

Överenskommelse om samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen 2026

allt nyskrivet ska gulmarkeras

INNEHÅLL

A. Om överenskommelsen.....	2
B. Utgångspunkter och mål	2
C. Sjukvårdsregional samverkan	3
Samarbetsområden	3
Klinisk forskning och universitetssjukvård	9
Högspecialiserad vård	10
D. Avtalsmodell	11
E. Övrigt	19

A. OM ÖVERENSKOMMELSEN

Denna överenskommelse bygger på ”Samverkansavtal för Sydöstra sjukvårdsregionen” mellan Region Jönköpings län (RJL), Region Kalmar län (RKL) och Region Östergötland (RÖ).

Avtalet om rättspsykiatrisk vård mellan RÖ och RJL har flyttats från den gemensamma överenskommelsen till ett eget dokument.

B. UTGÅNGSPUNKTER OCH MÅL

Grund för samverkan

Grunderna för parternas samarbete formuleras i samverkansavtalets § 2 där parterna genom samverkan förbinder sig att

- tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård
- främja och bidra till invånarnas hälsa
- främja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvården i sjukvårdsregionen
- solidariskt hjälpa varandra.

Grundläggande utgångspunkter

Vårt sätt att se sjukvårdsregionen som ett sjukvårdssystem medför några grundläggande utgångspunkter som till stor del grundar sig på Socialstyrelsens kriterier för god vård. Det innebär att parterna

- har ett gemensamt ansvar för att vården i de tre regionerna fungerar på ett bra sätt
- stärker den gemensamma vården utan att motverka utvecklingen i respektive region
- samordnar förflyttningar mellan vårdnivåer
- värnar Universitetssjukhuset i Linköping som högspecialiserat universitetssjukhus
- sänker administrativa och ekonomiska trösklar.

Parternas gemensamma värderingar uttrycks i löften till invånarna. Detta innebär att du som patient ska

- erbjudas vård som är lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök
- erbjudas diagnostik och behandling och uppföljning enligt bästa kunskap i varje möte
- vara delaktig och välinformerad genom hela vårdkedjan
- få tillgång till jämlik vård
- erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram
- få tillgång till patientsäker vård
- erbjudas kostnadseffektiv vård.

I Sydöstra sjukvårdsregionen prioriteras patientnära forskning.

C. SJUKVÅRDSREGIONAL SAMVERKAN

Inledning

Under 2026 fortsätter vi stärka och vidareutveckla gemensamma processer och sjukvårdsregional arbetsfördelning för att säkerställa god vård till sjukvårdsregionens invånare.

Vi utvecklar arbetsformer och operativ samverkan för ökad tillgänglighet, gemensam resultatuppföljning och gemensamt finansierade stödverksamheter.

Exempel på andra områden där vi ökar vårt gemensamma arbete är omställning till nära vård, digital utveckling, strukturerad vårdinformation, upphandling, katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar, juridik och informations-säkerhet.

Samarbetsområden

Sjukvårdsregionen har identifierat följande prioriterade områden för ökat gemensamt arbete:

- Ledning och styrning
- Patientens egenkraft och samskapande
- Kunskapsstyrning
- Långsiktig och hållbar arbetsfördelning
- Effektiva processer
- Attrahera och utveckla kompetenser

Detta är en sammanfattning av överenskommelser och prioriteringar inom respektive område.

Ledning och styrning

Vår ambition att öka vårt gemensamma arbete utgår från gemensamma värderingar och synen på Sydöstra sjukvårdsregionen som ett system inom vilket vi solidariskt hjälper varandra. Att tillsammans utveckla och erbjuda jämlik hälso- och sjukvård till mer än 1 miljon invånare kräver ett tydligt ledarskap, tillit, mångas delaktighet, långsiktighet och förmåga till samsyn över organisatoriska gränser. Det arbete som pågår inom flera av de andra samarbetsområdena, exempelvis långsiktig arbetsfördelning, kommer också innebära nya behov av gemensam styrning och ledning.

Hållbar utveckling och gemensam systemförståelse är utgångspunkter för att nå bästa möjliga resultat. Vi är noga med att involvera invånare och patienter i utvecklingsarbetet. Vi stimulerar innovation, forskning och systematiskt förbättringsarbete. Tillsammans hjälps vi åt att säkra att våra processer skapar värde för de vi är till för, samt att fasa ut gamla arbetssätt som inte längre ger bästa nytta för våra invånare och patienter.

Med kvalitet som strategi och, för samverkan relevanta, gemensamma mål samt systematisk uppföljning förbättrar vi ständigt vårt sjukvårdssystem.

Genom att öppet jämföra våra processer, resultat och kostnader utvecklar vi våra arbetssätt för att få bästa effekt och nytta av insatta resurser, vilket ger en effektiv verksamhet och låg kostnadsutveckling. Vi är noga med att ställa frågor om hur vi ligger till samt lära och agera på svaren.

Principen att i första hand hjälpas åt nationellt eller sjukvårdsregionalt gäller generellt och genomsyrar helt vårt angreppssätt inom exempelvis digital utveckling och ordnat införande av läkemedel och medicintekniska produkter.

För att fortsatt vara framgångsrika, leda i komplexa system och rusta oss inför framtida utmaningar gör vi våra ledare delaktiga i att omvärldsbevaka och ge förslag på hur vår samverkan kan utvecklas. Vi ser även till att det finns mötesplatser för dialog och styrning som stöder samspel mellan verksamhetschefer, regionledningar och regionsjukvårdsledning.

Vikten av hållbar utveckling utifrån de globala målen i Agenda 2030 är tydligare än någonsin. Det gäller i arbetet med att minska klimatpåverkan och effektivisera användning av naturresurser, men också vår förmåga att tillsammans möta hot och kriser med hög beredskap och robusta försörjningssystem.

Samverkansuppgiften att stärka arbetet med civilt försvar har fått ökad betydelse. Arbetet sker enligt överenskommelser med staten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och innebär bland annat arbete med remissvar, **planering inför höjd beredskap**, kompetensutveckling och andra kunskapshöjande aktiviteter.

Satsningen på gemensamt finansierade verksamheter, läs mer under avsnitt D3.2.

Patientens egenkraft och samskapande

Vi arbetar med att stärka invånares, patienters och närståendes egenkraft och delaktighet i hälso- och sjukvården. Genom gemensamma utvecklingsarbeten skapar vi nya system och arbetssätt som gör det möjligt att systematiskt lyssna till, lära och utveckla, tillsammans med dem vi är till för.

Vi använder berättelser för att skapa engagemang och driva förändring, och utvecklar strukturer som möjliggör delaktighet i utvecklingsarbete, bland annat genom att rekrytera invånarrepresentanter. Arbetet utgår från nationella riktlinjer för invånare-, patient- och närståendemedverkan.

Samskapande ses som en förutsättning för kvalitet och värdeskapande. Tillsammans utvecklar vi arbetssätt som utgår från hela människans livssituation, behov, upplevelser och drivkrafter. Våra metoder ska hjälpa oss att formulera utmaningar utifrån behov. För att möta folkhälsoutmaningar som ojämlig hälsa, psykisk ohälsa och en åldrande befolkning driver vi innovations-

projekt, analyserar data och samverkar brett. Digitalisering används som verktyg för att skapa jämlik hälsa.

Prioriterade exempel på utvecklingsområden

- Testa och utvärdera nya arbetssätt och strukturer för samskapande och verkligt inflytande.
- Utveckla gemensamma metoder som säkerställer att kvalitetsarbete utgår från invånarnas och patienternas behov.
- Skapa och utveckla digitala verktyg och plattformar som underlättar dialog och delaktighet med invånare, patienter, närstående och vårdens aktörer vilket skapar möjlighet till jämlik hälsa.
- Dela erfarenheter och lärdomar för att främja samarbete med kommuner och civilsamhälle, till exempel inom nära vård.
- Stärka samverkan kring precisionsmedicin och precisionshälsa.

Ytterligare exempel på utvecklingsområden

- Etablera rutiner för hur invånare bjuds in, rekryteras och introduceras i utvecklingsarbete.
- Utveckla patientens kunskapsstöd i samspel med professionens kunskapsstyrning.
- Öka användningen och kvaliteten på dokumenterade överenskommelser mellan patienter och vården.
- Skapa arenor för invånare att lära av varandra.
- Öka användningen av 1177:s stöd- och behandlingsplattform och integrera den med kunskapsstöd.
- Genomföra hälsoekonomiska analyser som utforskar värde av patientmedverkan och samskapande.

Kunskapsstyrning

Sjukvårdsregionens kunskapsstyrning utgår från visionen och inriktningen för Nationellt system för kunskapsstyrning 2023–2027. Vår ambition är att gå från etablering till hållbar drift och utveckling inriktad på implementering och tillämpning av bästa tillgängliga kunskap samt uppföljning och resultat. Övergripande mål är god och jämlik vård och hälsa, och att bästa tillgängliga kunskap tillämpas i varje patientmöte.

Det sjukvårdsregionala arbetet drivs i programområden med lednings- och processtöd från de tre regionerna via kunskapsråd och samverkansgrupper. Programområdena är motor i sjukvårdsregional kunskapsstyrning med uppdrag att följa upp och analysera medicinsk kvalitet, volymer, tillgänglighet och patientrapporterade utfallsmått utifrån sjukvårdsregionens patientlöften om god vård. Programområdena initierar, driver och stödjer utveckling av processer, remissvägar och samarbete i hela vårdkedjan. De föreslår och genomför prioriterade åtgärder utifrån vad som är bäst för invånarna. Programområdena har en central roll i implementeringen av nationella kunskapsstöd.

De regionala samverkansgrupperna stödjer de regionala programområdena och fyra nationella programområden som sjukvårdsregionen har värdskap för. Samverkansgrupperna är plattform för erfarenhetsutbyte och lärande. I uppdraget ingår att samordna och utveckla gemensamma arbetssätt och strukturer.

Sjukvårdsregionen har representanter i nationella programområden, samverkansgrupper, arbetsgrupper, kunskapssystemets beredningsgrupp och styrgrupp. Vi har värdskap för de nationella programområdena:

- barns och ungdomars hälsa
- kvinnosjukdomar och förlossning
- perioperativ vård, intensivvård och transplantation
- rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Sjukvårdsregionen ansvarar för processtöd och nödvändiga stödjande kompetenser som ger förutsättningar för programområdena att utföra det nationella uppdraget.

Vi samordnar svar på remisser från myndigheter och nationella programområden.

Under 2026 fortsätter vi att fokusera på verksamhetsutveckling och på att tillämpa nationella kunskapsstöd. Arbetet med uppföljning av det gemensamma initiativet kring lågvårdevård fortgår, och de regionala programområdena samt samverkansgrupperna intensifierar sina insatser för att identifiera och fasa ut metoder, arbetssätt och vårdutbud som inte ger tillräcklig patientnytta. Dessutom inleddes under 2025 ett arbete inom regionsjukvårdsledningen med en översyn av kunskapsrådets uppdrag. Detta arbete fortsätter under 2026 med stöd av regionsjukvårdsledningens stab.

Långsiktig och hållbar arbetsfördelning

Vi hjälper varandra att tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård i hela sjukvårdsregionen. Vi fortsätter arbetet för att kunna erbjuda patienter vård i varandras regioner. Vår gemensamma ambition att fördela arbete innebär en kulturförändring för både medarbetare och patienter.

Utmaningar i tillgänglighet och ekonomi samt effekterna av nationell högspecialiserad vård har även under 2025 förstärkt värdet av en långsiktig och hållbar arbetsfördelning. Resultatet av arbetet med att minska variation i tillgänglighet och medicinska resultat ger stöd för att den systematiska arbetsfördelningen och det gemensamma arbetet med väntetider och operationsplanering är redo för fördjupas ytterligare. En utredning för att kartlägga och ta fram utvecklingsförslag för en långsiktig och hållbar arbetsfördelning i Sydöstra sjukvårdsregionen genomförs under 2025 och ska återrapporteras Q1 2026. Vidare ställningstagande görs därefter.

Arbetet leds av regionernas ledningsstrukturer och förstärks med utredare och befintliga arbetsgrupper med uppdrag att ta fram fler förslag på möjlig samverkan.

Vi stödjer patientgrupper med störst behov. Hittills har sjukvårdsregionen genomfört samarbeten inom gynekologi, ögonsjukvård, allmänkirurgi och urologi. **Utredningen ger möjligheter till fortsatt gemensam planering och arbetsfördelning inom dessa och eventuellt ytterligare områden.**

Effektiva processer

Samarbetet inom sjukvårdsregionen ska bidra till en så kostnadseffektiv och ändamålsenlig verksamhet som möjligt. Vår princip är att i första hand bedöma vilka insatser som lämpar sig för nationell samverkan, därefter samordna resurser på sjukvårdsregional nivå, och slutligen hantera insatser inom respektive region.

Exempel på områden där samverkan inom sjukvårdsregionen ger tydlig nytta är:

- Samordnade remissvar
- Digital utveckling
- Upphandling
- Digitala patientutbildningar
- Screening och testning

Genom att samla kompetens och resurser utvecklar vi gemensamma koncept som kan tillämpas i alla tre regioner.

Under 2026 fortsätter vi att utveckla effektiva processer med målet att hushålla med resurser och minska dubbelarbete. Parallellt fortlöper implementeringen av nya och reviderade nationella kunskapsstöd.

De regionala programområdena och samverkansgrupperna har i uppdrag att identifiera områden där samordning ger särskild nytta. Detta omfattar både verksamhetsutveckling och tillämpning av nationella kunskapsstöd samt prioriteringar i införande och utfasning av metoder, arbetssätt och vårdutbud.

Inom läkemedelsområdet pågår samarbete kring gemensamma tjänster, bevakning av patentutgångar och gemensamma avtal. Ett annat exempel är det gemensamma projektet för organiserad prostatacancer-testning där ett gemensamt sjukvårdsregionalt kansli har etablerats.

Inför 2026 etableras en ny samverkansgrupp för vaccinationer, som ett led i att kraftsamla och stärka samverkan inom området. Arbetet inom smittskydd, beredskap, civilt försvar samt ordnat införande av medicinsk teknik fortsätter enligt plan.

Attrahera och utveckla kompetenser

Alla regioner har i stort sett samma utmaningar när det gäller kompetensförsörjning. Det är angeläget med en gemensam bild över situationen och att arbeta aktivt med att behålla och utveckla befintliga resurser och attrahera framtida kompetens, med störst tyngdpunkt vid att behålla och utveckla befintliga medarbetare.

Sjukvårdsregionens gemensamma arbete kring kompetensförsörjning utgår från Sveriges kommuners och regioners långsiktiga strategier. Under 2026 koncentreras samarbetet på

- attraktiv arbetsgivare
- friskfaktorerna
- hållbart arbetsliv.

Sjukvårdsregionens samverkan kring läkarutbildningen vid Linköpings universitet omfattar bland annat utveckling av kvalitet, utrustning, verksamhetsintegrerat lärande och verksamhetsförlagd utbildning. Studenterna fördelas på fyra huvudstudieorter, Linköping, Norrköping, Jönköping och Kalmar. 2024 tecknades ett långsiktigt avtal om den regionaliserade läkarutbildningen.

Via det regionala vårdkompetensrådet (RVKR) samverkar sjukvårdsregionen med medicinska fakulteten vid Linköpings universitet, Linnéuniversitetet i Kalmar och Växjö, Hälsohögskolan vid Jönköping University samt kommunerna kring bland annat verksamhetsförlagd utbildning.

Det sjukvårdsregionala vårdkompetensrådet ska

- främja dialog och samverkan med berörda parter på sjukvårdsregional nivå
- samla och föra dialog om huvudmännens kompetensbehov och kompetensöverföring till lärosätena
- samordna arbetet med det gemensamma utbildningsuppdraget för alla relevanta utbildningar
- samverka med övriga regionala vårdkompetensråd
- samverka och föra dialog med det nationella vårdkompetensrådet
- öka attraktiviteten som arbetsgivare.

Vårt samarbete för att möta framtida kompetensbehov genom att behålla och utveckla befintliga resurser inriktas på

- kunskaps- och erfarenhetsutbyte kring friskfaktorerna
- gemensam kompetensanalys
- samnyttjande av resurser med spetskompetens.

Vårt samarbete och erfarenhetsutbyte för att skapa hållbara strukturer för chefer och medarbetare inriktas på

- ledarutveckling

- förutsättningar för ökad tjänstgöringsgrad
- förutsättningar för förlängt arbetsliv
- minskad sjukfrånvaro
- god arbetsmiljö
- skapa förutsättningar och tid för handledning av studenter
- möjlighet till vetenskaplig kompetensutveckling och meritering

Klinisk forskning och universitetssjukvård

Klinisk forskning och utveckling samt utbildning har en avgörande betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvården i sjukvårdsregionen.

Sjukvårdsregionens mål och strategier för universitetssjukvården anges i dokumenten:

- Strategi för klinisk forskning och utbildning samt hälso- och sjukvårdsutveckling för universitetssjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen
- Strategi för life science i Sydöstra sjukvårdsregionen
- Regionala avtal om läkarutbildning och forskning (RALF) och tillhörande samverkansavtal för Region Kalmar län och Region Jönköpings län
- Nationellt avtal om läkarutbildning och forskning (ALF)

Klinisk forskning och life science

Stärkt klinisk forskning ökar patientnyttan och bidrar till sjukvårdsregionens utveckling. Arbetet bedrivs framför allt inom regionernas respektive styrkeområden e-hälsa, förbättringskunskap och medicinsk teknik.

Sjukvårdsregionen avser att ytterligare tydliggöra, utöka och stärka samarbetet inom klinisk forskning och life science.

Klinisk forskning och utbildning

Utvecklingen av universitetssjukvården fortsätter genom kontinuerliga genomlysningar av befintliga och möjliga universitetssjukvårdsenheter.

Universitetssjukvården ges ett vidare begrepp än bara lokaliserad till ett "sjukhus" men innebär samtidigt att ett antal nationellt satta kriterier måste uppfyllas. I förlängningen kan regionaliserad läkarutbildning och tillhörande anknytningsavtal medföra en mer utvecklad bas för sjukvårdsregionens universitetssjukvård.

Region Östergötland har 38 universitetssjukvårdsenheter, Region Jönköpings län har fem enheter och Region Kalmar län har en enhet.

Klinisk forskning och utveckling av universitetssjukvården

Sjukvårdsregionens samarbete förstärks bland annat genom åtgärder för att underlätta användningen av hälsodata. Målet är att sjukvårdsregionen ska vara

en sammanhållen miljö med ett sömlöst system för vårddata och forskningsdata. Det finns ett flertal olika samarbetsstrukturer inom sjukvårdsregionen vars syfte är att stärka den kliniska forskningen.

- FORSS bidrar till samverkan bland annat genom att finansiera forskningsprojekt.
- Forum Sydost är ytterligare en samarbetsstruktur för klinisk forskning i sjukvårdsregionen som i dagsläget huvudsakligen finansieras av anslag från Vetenskapsrådet (inom ramen för Kliniska Studier Sverige) men också genom de tre regionernas egna resurser kopplade till de forskningsstödjande enheterna (forskningssektionen i Kalmar, Futurum i Jönköping och Forum Östergötland). Forum Östergötland finansieras även genom Linköpings universitet.
- Forskningssamarbete finns även etablerat med sjukvårdsregionen och Linnéuniversitetet, Jönköping University samt Linköpings universitet samt även kommunerna i sjukvårdsregionen. En forskarskola för nära vård är etablerad vid Linköpings universitet.

Högspecialiserad vård

I Sydöstra sjukvårdsregionen förutsätts nivåstrukturering inte vara en ensidig riktning utan begreppet ”arbetsfördelning” gäller i lika stor utsträckning. Vår gemensamma viljeinriktning formuleras i samverkansavtalet.

Universitetssjukhuset i Linköping (US) bedriver huvudparten av den högspecialiserade vården och konsultservice till kollegor inom sjukvårdsregionen. US som sjukvårdsregionalt kompetenscentrum formuleras i samverkansavtalets §6.

Nationell högspecialiserad vård (NHV) innebär i korthet en lagreglerad koncentration av komplex eller sällan förekommande vård till få enheter i landet. Socialstyrelsen driver processen med målsättningen att kunskap, kvalitet och patientsäkerhet ska utvecklas och förbättras samtidigt som resurserna används på ett effektivt sätt. Under 2025 har det tillkommit ett nytt tillstånd för Region Östergötland - rekonstruktiv kirurgi vid inflammatorisk tarmsjukdom och regionen har därmed i nuläget tillstånd att bedriva nationellt högspecialiserad vård inom 10 områden:

- svåra brännskador
- neuromuskulära sjukdomar
- osteogenesis imperfecta
- rekonstruktiv kirurgi vid förlossningsskador
- könsdysfori
- svåra hudsymtom
- högisoleringsvård vid högsmittsamma sjukdomar
- perifer facialis pares
- vulvacancer
- rekonstruktiv kirurgi vid inflammatorisk tarmsjukdom (1 april -26)

Att bedriva NHV bedöms nödvändigt för en positiv utveckling av Universitetssjukhuset i Linköping och hälso- och sjukvården i hela sjukvårdsregionen. Målet har varit att erhålla få 10–12 NHV-tillstånd.

D. AVTALSMODELL FÖR VÅRD MELLAN PARTERNA I SYDÖSTRA SJUKVÅRDSREGIONEN

1 Parter

Region Östergötland (RÖ), Region Jönköpings län (RJL) och Region Kalmar län (RKL).

2 Avtalsmodell

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 självkostnad enligt kostnad per patient (KPP).

Avtalsmodellen ska ge förutsättningar för

- stabilitet över tid som underlättar samverkan mellan parterna
- att risken för kostnadsvariationer i högspecialiserad vård sprids mellan parterna
- att tillfälliga svängningar enstaka år inte ska leda till stora avtalsförändringar
- att stärka den sjukvårdsgemensamma vården utan att motverka utvecklingen av den lokala hälso- och sjukvården.

Avtalsmodellen för vård mellan huvudmännen inom Sydöstra sjukvårdsregionen används för alla patientströmmar med undantag för

- primärvård
- medicinsk service utan vårdkontakt
- avtal om vård vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena mellan RJL och RÖ
- psykiatri i RKL.

3 Ersättning

3.1 Verksamheter med fast/rörlig ersättning

Princip

Avtalsmodellen består av en fast ersättningsdel som säkrar en långsiktig ekonomisk finansiering för fasta infrastrukturella kostnader inom Sydöstra sjukvårdsregionen.

Den fasta delen fastställs enligt principer som redovisas i avsnitt D4.4. Den genomsnittligt fasta kostnaden har beräknats till cirka 65 procent och medför en fast andel i avtalet på 65 procent 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 utförande enhet. Inom Sydöstra sjukvårdsregionen tillämpas ett gemensamt DRG 1,0-pris. Priset fastställs enligt principerna i avsnitt D4.4. Den genomsnittligt rörliga kostnaden har beräknats till cirka 35 procent 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.

Planering

Planeringsarbetet beskrivs närmare i D4.1.

Budget och uppföljning

Former för budget regleras i avsnitt D4 och uppföljning i avsnitt D5.

3.2 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, eller av andra skäl ekonomiskt administreras inom RÖ, RJL eller RKL. Detaljerade underlag och beslut finns i ett särskilt dokument som löpande uppdateras.

Följande verksamheter avses och anges i tabell:

Verksamheter med helt fast ersättning, tkr	Hemvist	Budget 2026	RKLs andel 2026	RJLs andel 2026	RÖs andel 2026
Arbets- och miljömedicin	RÖ	17 582	3 978	5 975	7 629
Brännskadevård	RÖ	35 484	5 855	9 795	19 834
Centrum för sällsynta diagnoser	RÖ	6 155	1 393	2 092	2 671
Gemensamma utvecklingsinsatser	RJL	2 881	652	979	1 250
Klinisk farmakologi	RÖ	696	157	237	302
Klinisk genetik	RÖ	20 567	4 345	3 430	12 793
Organiserad prostatacancerdiagnostik	RJL	1 250	283	425	542
Regionalt cancercentrum sydost	RÖ	23 791	5 383	8 085	10 323
Regionalt donationsansvarig läkare	RÖ	794	180	270	345
Registercentrum sydost	RJL	1 669	378	567	724
Strategiskt arbete läkemedel	RJL/RÖ	1 693	383	575	735

Budget och uppföljning

Former för budget regleras i avsnitt D4 och uppföljning i avsnitt D5.

Arbets- och miljömedicin

Arbets- och miljömedicin är en universitetssjukvårdsenhet och en gemensam resurs för sydöstra sjukvårdsregionen som består av Jönköpings, Kalmar och Östergötlands län. Kostnadsmassan i underlaget fördelas utifrån befolkningsandelar.

Brännskadevård

Brännskadecentrum på Universitetssjukhuset i Linköping är en av två brännskadeenheter i Sverige för högspecialiserad vård av patienter med svåra brännskador. **Gemensamma kostnader för brännskadecentrum vid Universitetssjukhuset i Linköping, har beräknats utifrån genomsnittlig användning tidigare år.**

Centrum för sällsynta diagnoser

Centrum för sällsynta diagnoser (CSD) är en stödjande enhet för vårdgivare, patienter, anhöriga och andra aktörer kring frågor om sällsynta diagnoser. Centrum för sällsynta diagnoser etablerades inom ramen för den årliga överenskommelsen år 2015 i Sydöstra sjukvårdsregionen och sedan dess har ytterligare utökningar av verksamheten skett. Kostnaderna fördelas utifrån befolkningsandelar.

Gemensamma utvecklingsinsatser

För att stimulera gemensam utveckling i Sydöstra sjukvårdsregionen har regionsjukvårdsledningen mer långsiktigt avsatt medel för kompetens- och andra utvecklingsinsatser. Regionsjukvårdsledningens stab ansvarar för handläggning, fördelning och administration på uppdrag av regionsjukvårdsledningen. Kvarstående medel efter beviljade satsningar fördelas ut till huvudmännen vid varje årsskifte. Beloppen betalas in utifrån befolkningsandelar, samt att kvarstående medel fördelas ut enligt samma princip.

Klinisk farmakologi

Vid Klinisk farmakologi på Universitetssjukhuset i Linköping finns en stödfunktion för verksamheter som har frågor om biverkningar. Kostnaderna för området fördelas utifrån befolkningsandelar.

Klinisk genetik

Klinisk genetik på Universitetssjukhuset i Linköping utreder ärftliga sjukdomar inom allmänogenetik, onkogenetik och kardiogenetik. Utöver mottagningen i Linköping finns satellitmottagningar i Östergötland, Kalmar och Jönköping. Förutom vårdproduktion finns också ett kompetensstöd för hela sjukvårdsregionen. Kostnaderna fördelades utifrån antalet remisser.

Organiserad prostatacancertestning

Samverkansnämnden beslutade år 2023 att inrätta en gemensam kanslifunktion för organiserad prostatacancertestning inom sydöstra sjukvårdsregionen. Kanslifunktionens långsiktiga mål är att genom god servicenivå, ändamålsenlig och rationell handläggning, gemensamma arbetssätt och hög grad av automatisering, kunna erbjuda jämlik vård för invånarna. Kostnaderna för kansliet fördelas utifrån befolkningsandelar.

Regionalt cancercentrum sydost

Regionalt cancercentrum (RCC) finansieras med statliga medel via Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), samt genom tillskott från regionerna inom Sydöstra sjukvårdsregionen. Basen i RCC Sydösts uppdrag och grundfinansiering från sjukvårdsregionen härrör från onkologiskt centrum (OC) som dels utgörs av ett sjukvårdsregionalt uppdrag dels ett nationellt uppdrag. Sydöstra sjukvårdsregionens andel av finansieringen fördelas utifrån befolkningsandelar.

Regionalt donationsansvarig läkare

Regionsjukvårdsledningen beslutade år 2021 att tillsätta en regionalt donationsansvarig läkare (RDAL) i syftet att öka antalet donationer genom att stödja, utveckla och verka för samordning av organdonationsverksamheten i Sydöstra sjukvårdsregionen. Lönekostnaden fördelas utifrån befolkningsandelar.

Registercentrum sydost

Registercentrum sydost (RCSO) är ett av landets sex regionala registercentrum med uppdrag att stödja nationella kvalitetsregister och att bidra till att visionen för Nationella Kvalitetsregister uppnås. RCSO finansieras primärt av statliga medel via SKR. Regionsjukvårdsledningen beslutade att tillskjuta medel till RCSO från och med år 2022. Kostnaderna fördelas utifrån befolkningsandelar.

Strategiskt arbete läkemedel

Processen för inköp av läkemedel har blivit mer komplicerad och omfattar både rekvisition- och förmånsläkemedel. Sjukvårdsregionens läkemedelsupphandlingsgrupp (SLUG) föreslås få ett utökat uppdrag som omfattar hela inköpsprocessen; strategi- och analysfas, upphandlings- och inköpsfas, implementeringsfas och uppföljnings- och utvecklingsfas. Beslut i regionsjukvårdsledningen, att gemensamt arbete med inköpsprocess inom läkemedelsområdet i Sydöstra sjukvårdsregionen förstärks med en apotekare och en inköpare. Lönekostnaderna för tjänsterna fördelas utifrån befolkningsandelar.

Generell princip för ersättning

Ovanstående verksamheter ersätts med fast ram, fördelad ur ett långsiktigt perspektiv. Fast ram betalas månadsvis. Kostnaderna för varje område räknas om varje år enligt avsnitt D7.2. En regelbunden fördjupad analys görs vart tredje år, för varje område, där både verksamhet och ekonomi redovisas till RSL av områdets ansvariga. Varje områdesansvarig ska tydligt framgå och

uppdateras, till RSL-stab, vid förändringar. Betydelsefulla och över tid stabila avvikelser beroende på förändringar i exempelvis befolkningsutveckling och konsumtion kan resultera i förändrade avtalsramar. Beslutade gemensamma satsningar är inte villkorade mot extern finansiering i form av statsbidrag, utan vid behov finansieras dessa gemensamt utifrån befolkningsandel.

Planering

Planeringsarbetet beskrivs närmare i D4.1.

Budget och uppföljning

Former för budget regleras i avsnitt D4 och för uppföljning i avsnitt D5.

3.3 Förändrad ersättning under avtalsperiod

Grundregeln är att den fasta avtalsramen och grunden för rörligt pris inte ändras under året.

4 Planering – budget – beslut

4.1 Planeringsprincip och ansvarsfördelning

Regionsamverkansavtalet är långsiktigt och innebär att det långsiktiga behovsperspektivet ska belysas i en interaktion i hela kedjan från regionala programområden via kunskapsråd till regionsjukvårdsledningen som underlag för beslut i samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen. Detta förutsätter hög grad av dialog och feedback mellan dessa nivåer.

Kunskapsrådets uppdrag i budgetprocessen är att fånga upp verksamhetsförändringar som aviserats mellan parterna i regionala programområden eller andra grupperingar. Förändringarna bereds inför regionsjukvårdsledningen och arbetas sedan in i den årliga överenskommelsen.

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

Regionsjukvårdsledningens uppdrag är att återkoppla kunskapsrådets planeringsarbete utifrån verksamhetsuppföljning och planeringsförutsättningar samt bereda ett samlat förslag till regional överenskommelse för nästa år till Samverkansnämnden.

Samverkansnämndens 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.

4.2 Förändring av ersättning till kommande avtalsperiod

Följande faktorer kan påverka de fasta avtalsramarna till kommande avtalsperiod:

- avtalsmodellens KPP-avräkning (D4.4)

- årlig indexuppräknning för löne- och prisökningar (D7.2)
- förändrad verksamhet inom helt fast ersatta verksamheter (D3.2)
- strukturella förändringar som föranleds av särskilda överenskommelser

4.3 Beräkningsprinciper av förändringar

Fast/rörligt ersatta verksamheter

Den fasta delen fastställs enligt principer som redovisas i avsnitt D4.4. 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 D3.2). Vid större och/eller strategiska förändringar tas separata kalkyler fram som ett underlag för förändringen.

4.4 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 procent av kostnad och innebär att återstående del utgörs av avtalets fasta del.

För avtal 2026 baseras beräkningen på åren 2022–2024. Avtal för 2027 kommer att baseras på KPP-avräkning åren 2023–2025. 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.

4.5 Regionalt programarbete

Basen för det sjukvårdsregionala samarbetet utgörs av regionala programområden. 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 ska utföras inom Sydöstra sjukvårdsregionen. Det ska också anges var vården ska utföras. För de behandlingar/åtgärder som valts ska gemensamma protokoll och överenskommelser finnas för hur, och i vilka former, utvärdering ska ske.

5 Uppföljning

5.1 Verksamhetsuppföljning och ekonomisk uppföljning

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

Redovisning av vårdproduktion på övergripande nivå, exempelvis vårdtillfällen, läkarbesök och DRG inom ramen för den årliga överenskommelsen sker i samband med ordinarie delårsrapportering och årsbokslut.

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

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

5.2 Delårsrapportering och bokslut

Samtliga parter åtar sig att lämna material för uppföljning i period 08 samt årsbokslut.

5.3 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.

6 Ekonomisk reglering

6.1 Regler för ersättning

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

Vid rörlig debitering sker denna fakturering månadsvis så snart som möjligt men senast sex månader efter avslutad vårdkontakt. Regionerna har kontaktpersoner för att lösa avvikelser. Vid problem tas kontakt med motpart för att undvika administrativt merarbete.

Faktureringsunderlaget ska möjliggöra att hänföra fakturerad kostnad till rätt remitterande instans.

Betalningsvillkor är 30 dagars betalningstid.

6.2 Regler för indexberäkning

Årligt index för att täcka löne- och prisökningar fastställs efter överenskommelse mellan parterna. Från och med år 2026 ändras principen så att man inte längre använder historiska prognosindex för att beräkna genomsnittliga KPP-avräkningar, utan i stället använder utfallsindex.

6.3 Särskilda regler

Grundprincipen i avtalet är att ersättningen för verksamheterna utgörs av helt fast alternativt fast/rörlig ersättning.

7 Förändringar inför avtal 2026

7.1 Verksamhetsförändringar

Grundprincipen är att verksamhetsförändringars påverkan på avtalets fasta del inför kommande år hanteras inom avtalsmodell (D4.2). 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.

7.2 Indexuppräknning

Inför kommande år har avtalsramarna räknats om med följande LPIK-index: utfallsindex på 8,5 procent för 2023 och 4,9 procent för 2024, samt maj-prognosindex på -1,4 procent för 2025 och 3,1 procent för 2026. Index baseras på SKR:s löne- och prisutveckling (LPIK), exklusive läkemedel, både för utfall och prognos. För den externa prislistan används däremot LPIK:s oktoberprognos.

7.3 Avtalets fasta del

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

Belopp i tkr	Mottagare		
	RÖ	RJL	RKL
RÖ		38 032	12 511
RJL	376 609		6 417
RKL	327 166	8 390	

Den fasta delen som rör samverkan, beskriven i avsnitt D3.2, fördelas enligt nedanstående tabell.

Belopp i tkr	Mottagare		
	RÖ	RJL	RKL
RÖ	54 264	2 884	
RJL	30 170	2 259	
RKL	21 482	1 504	

7.4 Sjukvårdsregionalt DRG 1,0-pris

År 2026 gäller priset 92 327 kr för DRG-vikt 1,0. För fakturering innebär det ett pris på 32 314 kr (35 procent av 92 327 kr).

8 Tillgänglighet

8.1 Allmänt

Vårdgarantin omfattar alla patienter som väntar på besök eller operation/åtgärd. Grundprincipen är att mottagande enhet är generellt ansvarig för att patienten erbjuds vård som omfattas av avtalsmodellen.

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

- Mottagande enhet för 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 belastar vårdande klinik som fakturerar hemmaregionen 35 procent av vårdkostnaden. Merkostnader som inte hanteras i KPP-avräkningen faktureras 100 procent.

8.2 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. Det krävs ett avtal med något landsting i Sverige för att en aktör ska ha rätt att erbjuda vård inom ramen för vårdgarantin.

8.3 Redovisning av tillgänglighet

Redovisning av tillgänglighet inom ramen för den årliga överenskommelsen sker i delårsrapport 08 och bokslut.

E. ÖVRIGT

Kännedom om överenskommelsen

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

Avtalstid

Överenskommelsen gäller för **perioden 2026-01-01–2026-12-31.**

Twist

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