inför kommande år för att täcka beräknade löne- och prisökningar. Index utgörs av LPIK-majprognos exklusive läkemedel men med bedömning av läkemedel inom regionavtalet.

6.3 Avtalets fasta del

Den fasta delen som betalas, oberoende av utnyttjandegrad, framgår nedan. Totalkostnaden för avtalet bedöms av respektive region utifrån remittering.

Belopp i tkr:

RÖ	RJL	RKL	Totalt
688.092	323.789	253.543	1.265.514

6.4 Sjukvårdsregionalt DRG 1,0-pris

År 2019 gäller priset 60.790 kr för DRG-vikt 1,0. För fakturering innebär det ett pris på 21.277 kr (35 % av 60.790 kr).

7 Tillgänglighet

7.1 Allmänt

Vårdgarantin omfattar alla patienter som väntar på besök eller operation/åtgärd. Grundprincipen är att US generellt är ansvarigt för att patienten erbjuds vård som omfattas av regionavtalet.

När vården inte kan ges inom gränsen för vårdgarantin, i dagsläget 90 dagar, gäller följande:

- Den enhet på US som tar emot patientens remiss ska skriftligen informera patienten om uppskattad väntetid samt rätten att utnyttja vårdgarantin.
- Om patienten så önskar ska kliniken se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare som kan erbjuda vården inom 90 dagar.
- Avsändande klinik ska skriftligen informeras.
- Alla vårdkostnader samt merkostnader avseende resor belastar kliniken i RÖ som vidarefakturerar 35 % av vårdkostnaden till hemlandstinget.

7.2 Bristande tillgänglighet på grund av kraftigt ökade volymer

Grundprincipen för regionavtalsmodellen är att klara de ekonomiska konsekvenserna av volymförändringar med den rörliga delen av ersättningen. Om vårdflödena ökar kraftigt och försvårar möjligheterna att klara tillgänglighetsgränsen kan avtalets fasta del förändras enligt punkt C3.2.

7.3 Nationell bristande tillgänglighet

Om den nationella tillgängligheten innebär att ingen vårdgivare klarar gränsen för vårdgarantin ska parterna eftersträva att erbjuda patienter vård så snart som möjligt i den egna regionen.

7.3 Redovisning av tillgänglighet

US redovisar tillgängligheten regelbundet.

D. AVTALSMODELL FÖR ÖVRIGA SJUKHUS

1 Avtalsmodell

Avtalsmodellen för vård vid US används från och med 2019 för alla patientströmmar inom Sydöstra sjukvårdsregionen:

- RÖ:s patienter får vård utförd i RJL och RKL
- RJL:s patienter får vård utförd i RKL
- RKL:s patienter får vård utförd i RJL

Undantag:

- Primärvård
- Närsjukvården i Finspång
- RJL:s och RÖ:s avtal om vård vid Rättpsykiatriska regionkliniken i Vadstena (avsnitt E)
- Psykiatri i RKL och RJL

2 Ersättning

2.1 Verksamheter med fast/rörlig ersättning

Princip

Avtalsmodellen består av en fast ersättningsdel som säkrar en långsiktig ekonomisk finansiering för fasta infrastrukturella kostnader och för att upprätthålla erforderlig kompetens som utförare av vård i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Den fasta delen fastställs enligt principer som redovisas i avsnitt D2.4.

Samtidigt gäller en rörlig ersättningsdel som ger rimlig kostnadskompensation på kort sikt vid ökande/minskande volymer.

Ersättning

Fast ram betalas månadsvis och rörlig del (baserad på DRG-vikt) faktureras månadsvis från utförande enhet. Inom sjukvårdsregionen tillämpas ett gemensamt DRG 1,0-pris. Priset fastställs enligt principer som redovisas i avsnitt D2.4. Den genomsnittligt rörliga kostnaden har beräknats till ca 35 % och medför att beräknat DRG 1,0-pris får faktorn 0,35.

Ersättning för dyra patienter, så kallade ytterfall, ingår i avtalsmodellens fasta och rörliga ersättning och faktureras inte separat. En uppföljning av kostnaderna för ytterfall redovisas i samband med årlig KPP-avräkning (D2.4).

Planering

Planeringsarbetet beskrivs närmare i C3.1.

Budget och uppföljning

Former för budget regleras i avsnitt C3 och uppföljning i avsnitt C4.

2.3 Förändrad ersättning under avtalsperiod

Ny verksamhet

Grundregeln är att den fasta avtalsramen inte ändras under året. I vissa fall kan nya behandlingar/åtgärder initieras under löpande år. Under förutsättning att de tre parterna accepterar förändringen kan ersättningen beräknas och behandlingen/åtgärden läggas in som ”tilläggsavtal”.

Tilläggsavtal sker i form av fast del. Om behandlingen/åtgärden innebär utomregional debitering krävs beslut av SVN.

Höga kostnader för enskild patient

I de fall kostnaden för en enskild patient uppgår till 4 mkr eller mer tas diskussion upp om att hantera kostnaderna för denna patient utanför avtalsmodellen.

2.4 Förändring av ersättning till kommande avtalsperiod

Följande faktorer kan påverka de fasta avtalsramarna till kommande avtalsperiod:

- avtalsmodellens KPP-avräkning (D2.5)
- årlig indexuppräknings för löne- och prisökningar (D5.1)
- strukturella förändringar som föranleds av särskilda överenskommelser

2.5 Beräkningsprinciper för fast del och pris

Grundprincipen är att använda samma metodik som framtagandet av fast del och pris i relationen mot US (se avsnitt C3.4)

Beräkning baseras på medelkostnadsnivå enligt KPP-avstämning (kostnad per patient) för de tre senaste åren. Samtidigt tas hänsyn till medelkonsumtion mätt i DRG-poäng enligt KPP-avstämning de tre senaste åren. Genomsnittligt beräknat DRG-pris ska täcka 35 % av kostnad och innebär att återstående del utgörs av avtalets fasta del.

För avtal 2019 baseras beräkningen på åren 2015–2017. Avtal 2020 baseras på KPP-avstämning 2016–2018. Avtalsvärdet kommande år beräknas vara klart efter KPP-avstämning april. KPP-avstämning avser DRG-kvantifierade

verksamheter. Fast del för övriga verksamheter utgörs av innevarande års budget med hänsyn till eventuella verksamhetsförändringar.

En särskild metodbeskrivning är framtagen för beräkning.

Tills KPP-systemet är fullt utvecklat i RJL och RKL kan beräkningarna komma att grundas på kortare tidsserier.

2.6 Regionalt medicinskt programarbete

Basen för det sjukvårdsregionala samarbetet utgörs av RMPO. Grupperna arbetar kontinuerligt med att utveckla samarbetet för att skapa god och jämlik hälso- och sjukvård i hela sjukvårdsregionen.

Programområdenas roll i avtalsarbetet är att identifiera förväntat behov, medicinsk utveckling, indikationer, innehåll och omfattning av den sjukvård som kan utföras hos någon annan part än US i det sjukvårdsregionala samarbetet, exempelvis som en konsekvens av arbetsfördelning eller andra orsaker.

3 Uppföljning

3.1 Verksamhetsuppföljning och ekonomisk uppföljning

RJL och RKL åtar sig att varje månad redovisa utförd vårdproduktion till parterna mätt i DRG-termer. Redovisning avser DRG-kod, vikt, pris och remitterande instans. Uppföljningsmaterial utgörs av en fakturafil redovisad på patientnivå.

Detaljerad fakturainformation kompletteras med statistik på vårdtillfällen, läkarbesök och DRG-vikt som varje månad publiceras på sjukvårdsregionens webbplats.

RSL ansvarar för en samlad uppföljning av överenskommelsen och redovisning till SVN. RSL kan begära särskilda uppföljningar som stöd för sina strategiska överväganden.

Eventuella avvikelser hanteras enligt reglemente för Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen, § 2.

3.2 Avtalsavstämning

Den årliga överenskommelsen omfattar enbart fast del och pris. Detta innebär att respektive huvudman gör en bedömning av avtalets totalkostnad i relation till egen budget.

I vissa fall kan situationer med höga kostnader för en enskild patient uppstå. Speciellt bör patienter med en kostnad som överstiger 1 mkr studeras närmare. Ärendet initieras av respektive centrum. Uppgår kostnaden till mer än 4 mkr kan detta påverka avtalsersättningen under innevarande period, se även avsnitt D2.3.

4 Ekonomisk reglering

4.1 Regler för ersättning

Ekonomisk ersättning betalas till RJL och RKL senast den 28:e i varje månad med 1/12 av den beslutade fasta ramen för året. RJL och RKL ansvarar för att inbetalningsunderlag skickas.

Fakturering av rörlig del sker månadsvis från RJL och RKL så snart som möjligt men senast sex månader efter avslutad vårdkontakt.

Faktureringsunderlaget ska göra det möjligt att hänföra fakturerad kostnad till rätt remitterande instans.

Betalningsvillkor är 30 dagars betalningstid.

4.2 Regler för indexberäkning

Årligt index för att täcka löne- och prisökningar fastställs efter överenskommelse mellan parterna.

5 Ekonomi

5.1 Indexuppräknings

Avtalsramarna har räknats upp med 2,9 % inför kommande år för att täcka beräknade löne- och prisökningar. Index utgörs av LPIK-majprognos exklusive läkemedel men med bedömning av läkemedel inom regionavtalet.

5.2 Avtalets fasta del

Den fasta delen som betalas, oberoende av utnyttjandegrad, framgår av nedanstående sammanställning. Totalkostnaden för avtalet bedöms av respektive region utifrån remitteringsvolym.

Belopp i tkr		
<i>Betalare</i>	<i>Mottagare</i>	
	RJL	RKL
RÖ	30.376	8.874
RJL		7.935
RKL	3.387	

5.3 Sjukvårdsregionalt DRG 1,0-pris

År 2019 gäller pris 60.790 kr för DRG-vikt 1,0. För fakturering innebär detta ett pris på 21.277 kr (35 % av 60.790 kr).

6 Tillgänglighet

6.1 Allmänt

Vårdgarantin omfattar samtliga patienter som väntar på besök eller operation/åtgärd. Grundprincipen är att mottagande enhet generellt är ansvarig för att patienten ska erbjudas vård som omfattas av den årliga överenskommelsen.

När vården inte kan ges inom gränsen för vårdgarantin, i dagsläget 90 dagar, gäller följande:

- Den enhet som tar emot patientens remiss ska skriftligen informera patienten om uppskattad väntetid samt rätten att utnyttja vårdgarantin.
- Om patienten så önskar ska kliniken se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare som kan erbjuda vården inom 90 dagar.
- Avsändande klinik ska skriftligen informeras.
- Alla vårdkostnader samt merkostnader avseende resor belastar kliniken vid utförande enhet som vidarefakturerar 35 % av vårdkostnaden till hemregionen

6.2 Bristande tillgänglighet på grund av kraftigt ökade volymer

Grundprincipen för regionavtalsmodellen är att klara de ekonomiska konsekvenserna av volymförändringar med den rörliga delen av ersättningen. Om vårdflödena ökar kraftigt och på så sätt försvårar möjligheterna att klara tillgänglighetsgränsen kan detta föranleda en förändring av avtalets fasta del enligt punkt D2.3.

6.3 Nationell bristande tillgänglighet

I samtliga fall gäller att är läget sådant i landet att ingen vårdgivare kan ge vården inom 90 dagar, ska eftersträvas att ge vård i egen regi snarast. Det krävs ett avtal med något landsting i Sverige för att en aktör ska ha rätt att erbjuda vård inom ramen för vårdgarantin.

E. VÅRD VID RÄTTPSYKIATRISKA REGIONKLINIKEN I VADSTENA

Detta är en överenskommelse mellan Region Jönköpings län och Region Östergötland om att Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena tillhandahåller högspecialiserad rättspsykiatrisk vård till Region Jönköpings län.

Åtagande

Från och med 2018-01-01 omfattar åtagandet 30 vårdplatser i nuvarande säkerhetsklass 2 och 3 och 10 950 vård dagar per år.

Åtaganden i öppen vård och för heldygnsvård i säkerhetsklass 1 regleras i särskild ordning.

Ekonomisk ersättning

Ersättningen för vårdplatser är det pris per vård dag som fastställs av Samverkansnämnden. Priset räknas normalt sett upp årligen med överenskommets index (se avsnitt C6.2).

Ersättningen delas upp i en fast ersättning baserad på 50 % av priset per vård dygn samt en rörlig ersättning baserad på 50 % av priset per vård dygn.

Fast ersättning faktureras utifrån det vård platsantal som överenskommits. Rörlig ersättning faktureras månadsvis i efterskott efter faktiskt konsumerade vård dygn. Faktura ska vara betald inom 30 dagar efter fakturadatum.

Avtalstid

Överenskommelsen är löpande. Uppsägningstiden för båda parter är 2 år. Avstämning av avtalet ska ske vartannat år. Nästa avstämning äger rum senast 2020-12-31. Vid avstämning kan överenskommelse om förändring vad gäller antalet vård platser.

Samverkan

Parterna överenskommer om fortsatt utveckling av samverkan/rutiner mellan de rättspsykiatriska vårdenheterna. Parterna överenskom i juni 2015 om en flerårig samverkansplan med syfte att optimera samverkan, klinikernas vårdkedja samt om gemensamma insatser inom forskning och utveckling.

Twist

Oenighet rörande tolkning och tillämpning av denna överenskommelse ska lösas av Regionsjukvårdsledningen.

E. ÖVRIGT

Kännedom om överenskommelsen

Parterna ansvarar för att innehållet i denna överenskommelse sprids till berörda befattningshavare.

Avtalstid

Överenskommelsen gäller för perioden 2019-01-01–2019-12-31.

Tvist

Oenighet om tolkning och tillämpning av denna överenskommelse ska i första hand lösas av respektive kunskapsråd. Kan enighet inte nås avgörs frågan av Regionsjukvårdsledningen.