Region Stockholm

3

Förslag avseende tillämpningen av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF)

HSN 2020-0845

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Enskilda vårdgivare och medicinsk diagnostik
Susanna Widell

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-08-10

HSN 2020-0845

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Förslag avseende tillämpningen av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF)

Ärendebeskrivning

Med utgångspunkt i Region Stockholms budget för 2020, hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2020 och hälso- och sjukvårdsnämndens beslut från den 17 mars 2020 (HSN 2020-0197), i vilka hälso- och sjukvårdsförvaltningen ombeds se över verksamheterna inom den så kallade nationella taxan, föreslås fyra åtgärder i syfte att minska kostnaderna för verksamheterna som regleras genom lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) samt omhänderta patienterna på ett jämlikt sätt enligt Region Stockholms primärvårdsstrategi. Vid utformningen av föreslagna åtgärder har huvudbetänkandet ”*God och nära vård*” (SOU 2020:19) från mars 2020 beaktats.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Bilaga 1-5

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Remisskrav införs till läkarspecialiteterna hud- och könssjukdomar, kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, kirurgi samt öron- näs- och halssjukdomar.

2. Den kostnadsansvarsmodell för medicinsk service som tillämpas inom bland annat vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård införs för vårdgivare verksamma enligt LOL.

3. Gränsen för heltidsuppföljningar inom LOL och LOF fastställs tills vidare till 75 procent av heltid.

4. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att agera ombud för vårdgivare verksamma enligt LOL i rapporteringen till Socialstyrelsens Patientregister.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Med anledning av de effektiviseringar av verksamheter som är nödvändiga för att Region Stockholm ska kunna uppnå en långsiktigt hållbar ekonomi, har hälso- och sjukvårdsförvaltningen fått i uppdrag att se över verksamheterna som regleras genom LOL och LOF. Förslagen i detta tjänsteutlåtande har bearbetats inom ramen för gällande lagstiftning, vilket är en förutsättning då verksamheterna som berörs är lagreglerade. Förslagen har vidare bedömts utifrån det övergripande uppdraget om kostnadskontroll, samt utifrån huvudbetänkandet ”*God och nära vård*” (SOU 2020:19).

Överväganden
Systemet med verksamheterna som bedrivs enligt LOL och LOF, även kallad den nationella taxan, innebär väl kända problem i förhållande till kommunalt självstyre och konkurrensneutralitet. Lagstiftningen begränsar regionens möjligheter att planera, styra och följa upp verksamheterna och den saknar i stort sett hänsyn till patientsäkerhet. Den tar överlag liten hänsyn till krav i annan lagstiftning, såsom kommunallagen, hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen, patientlagen och patientdatalagen.

Lagstiftningen tillkom i en annan tid; i början av nittiotalet, och har endast genomgått ett fåtal mindre förändringar. Detta trots att den har varit föremål för flera statliga utredningar, däribland utredningen ”*Samordnad utveckling för god och nära vård*” (S2017:01), vars huvudbetänkande (SOU 2020:19) offentliggjordes i april 2020. Budskapet i betänkandet är tydligt; LOL och LOF föreslås upphöra att gälla vid utgången av 2022, med möjlig tillämpning för befintliga aktörer i systemet vid denna tidpunkt som längst till och med utgången av juni 2028. Tanken är att vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF ska integreras i den ordinarie primärvården, vilken anges utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet, och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård.

Under 2018 betalade Sveriges regioner ut 1,4 miljarder kr i ersättning till vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF (SOU 2020:19, s. 291). Av dessa betalades 885 894 194 kr ut till vårdgivare i Region Stockholm. Under 2019 var motsvarande siffra 839 207 689 kronor. Tillsammans med kostnaden

om 145 008 573 kronor för medicinsk service, blev totalkostnaden för den nationella taxan 984 216 262 kronor i Region Stockholm under 2019.

Med tanke på att nuvarande vårdgivare i nämnda betänkande föreslås kunna vara fortsatt verksamma enligt LOL och LOF till och med juni 2028, kommer de, om förslagen blir verklighet, att vara en del av Region Stockholms hälso- och sjukvårdssystem i ytterligare åtta år. Denna relativt långa avvecklingsperiod medför att det, trots ett eventuellt framtida upphörande av lagstiftningen, finns anledning att se över möjligheterna till kostnadsbesparingar inom ramen för LOL och LOF. Nedan beskrivs fyra förslag på åtgärder för att åstadkomma just detta; utökad kostnadskontroll, men också utökad integrering av vårdgivarnas verksamheter i Region Stockholms ordinarie primärvård och övrig öppenvård.

1. Införande av remisskrav

I Region Stockholm finns idag inget krav på remiss till vård hos vårdgivare som är verksamma enligt LOL och LOF. Detta trots att lagstiftningen är tydlig i detta hänseende:

”En region får, som villkor för att lämna läkarvårdsersättning enligt denna lag, kräva remiss för vård hos en privat verksam läkare med specialistkompetens under förutsättning att remisskrav gäller för motsvarande vård hos en specialist inom regionen.” (3 § LOL)

”Om det krävs remiss från läkare eller tandläkare för fysioterapi inom regionen, gäller det kravet även för fysioterapiersättning enligt denna lag.” (3 § LOF)

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen föreslår att Region Stockholm inför remisskrav för de specialiteter för vilka detta är tillåtet. De specialiteter/vårdområden som både finns representerade inom den nationella taxan och är föremål för remisskrav inom LOU-upphandlade avtal eller avtal enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) är i Region Stockholm följande:

- Hud- och könssjukdomar
- Kardiologi
- Medicinsk gastroenterologi och hepatologi
- Kirurgi
- Öron- näs- och halssjukdomar

Förslaget om införande av remisskrav för dessa fem läkarspecialiteter överensstämmer väl med Region Stockholms budget och hälso- och

sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2020, som båda betonar vikten av en stärkt primärvård med husläkarmottagningar som navet i sjukvården. Förslaget överensstämmer också väl med framtidens hälso- och sjukvård (FHS), i vilken all vård ska bedrivas på mest effektiva vårdnivå.

Vid fördjupade uppföljningar av de verksamheter som bedrivs enligt LOL och LOF är det en vanligt förekommande slutsats att delar av denna vård inte bedrivs på mest effektiva vårdnivå. Denna slutsats baseras på att ett flertal specialistbesök inte är medicinskt motiverade, medan andra kan innebära enkla åtgärder som lika gärna hade kunnat genomföras på en av regionens husläkarmottagningar. Genom att införa remisskrav för de specialiteter som lagstiftningen pekar på, kan en del av de besök som idag sker på fel vårdnivå styras om till rätt vårdnivå.

2. Införande av delat kostnadsansvar för medicinsk service

Med undantag av ett fåtal prover (bilaga 2 till förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning, FOL (bilaga 1)) har Region Stockholms läkare verksamma enligt LOL nästintill fri medicinsk service. Denna kostnadsansvarsmodell förekommer i övrigt enbart inom regionens ungdomsmottagningar (inget kostnadsansvar), vilket innebär att den går stick i stäv med principen om konkurrensneutralitet. Detta då vårdgivare inom regionen inte verkar på lika villkor.

Förvaltningens fördjupade och löpande uppföljningar har visat att fri medicinsk service inom den nationella taxan har medfört övervältring av kostnader och risk för att prover/undersökningar beställs utan medicinsk indikation. Enligt medicinskt sakkunniga på förvaltningen medför det sistnämnda, förutom onödigt höga kostnader för regionen, en patientrisk, eftersom prover/undersökningar som tagits/genomförts utan medicinsk indikation, med provresultat som avviker från det normala, kan leda till att patienter får behandlingar som de egentligen inte behöver.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har vid fördjupade uppföljningar inom LOL vidare konstaterat att det förekommer att prover som redan har tagits på en husläkarmottagning tas om hos vårdgivare verksamma enligt LOL, trots att de har kännedom om att dessa prover redan har tagits. Utan kostnadsansvar för medicinsk service tycks incitament saknas att begränsa kostnaderna, exempelvis genom att undersöka vilka prover som har tagits hos andra vårdgivare.

Under 2019 uppgick Region Stockholms kostnad för medicinsk service för de 284 läkare som då var verksamma enligt LOL till 145 008 573 kronor.

Som ett led i att uppnå utökad kostnadskontroll och integrering av dessa vårdgivare med vårdgivare i regionens ordinarie primärvård och övrig öppenvård, föreslår hälso- och sjukvårdsförvaltningen att samma etablerade kostnadsansvarsmodell för medicinsk service som tillämpas inom bland annat vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård (bilaga 2), ska tillämpas även inom LOL.

Lagstiftning
Lagstiftningen är otydlig avseende kostnadsansvaret för medicinsk service inom den nationella taxan. I förarbetena till LOL framgår följande:

”En läkare som har rätt till läkarvårdsersättning får tills vidare kostnadsfritt remittera patienter till sådana röntgen- och laboratorieundersökningar inom den offentliga vården som är särskilt omfattande… Rutinbetonade prov och undersökningar avses däremot bli täckta genom de vanliga arvodesnivåerna medan mera omfattande undersökningar som t.ex. datortomografi inte skall ingå i läkarvårdsersättningen.” (Prop. 1993/94:75)

Uttrycket ”mera omfattande” lämnar ett tolkningsutrymme. I LOL nämns inte medicinsk service överhuvudtaget och 16 § FOL, som anger riktlinjer för medicinsk service, är svårförståelig. Paragrafens första stycke lyder:

”Läkarvårdsersättningen utgör ersättning för samtliga åtgärder vid ett vårdtillfälle inräknat läkemedelsförskrivning och provtagning för klinisk laboratorieundersökning.”

I Socialstyrelsens termbank betyder åtgärd *”aktivitet som är inriktad på visst resultat”*. Samtliga *åtgärder* bör enligt Socialstyrelsens definition därmed innefatta medicinsk service, vilken i sådana fall helt och hållet uppges bli täckt av läkarvårdsersättningen. Detta är dock inte konsekvent med vad som anges i 16 § andra stycket FOL, som innehåller en hänvisning till en förteckning med ett fåtal kliniska laboratorieundersökningar som innefattas i arvodet för läkarbesök. Det kan noteras att denna förteckning inte har uppdaterats sedan 1996.

I avsaknad av tydliga och uppdaterade riktlinjer i LOL och FOL gällande kostnadsansvaret för medicinsk service föreslås att Region Stockholms lägsta nivå avseende kostnadsansvar för medicinsk service införs för vårdgivare verksamma enligt LOL, det vill säga den kostnadsansvarsmodell som tillämpas inom bland annat vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård. Kopplingen till just detta vårdval är naturlig av två

anledningar; det utgör en stor del av Region Stockholms primärvård och det är ett obligatoriskt vårdval, vilket innebär att det är en del av hälso- och sjukvårdssystemet i samtliga regioner i Sverige.

Kostnadsansvarsfördelningen i ovan nämnda modell innebär att vårdgivaren har helt kostnadsansvar för basal medicinsk service, delat kostnadsansvar (20 procent) för avancerad medicinsk service samt inget kostnadsansvar för endoskopier, genetik, spermaprov, transfusionsmedicin och obduktioner. Med denna kostnadsansvarsfördelning bedöms Region Stockholm kunna tillgodose nämnda förarbetsuttalanden om att kostnader för undersökningar som är *mera omfattande* inte täcks av läkarvårdsersättningen.

Riskbedömning
Ett kostnadsansvar för medicinsk service enligt föreslagen modell kan med tanke på nuvarande tillämpning av nästintill fri medicinsk service medföra vissa patientsäkerhetsrisker. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningens avdelning för närsjukvård har en rapport nyligen skrivits i syftet att utreda just detta; *”Nuläge och riskanalys inför ett förändrat kostnadsansvar för medicinsk service inom NSV:s avtalsområden”* (bilaga 3).

Patientsäkerhetsrisker som kan uppstå vid ett förändrat kostnadsansvar är enligt rapporten att vårdgivare kan försöka vältra över kostnader för medicinsk service på andra vårdgivare eller välja att inte undersöka alls, vilket kan leda till försenade undersökningar och behandlingar.

Vårdgivare som är verksamma enligt LOL har minst kostnadsansvar av samtliga vårdgivare inom Region Stockholm. Införandet av ett utökat kostnadsansvar för medicinsk service för just dessa vårdgivare, kan mot denna bakgrund snarare förväntas medföra minskade än ökade övervältringkostnader totalt sett inom regionen. Det kan finnas en risk för att större kostnadsansvar medför minskat incitament att utreda med hjälp av medicinsk service. Dock bör sannolikheten att medicinsk indikation blir styrande i större utsträckning vid beställning av prover och undersökningar väga upp denna risk.

Remitteringar till medicinsk service utan medicinsk indikation är särskilt framträdande vid hälsoundersökningar. Hälsoundersökningar ger inte rätt till ersättning enligt LOL. Trots detta har fördjupade uppföljningar visat att hälsoundersökningar är vanligt förekommande inom den nationella taxan, vilket delvis kan förväntas bero på den fria medicinska servicen.

I Närsjukvårdens rapport uppges patientsäkerhetsrisker vid förändringar av kostnadsansvaret för medicinsk service öka (i) ju större kostnaderna för undersökningen är samt (ii) om vårdgivaren har en låg ersättning i grunden. Det sistnämnda är inte aktuellt för vårdgivare verksamma enligt LOL, eftersom dessa vårdgivare får högre ersättning än vad vårdgivare inom motsvarande vårdområden i regionens övriga avtal får. Exempelvis får en specialist i allmänmedicin verksam enligt LOL 860 kronor i ersättning för ett normalbesök (2020 års taxa), medan den genomsnittliga ersättningen för ett husläkarbesök inom vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, enligt Närsjukvårdens controller, uppgår till 761 kronor.

I Närsjukvårdens rapport framgår vidare att patientsäkerhetsriskerna ökar om (iii) en tidigare fri nyttighet börjar omfattas av ett delat kostnadsansvar, särskilt vid större procentuella förändringar. Kostnadsfördelningen 80/20 upplevs dock, enligt rapporten, ge vårdgivaren incitament att bibehålla en lagom nivå på medicinsk service, så att patientsäkerhetsrisker undviks, samtidigt som den ger regionen möjlighet att följa volymer.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens samlade bedömning i frågan om kostnadsansvar för medicinsk service för vårdgivare verksamma enligt LOL är att nuvarande kostnadsansvarsfördelning inte står i samklang med ett modernt hälso- och sjukvårdssystem. Om vårdgivare verksamma enligt LOL i framtiden ska kunna integreras i Region Stockholms ordinarie primärvård och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård, är det en förutsättning att de verkar på så lika villkor som möjligt som regionens övriga vårdgivare. I detta hänseende bör regionen främja konkurrensneutralitet.

3. Fastställande av en gräns för heltidsuppföljningar

Även om LOL och LOF har brister i många hänseenden, är lagstiftningen tydlig avseende vilken verksamhetsgrad vårdgivare verksamma enligt dessa lagar förväntas uppfylla. 8 § LOL/LOF lyder:

”Läkarvårdsersättning lämnas endast till en läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet enligt 7 § på heltid, om inte annat följer av andra stycket eller 10 §. En läkare anses som heltidsverksam om läkaren arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.” (8 § LOL)

”Fysioterapiersättning lämnas endast till en fysioterapeut som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver privat fysioterapiverksamhet på heltid, om inte annat följer av andra stycket eller 10 §. En fysioterapeut anses som heltidsverksam om han eller hon arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.”
(8 § LOF)

Syftet med kravet om heltidsverksamhet inom LOL och LOF framgår av punkt 5.3.3. i prop. 1996/97:123:

”Syftet med att kräva heltidsverksamhet är dels att stödja utvecklingen av hög kompetens, god kontinuitet och tillgänglighet inom denna sektor, dels att underlätta för landstinget att utöva sitt planeringsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen.”

I enlighet med respektive förordning till LOL och LOF bedömer hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppfyllelse av heltidskravet utifrån debiterad ersättning i förhållande till takbelopp 1/ersättningstaket för vårdgivarens specialitet. Dessa gränser framgår av 5 § FOL respektive 4 § förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi (FOF). Sambandet mellan en full årsarbetstid och ersättningstaket framgår i 17 § LOL/LOF samt i prop. 1993/94:75, i vilken 17 § LOL/LOF förtydligas.

Heltidsuppföljningar
Antalet vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF i Region Stockholm är i dagsläget 634 stycken; 217 läkare och 417 fysioterapeuter.
Åldersfördelningen framgår av tabellen nedan:

Ålderskategori	**Antal vårdgivare**
30-39	10
40-49	54
50-59	198
60-69	258
70-79	112
80-89	2
	634

Medelåldern inom den nationella taxan är som framgår hög, med en majoritet av vårdgivarna inom ålderskategorierna 60 år eller äldre. Den höga medelåldern är en bidragande orsak till att många vårdgivare har avregistrerats ur förteckningen över läkare/fysioterapeuter verksamma enligt LOL/LOF de senaste åren, då stigande ålder ofta medför nedtrappning av verksamhet. Utvecklingen av antalet vårdgivare mellan 2015 och 2020, och tillhörande kostnader, ses i bilaga 4.

Sedan hösten 2017 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomfört löpande uppföljningar av heltidskravet enligt LOL och LOF, vilket har resulterat i att omkring 200 vårdgivare har avregistrerats på grund av att de inte har uppfyllt kravet om heltid. De vårdgivare som har avregistrerats har varit verksamma till mellan 0 procent och knappt 60 procent av takbelopp 1/ersättningstaket för respektive vårdgivares specialitet.

I takt med att antalet avregistreringar har ökat har förvaltningen bedömt att det finns ett större behov av att fastställa en gräns för när förvaltningen ska följa upp frågan om en vårdgivare uppfyller heltidskravet. Detta för att ha tydliga riktlinjer att följa internt inom förvaltningen, men också för att uppfylla både förvaltningens och vårdgivarnas önskan om transparens i uppföljningsprocessen. Det skulle underlätta för samtliga berörda parter att veta hur de ska förhålla sig till heltidskravet.

Mot denna bakgrund föreslås att Region Stockholm inför en gräns om 75 procent för heltidsuppföljningar enligt LOL och LOF. Den föreslagna gränsen innebär inte att 75 procent av takbelopp 1/ersättningstaket anses motsvara heltid. Regionen kan inte påverka lagstiftningens heltidsbegrepp, som innebär att 100 procent av takbelopp 1/ersättningstaket motsvarar heltidsverksamhet. Den föreslagna gränsen syftar till att förvaltningen ges ett tydligt uppdrag att följa upp heltidskravet för de vårdgivare som är verksamma till mindre än 75 procent av heltid. Gränsen är tänkt att gälla tills vidare, då behov av att justera den kan uppstå i framtiden.

I detta sammanhang kan noteras att en tillämpning av en fastställd gräns för heltidsuppföljningar inte planeras under rådande situation med pandemi med anledning av covid-19, då hälso- och sjukvårdsförvaltningen tillfälligt har satt sitt uppföljningsarbete med anledning av heltidskravet enligt LOL och LOF på paus.

Övriga upplysningar relaterade till kravet om heltid
Enligt 8 § LOL/LOF finns ett antal skäl som ger rätt till avvikelse från kravet om heltidsverksamhet. Dessa är: sjukdom, ledighet för vård av barn,

förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet samt politiskt eller fackligt uppdrag. Vid heltidsuppföljningar tar hälso- och sjukvårdsförvaltningen hänsyn till dessa skäl, förutsatt att vårdgivarna inkommer med underlag som styrker rätt till avvikelse från heltidskravet.

Att underlaget styrker rätt till avvikelse från kravet om heltid är särskilt viktigt vid ansökningar om frånvaro med anledning av sjukdom. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under våren 2020 arbetat fram en justerad version (bilaga 5) av SKR:s nya läkarintygsmall AG 7804, för att ersätta Försäkringskassans intygsmall som underlag vid dessa frånvaroansökningar. Försäkringskassans intygsmall, som riktar sig till anställda och enbart skall användas för Försäkringskassans ändamål, har nämligen vid ett flertal tillfällen visat sig vara bristfällig som utgångspunkt för bedömningen av frånvaro med anledning av sjukdom för vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF. Efter genomförd testperiod planerar förvaltningen att utvärdera den framtagna intygsmallen med hjälp av Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna.

Om en vårdgivare har rätt att avvika från heltidskravet enligt LOL/LOF reducerar förvaltningen i praktiken vårdgivarens ersättningstak. Hittills har dock någon faktisk reducering av ersättningstaket inte skett, trots att lagstiftningen medger detta. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vill passa på att informera om att förvaltningen planerar att börja tillämpa denna möjlighet, som anges i 17 § LOL/LOF och 6 a § FOL respektive 5 a § FOF.

En eventuell sänkning av en vårdgivares ersättningstak är inte tänkt att vara permanent och oföränderlig, utan den är snarare ett viktigt verktyg för att förbättra regionens budgetarbete. I dagsläget, när budgeten för LOL och LOF baseras på fulla ersättningstak för samtliga vårdgivare, oavsett om de är verksamma på heltid eller ej, blir prognosen missvisande. Mer verklighetsanpassade ersättningstak kommer att ge bättre underlag vid bedömningen av förväntade framtida kostnader inom regionen.

4. Rapportering till Socialstyrelsens Patientregister

I 26 § LOL finns en hänvisning till 6 § lagen (1998:543) om hälsodataregister, som anger att den som bedriver hälso- och sjukvård är skyldig att lämna uppgifter till Socialstyrelsens nationella hälsodataregister. Enligt prop. 2008/09:64 är syftet med denna hänvisning att vårdgivare verksamma enligt LOL ska öka sin medverkan i den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården.

Ett av hälsodataregistren som alla vårdgivare, både offentliga och privata inom sluten och öppen specialiserad sjukvård som inte är primärvård, har skyldighet att rapportera in uppgifter till är Patientregistret, PAR. I Patientregistret registreras diagnos, behandling, kirurgi och yttre orsak till skador och förgiftningar. Registrerade uppgifter i Patientregistret utgör ett viktigt underlag för statistik om sjukdomar och behandlingar i den svenska specialistvården. Enligt Socialstyrelsen finns dock ett bortfall av läkarbesök i Patientregistret, som till stor del beror på att inte alla privata vårdgivare rapporterar in sina uppgifter.

I Region Stockholm agerar hälso- och sjukvårdsförvaltningen ombud för vårdgivare inom den specialiserade sjukvården genom att med hjälp av registrerade data i Gemensamt Vårdregister, GVR, regelbundet rapportera in deras uppgifter till Socialstyrelsens Patientregister. Vårdgivare inom primärvården är undantagna denna rapportering, likaså vårdgivare verksamma enligt LOL. Tillgången till den specialiserade vårdens diagnoskoder medför att regionen har god kännedom om vilka sjukdomar som behandlas inom denna. Motsvarande kännedom har hitintills saknats avseende den verksamhet som vårdgivare verksamma enligt LOL bedriver, eftersom de på intet sätt rapporterar sina diagnoskoder till hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Under 2019 registrerade vårdgivare verksamma enligt LOL, allmänmedicinare undantagna, totalt 364 226 patientbesök. Dessa patientbesök utgör en del av Region Stockholms hälso- och sjukvård som regionen, utan att begära in patientjournaler, vet väldigt lite om.

Mot ovanstående bakgrund föreslås att hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att agera ombud även för vårdgivare verksamma enligt LOL, genom att förvaltningen åtar sig att bistå med även dessa vårdgivares rapportering till Patientregistret. Genom detta åtagande kan regionen få ytterligare värdefull kännedom om behandlade diagnoser, vilket kan främja möjligheterna att analysera framtida vårdbehov i regionen.

Ekonomiska konsekvenser
Föreslagna åtgärder syftar till att reducera regionens kostnader för hälso- och sjukvård, vilket kommer att påverka både vårdgivarna och beställaren.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Föreslagna åtgärder syftar till att öka patientsäkerheten genom att bidra till bättre förutsättningar för att regionens vårdgivare verkar på lika villkor, minska regionens övervältringskostnader, främja beställning av medicinsk

service utifrån medicinsk indikation, stödja utvecklingen av hög kompetens, god kontinuitet och tillgänglighet inom verksamheterna som bedrivs enligt LOL och LOF samt främja möjligheterna att analysera och planera för framtida vårdbehov.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Föreslagna åtgärder syftar till att öka förutsättningarna för jämlik och jämställd vård, genom utökad integrering av vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF i Region Stockholms ordinarie primärvård och övrig öppenvård.

Miljökonsekvenser
Föreslagna åtgärder förväntas få oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Föreslagna åtgärder bedöms få marginella administrativa konsekvenser för vårdgivarna, då merparten av det utökade rapporteringsbehovet redan sker/ska ske till annan instans.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Björn Eriksson, 2020-08-10

Förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning

t.o.m. SFS 2020:331 **SFS nr**: 1994:1121
Departement/myndighet: Socialdepartementet
Utfärdad: 1994-06-09
Ändrad: t.o.m. SFS 2020:331
Övrig text: Rättelseblad 2004:756 har iakttagits.
Ändringsregister: SFSR (Regeringskansliet)
Källa: Fulltext (Regeringskansliet)

Innehåll:

- Övergångsbestämmelser

1 § Denna förordning gäller vid läkarvård enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning. Termer och begrepp som används i lagen har samma betydelse i förordningen.

2 § Av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning följer att vissa läkare har rätt till förhöjda arvoden. I lagen finns också bestämmelser om patientavgift.

3 § I denna förordning indelas de läkare med specialistkompetens som kan få läkarvårdsersättning i följande grupper av specialiteter.

Grupp av specialiteter	Motsvarande bas-, gren- eller tilläggsspecialitet
Allmänmedicin	Allmänmedicin
Anestesi och intensivvård m.m.	Anestesi och intensivvård
	Smärtlindring
Barnmedicinska specialiteter	
Barn- och ungdomsmedicin	Barn- och ungdomsallergologi
	Barn- och ungdomsneurologi med habilitering
	Neonatologi
	Barnkardiologi
Hud- och könssjukdomar	Hud- och könssjukdomar
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	Internmedicin
	Kardiologi
	Medicinsk gastroenterologi och hepatologi
	Endokrinologi och diabetologi
	Medicinska njursjukdomar
	Lungsjukdomar
	Hematologi
	Allergologi
	Geriatrik

	Klinisk fysiologi
	Infektionsmedicin
	Arbets- och miljömedicin
Reumatologi	Reumatologi
Vissa opererande specialiteter	Kirurgi
	Urologi
	Barn- och ungdomskirurgi
	Plastikkirurgi
	Thoraxkirurgi
	Ortopedi
	Handkirurgi
	Neurokirurgi
Obstetrik och gynekologi	Obstetrik och gynekologi
Psykiatriska specialiteter	Psykiatri
	Rättspsykiatri
	Barn- och ungdomspsykiatri
Ögonsjukdomar	Ögonsjukdomar
Öron-, näs- och halssjukdomar m.m.	Öron-, näs- och halssjukdomar
	Hörsel- och balansrubbningar
	Röst- och talrubbningar
Onkologi m.m.	Onkologi
	Gynekologisk onkologi
Neurologi	Neurologi

Förordning (2010:1372).

Normalarvode

4 § För andra åtgärder inom den medicinska verksamhet som förekommer inom läkarens specialitet än sådana som anges i 7-10 §§ får läkaren tillgodoräkna sig normalarvode eller reducerat normalarvode enligt 5 eller 6 §.

För att normalarvode eller reducerat normalarvode skall lämnas skall läkarens vårdinsatser i direkt kontakt med patienterna i genomsnitt per kalendermånad uppgå till minst det antal minuter som anges i 5 §. Varje läkarbesök skall vidare omfatta

1. anamnesupptagning innefattande psykosociala faktorer och undersökning med för specialiteten vedertagna undersökningsmetoder,
2. bedömning och rådgivning eller information, eller
3. behandling med för specialiteten vedertagna behandlingsmetoder.

För en läkare som saknar specialistkompetens gäller bestämmelserna i denna förordning på motsvarande sätt.
Undersökningar och behandlingar skall ske med vedertagna metoder.

5 § Normalarvode lämnas med högst följande belopp under förutsättning att summan av arvodet som lämnats till en läkare och vikarie i dennes verksamhet under kalenderåret har uppgått till högst det belopp som anges i tabellen.

Läkare	Normal-arvode kronor	Tids-åtgång minuter	Sammanlagt mottaget arvode kronor

Allmänmedicin	860	25	2 731 000
Anestesi och intensivvård	860	20	3 184 000
Barnmedicinska specialiteter	1 038	30	2 613 000
Hud- och könssjukdomar	860	20	3 116 000
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	892	25	2 824 000
Reumatologi	1 305	35	2 605 000
Vissa opererande specialiteter	892	20	3 301 000
Obstetrik och gynekologi	1 107	25	3 193 000
Psykiatriska specialiteter	1 531	50	2 139 000
Ögonsjukdomar	962	25	3 110 000
Öron-, näs- och halssjukdomar m.m.	892	20	3 299 000
Onkologi	892	25	2 711 000
Neurologi	1 419	35	2 982 000
Läkare utan specialistkompetens	506	20	1 749 000

Förordning (2019:793).

5 a § /Upphör att gälla U:2021-01-01 genom förordning (2020:331)./ En läkares vårdinsatser får även genomföras genom digitala vårdmöten om

1. direkt kontakt med patienter bör undvikas på grund av risk för spridning av det virus som orsakar covid-19, och
2. den region där läkaren bedriver sin verksamhet medger det.

Vidare krävs att regionen och läkaren, eller företrädare för denne, enats om ett normalarvode och om de villkor som ska gälla för digitala vårdmöten.

Läkarvårdsersättning som lämnas till en läkare och vikarie i dennes verksamhet enligt denna paragraf ska räknas in i sammanlagt mottaget arvode enligt 5 §. Om sammanlagt mottaget arvode för fysiska och digitala vårdbesök under ett kalenderår överstiger det högsta belopp som anges i tabellen enligt 5 §, lämnas reducerat normalarvode för digitala vårdmöten motsvarande hälften av det överenskomna normalarvodet upp till det ersättningstak som följer av 6 §. Förordning (2020:330).

6 § Om läkarvårdsersättning till en läkare och vikarie i dennes verksamhet sammanlagt under ett kalenderår överstiger sammanlagt mottaget arvode enligt 5 § lämnas reducerat normalarvode för samma åtgärder med högst de belopp som anges i tabellen.

Reducerat normalarvode lämnas under förutsättning att summan av lämnat arvode till en läkare och vikarie i dennes verksamhet under ett kalenderår inte överstiger det ersättningstak som anges i tabellen.

Läkare	Reducerat normalarvode kronor	Ersättningstak kronor
Allmänmedicin	429	3 376 000
Anestesi och intensivvård	429	4 982 000

Barnmedicinska specialiteter	518	3 466 000
Hud- och könssjukdomar	429	4 179 000
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	450	3 737 000
Reumatologi	652	3 821 000
Vissa opererande specialiteter	451	5 109 000
Obstetrik och gynekologi	558	4 282 000
Psykiatriska specialiteter	765	2 839 000
Ögonsjukdomar	481	4 518 000
Öron-, näs- och halssjukdomar m.m.	451	4 369 000
Onkologi	451	3 750 000
Neurologi	708	4 041 000
Läkare utan specialistkompetens	253	2 381 000

Förordning (2019:793).

6 a § Om en läkare och vikarie i dennes verksamhet inte bedriver verksamheten på heltid reduceras gränserna för sammanlagt uppburet arvode enligt 5 § och ersättningstaket enligt 6 § med 70 procent av den kvotdel som arbetstiden minskat i förhållande till heltidskravet i 8 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning. Förordning (1995:1220).

Enkelt arvode

7 § För enklare undersökningar, behandlingar och rådgivning än som anges i 4 § som utförs av en läkare eller under dennes överinseende lämnas enkelt arvode med högst 285 kronor. Under de förutsättningar som anges i 6 § lämnas reducerat enkelt arvode med högst 139 kronor. Förordning (2019:793).

7 a § Sker en läkares rådgivning enligt 7 § per telefon lämnas ett enkelt arvode med 169 kronor. Under de förutsättningar som anges i 6 § lämnas reducerat enkelt arvode med högst 85 kronor. Förordning (2019:793).

Särskilt arvode

8 § För de särskilt tids- eller kostnadskrävande åtgärder som anges i bilaga 1 lämnas särskilt arvode enligt vad som anges i bilagan.

Om läkarvårdsersättning till en läkare och vikarie i dennes verksamhet sammanlagt under ett kalenderår överstiger sammanlagt uppburet arvode enligt 5 §, lämnas reducerat särskilt arvode för åtgärd som avses i första stycket med högst de belopp som anges i bilaga 1. Reducerat särskilt arvode lämnas under förutsättning att summan av lämnat arvode till läkaren och vikarien under ett kalenderår inte överstiger det ersättningstak som anges i 6 §.
Förordning (1997:94).

Samtalsbehandling

9 § För samtalsbehandling som ges av en läkare som också är legitimerad psykoterapeut lämnas normalarvode med högst 988 kronor om behandlingstiden i direkt kontakt med patienten är minst 45 minuter. Under de förutsättningar som anges i 6 § lämnas reducerat normalarvode med högst 497 kronor.
Förordning (2019:793).

Rådgivning i födelsekontrollerande syfte m. m.

10 § För rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering som lämnas i samband med en undersökning lämnas ett arvode om 873 kronor eller, under de förhållanden som anges i 6 §, ett arvode om 439 kronor. Arvodet om 439 kronor lämnas dock även om ersättningstaket i

6 § har uppnåtts. Arvodet utgör ersättning även för inprovning av pessar, insättning av livmoderinlägg eller implantation under huden och uttagande av preventivmedel. Vid rådgivning i födelsekontrollerande syfte i annat fall lämnas ett arvode som motsvarar enkelt arvode.

Vid gynekologisk undersökning ersätts livmoderinlägg med 451 kronor utöver arvodet enligt första stycket samt pessar, införare och det första behovet av kemiska medel med 461 kronor utöver arvodet enligt första stycket. Detta gäller även när pessaret med tillbehör kan hämtas på apotek utan kostnad för patienten.

Arvodet enligt denna bestämmelse omfattar även förskrivning av preventivmedel och kostnader för preventivmedel som lämnas ut vid läkarbesöket.

Ersättning enligt denna paragraf ingår inte i beloppen för sammanlagt mottaget arvode i 5 § eller ersättningstak i 6 §.
Förordning (2019:793).

Särskilda stödområden

10 a § Med särskilda stödområden enligt 20 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning avses de kommuner och delar av kommuner som ingår i stödområde enligt 10 b §.
Förordning (2014:369).

10 b § Med stödområde avses i denna förordning följande indelning.

1. Norrbottens län: Arvidsjaurs, Arjeplogs, Gällivare, Haparanda, Jokkmokks, Kalix, Kiruna, Pajala, Älvsbyns, Överkalix och Övertorneå kommuner samt Edefors och Gunnarsbyns församlingar i Bodens kommun och f.d. Markbygdens kyrkobokföringsdistrikt i Piteå kommun.
2. Västerbottens län: Bjurholms, Dorotea, Lycksele, Malå, Norsjö, Sorsele, Storumans, Vilhelmina, Vindelns och Åsele kommuner samt Fällfors, Jörns och Kalvträsks församlingar i Skellefteå kommun.
3. Jämtlands län: Bergs, Bräcke, Härjedalens, Krokoms, Ragunda, Strömsunds, Åre och Östersunds kommuner.
4. Västernorrlands län: Sollefteå och Ånge kommuner, Holms och Lidens församlingar i Sundsvalls kommun samt Anundsjö, Björna, Skorpeds och Trehörningsjö församlingar i Örnsköldsviks kommun.
5. Gävleborgs län: Ljusdals kommun.
6. Dalarnas län: Malung-Sälens, Orsa, Vansbro och Älvdalens kommuner samt Venjans och Våmhus församlingar i Mora kommun.
7. Värmlands län: Torsby kommun.

Med församlingar avses de territoriella församlingar som fanns den 31 december 1999.
Förordning (2014:369).

11 § Till en läkare som har sin verksamhet inom ett särskilt stödområde lämnas tilläggsarvode med 285 kronor för medicinskt motiverade hembesök. Om flera personer ges vård vid ett besök lämnas högst två tilläggsarvoden. För telefonkonsultationer lämnas till en sådan läkare, utöver den ersättning som kan lämnas enligt 7 a §, en särskild ersättning med 22 kronor.
Förordning (2019:793).

Resekostnader

12 § Ersättning för en läkares kostnader för resa med egen bil vid sjukbesök lämnas med det belopp som anges i 16 kap. 27 § inkomstskattelagen (1999:1229) om det på grund av patientens tillstånd är motiverat med hembesök. För varje resa lämnas dock en minsta ersättning om 10 kronor. Ersättning för resa med annat färdmedel lämnas om det finns särskilda skäl.

Ersättning för resa med egen bil lämnas även om kostnaden skulle ha blivit lägre om annat färdmedel hade använts. Endast om det finns särskilda skäl, får avståndet till patienten från läkarens mottagning beräknas överstiga avståndet från patienten till en allmän läkarmottagning som är inrättad för den ort där patienten vistas. Förordning (2000:930).

Remiss

13 § För laboratorieundersökning som utförs av Folkhälsomyndigheten lämnas ersättning från regionen om undersökningen utförs efter remiss från

1. en läkare som har ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning,
2. en läkare som är anställd av studerandehälsovårdsorganisation, eller
3. en läkare inom företagshälsovård som

- är en rådgivande expertfunktion för arbetsgivare och arbetstagare,
- arbetar förebyggande med arbetsmiljön och medverkar i arbets-, anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället,
- aktivt medverkar i det lokala arbetsmiljöarbetet,
- samverkar med berörda samhällsorgan, och
- drivs med för ändamålet utbildad personal.

Ersättning lämnas med högst det belopp som finns angivet för sådan undersökning i den för Folkhälsomyndigheten gällande taxan. Förordning (2019:1019).

Gemensamma bestämmelser om arvode

14 § Regionen ska till läkaren betala ut skillnaden mellan det arvode som följer av bestämmelserna i denna förordning och den patientavgift som läkaren fått ta ut.

Arvodet betalas dock helt genom läkarvårdsersättning

1. för provtagning i syfte att ta reda på om en allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168) föreligger och för undersökning i samband med provtagningen,
2. om patienten enligt 24 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning är befriad från att betala patientavgift,
3. för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller angående abort eller sterilisering,
4. för läkarens resekostnader enligt 12 §,
5. för sjukvård som avses i 2 § andra stycket 5 förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag

för sjukvård m.m.
Förordning (2019:1019).

15 § Vid utbetalning av ersättning till en mottagare som inte åberopar godkännande för F-skatt och inte är juridisk person minskas ersättningen med 10,3 procent eller, om mottagaren vid årets ingång är 65 år eller äldre, med 6,5 procent. Om mottagaren visar att minst 60 procent av ersättningen motsvarar kostnader i arbetet som ska täckas med ersättningen, ska ersättningen minskas med det lägre belopp som beräknas motsvara de arbetsgivaravgifter eller den särskilda löneskatt som regionen ska betala. Förordning (2019:1019).

16 § Läkarvårdsersättningen utgör ersättning för samtliga åtgärder vid ett vårdtillfälle inräknat läkemedelsförskrivning och provtagning för klinisk laboratorieundersökning. I ersättningen ingår också betalning för läkarintyg som behövs för att få ut sjukpenning eller sjuklön samt för förbands- och annat förbrukningsmaterial.

Läkarvårdsersättningen innefattar också betalning för de kliniska laboratorieundersökningar som anges i bilaga 2 och provtagning för sådan undersökning. Om undersökningen eller provtagningen utförs av någon annan ska läkaren stå för kostnaden.

Provtagningskostnaden för andra laboratorieundersökningar än som anges i bilaga 2 bekostas av läkaren om det inte är medicinskt motiverat att provtagning sker vid ett laboratorium som regionen har anvisat. Förordning (2019:1019).

17 § En läkare som har läkarvårdsersättning är skyldig att i fråga om all sådan vård visa läkarvårdsräkning för regionen och redovisa arbetstid, antalet vidtagna åtgärder samt uppgift om patientens bosättningsort. Sådan provtagning och undersökning som avses i 14 § andra stycket 1 ska dock, utan uppgifter om patientens identitet, redovisas särskilt. Läkaren är även skyldig att rapportera till respektive region om han eller hon är verksam i två eller flera regioners områden och ska därvid även ange beräknad omfattning i respektive regions område. Därutöver är läkaren skyldig att själv bevaka när han eller hon når ersättningstak 1 eller ersättningstak 2 och att underrätta regionen om detta.

Läkarvårdsersättning i motsvarande mån kan innehållas i avvaktan på att sådana uppgifter lämnas som avses i första stycket. Förordning (2019:1019).

18 § Den som ger vård mot läkarvårdsersättning ska lämna kvitto på betalda patientavgifter och anteckna dessa på formulär för tillämpning av bestämmelserna om avgiftsbefrielse för patientavgifter. Förordning (2012:965).

Övergångsbestämmelser

1994:1121

1. Denna förordning träder i kraft den 1 juli 1994 då förordningen (1993:1663) om läkarvårdsersättning skall upphöra att gälla.
2. För läkarvård som givits före ikraftträdandet gäller äldre bestämmelser fortfarande.
3. Beslut enligt 7 § läkarvårdstaxan (1974:699) om rätt för läkare som saknar viss specialistkompetens att tillgodoräkna sig arvode som om de hade sådan kompetens gäller fortfarande.

4. Med läkare som är specialist i allmänmedicin jämställs i fråga om rätt att tillämpa arvoden dels läkare som har etablerat sig i allmän praktik före den 1 juli 1969, dels annan läkare som fått Sveriges läkarförbunds allmänläkardiplom och etablerat sig i allmän praktik före utgången av år 1973.

1995:850

Denna förordning träder i kraft den 1 augusti 1995. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för åtgärder som utförts före ikraftträdandet.

1995:1220

1. Denna förordning träder i kraft, i fråga om 5 och 6 §§ den 1 januari 1997, och i övrigt den 1 januari 1996.
2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om läkarvårdsersättning som avser tid före ikraftträdandet.

1996:1360

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 1997.
2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för läkarvårdsersättning som avser tid före ikraftträdandet.

1997:94

1. Denna förordning träder i kraft den 1 april 1997.
2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

1997:197

1. Denna förordning träder i kraft den 1 juni 1997. De nya bestämmelserna skall dock tillämpas för tid från och med den 1 april 1997.
2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för vård som avser tid före den 1 april 1997.

1997:891

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 1998.
2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

1998:1542

1. Denna förordning träder i kraft, i fråga om 7 a och 11 §§ den 1 januari 2000, och i övrigt den 1 januari 1999.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2000:1033

1. Denna förordning träder ikraft den 1 januari 2001.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2001:851

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2002.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2002:793

1. Denna förordning träder ikraft den 1 januari 2003.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2003:820

1. Denna förordning träder ikraft den 1 januari 2004.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2004:262

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2004. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för kostnader som har uppkommit före ikraftträdandet.

2004:756

1. Denna förordning träder ikraft den 1 januari 2005.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2005:785

1. Denna förordning träder ikraft den 1 januari 2006.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2006:1261

1. Denna förordning träder ikraft den 1 januari 2007.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2007:1207

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2008.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2008:960

1. Denna förordning träder ikraft den 1 januari 2009.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2009:83

1. Denna förordning träder i kraft den 1 april 2009.
2. Äldre lydelse av 11 § gäller fortfarande för läkare som vid ikraftträdandet bedriver verksamhet i ett sådant område som anges i den äldre lydelsen.

2009:1381

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2010.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2010:1372

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2011.
2. Läkare som enligt äldre bestämmelser har rätt till läkarvårdsersättning ska även i fortsättningen kunna få sådan ersättning.

2010:1646

1. Denna förordning träder ikraft den 1 januari 2011.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2011:1186

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2012.

2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för sjukgymnastisk behandling som har lämnats före ikraftträdandet.

2012:655

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2013.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2013:67

1. Denna förordning träder i kraft den 1 april 2013. Den nya bestämmelsen ska dock tillämpas för tid från och med den 1 januari 2013.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före den 1 januari 2013.

2013:277

1. Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2013.
Bestämmelsen i 6 § i sin nya lydelse tillämpas dock för tid från och med den 1 januari 2013.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2013:889

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2014.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande i fråga om ersättning för laboratorieundersökningar som har utförts av Smittskyddsinstitutet före ikraftträdandet.

2013:1101

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2014.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2014:1376

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2015.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2015:754

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2016.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2016:985

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2017.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2017:997

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2018.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2018:2067

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2019.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

2019:793

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2020.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för vård som avser tid före ikraftträdandet.

Bilaga 1

Förteckning över läkarvårdsåtgärder som ska föranleda särskilt arvode enligt 8 §

Åtgärder	Arvode kronor	Reducerat arvode kronor
Anestesi och intensivvård m.m.		
101 Intravenös anestesiologisk läkemedelstillförsel (inkluderar övervakning efter ingrepp)	2 663	2 143
102 Regional anestesi	2 284	1 823
103 Perioperativ anestesivård - innefattande preoperativ bedömning, inhalationsanestesi eller balanserad intravenös anestesi samt tillsyn av okomplicerat uppvakningsförlopp	4 820	3 848
104 Sacral-, lumbal- eller epiduralblockad (inkluderar övervakning efter ingrepp)	2 947	2 345
105 Ganglieblockad eller intravenös sympaticusblockad. Anläggande av DCS/ryggmärgsnära elstimulering	3 102	2 486
106 Smärtanalys. Förbehållet specialister i smärtlindring. Ersättning för åtgärden lämnas högst en gång per år och patient	1 681	1 349
107 Nervblockad med ledning av nervstimulator eller ultraljud	2 522	2 013
108 Triggerpunktsblockad	1 256	1 019
109 Algologisk känselundersökning, kvantitativ (QST). Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	1 681	1 349
Invärtesmedicinska specialiteter		
202 Ultraljud, duplex carotis. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	2 002	1 609
203 Pacemakerkontroll med programmerare. Funktionstestning innefattande mätning och analys av stimulationströsklar och sensitivitetsnivåer samt statistik. Bedömning av batteristatus	2 002	1 609
207 Demensutredning som omfattar kognitiv anamnes, kognitivt status (inklusive Mini Mental Test tillsammans med klocktest), laboratorietester för uteslutande av sjukdom som ger demensliknande symtom, samt initialt EKG och remittering till CT eller MR hjärna. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	1 739	1 395
208 Omfattande arteriell utredning. Utförlig anamnes inriktad på cirkulationsstörning. BT-mätning i båda armar och ben med manschett och Doppler. Beräkning av ankle-brachial index. Sammanfattande utlåtande och riskbedömning. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	2 002	1 609

210	Insättande av insulinbehandling med pump. Ersättning för åtgärden lämnas högst en gång per år och patient	2 002	1 609
214	Eko-Doppler, färg-Doppler. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	2 687	2 143
215	Bandspelar-EKG (långtids-EKG). Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	2 155	1 728
217	Stress-eko. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	2 806	2 250
218	Datoriserat medicinskt arbetsprov. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	2 155	1 728
219	Digital monitorering av blodtryck utanför mottagning under 24 timmars blodtrycksregistrering. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	1 884	1 503
220	Dynamisk spirometri med bronkodilatation vid utredningar och vid uppföljning av astmapatient. Dynamisk spirometri utan bronkodilatation vid kontroll av KOL-patient men med saturationsmätning. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	1 884	1 503
221	Omfattande allergologisk utredning. Noggrann anamnes, provtagning med pricktest, epicutantest eller serum-IgE/specifika IgE-antikroppar. Noggrann rådgivning inklusive behandlings- och saneringsåtgärder utifrån vad utredningen visar. Ersättning för åtgärden lämnas högst en gång per år och patient men om behov av olika testserier uppkommer högst två gånger per år och patient	1 884	1 503
222	Videocoloskopi	4 820	3 848
223	Videogastroskopi	3 398	2 723
224	Videosigmoideoskopi	3 752	3 006
225	Om polypektomi utförs vid coloskopi, sigmoideoskopi eller gastroskopi lämnas ytterligare ersättning om	616	498
226	Inhalationsbehandling av akut astma/KOL	2 002	1 609

Reumatologi

227	Behandling (inte intravenös) med TNF-blockerare, immunmodulerande preparat eller cytostatikapreparat. Avser inte kortison eller metotrexat	1 780	889
228	Intravenös behandling med TNF-blockerare, immunmodulerande preparat eller cytostatikapreparat	2 545	2 036
229	Ledinjektion under sterila betingelser med samtidig tappning av led eller administration av kortison i tre eller flera leder	2 546	2 036

Vissa opererande specialiteter

301	Sfincterotomi eller dilatation p.g.a. analfissur eller kontraktur	2 687	2 143
302	Exstirpation av anal- eller rektalpolyp	1 884	1 503
303	Excision av pilonidalsinus	3 102	2 486
304	Operation av gynecomasti	3 102	2 486
	Tillägg för bilateral operation	2 325	1 871
305	Operation av tumör i ben, brosk eller underhud	2 545	2 036
306	Exstirpation av mjukdelstumörer i head and neckområdet	2 947	2 344
307	Phimosis (circumcisio)/frenulumplastik	3 102	2 486
308	Operation av hydrocele	2 687	2 143
309	Sutur av collateralligament	2 687	2 143
312	Avlösning av muskelfäste (epikondylit)	3 398	2 723
313	Cystoskopi	2 414	1 929
314	Senskideklyvning	2 947	2 345
	För varje tillkommande senskideklyvning	2 214	1 764
315	Operation av analabscess eller fistel eller båda, samt operation av hemorrojder och slemhinneprolaps (gäller inte gummiringsligatur)	3 102	2 486
318	Operation av varicer innebärande minst fyra hudincisioner eller minst två perforantligaturer, eller stripping av saphena magna på underbenet	2 687	2 143
319	Vasectomi	2 806	2 250
320	Borttagande av osteosyntesmaterial	3 102	2 486
321	Exstirpation av ganglion, bursa	4 024	3 232
322	Synovectomi i smärre leder	3 222	2 580
324	Dorsal tenosynovectomi i handled samt eventuell sentransferering	3 668	2 912
325	Excision av dupuytrens contractur, ett finger	4 024	3 232
	För varje tillkommande finger	2 947	2 345
326	Sentransferering	3 668	2 912
327	Omfattande plastikkirurgisk rekonstruktion. Hit ska hänföras t.ex. lambåplastik, fri transplantation av hudtransplantat eller sammansatt transplantat och korrektion av medfödd defekt av mer betydande omfattning hos barn	4 570	3 668
328	Operation av malign hudtumör inklusive basaliom och hudförändringar med PAD-verifierade atypier. Vidgad excision efter tidigare operation av tumör enligt ovan	2 687	2 143
329	Hud- eller ärrplastik inklusive fotodokumentation där tidigare ärrbildning är omfattande och utgör ett patologiskt tillstånd	3 398	2 723
330	Falangresektion vid hammartå, avmejsling av exostos	3 398	2 723
	För varje tillkommande tå	2 569	2 048
332	Neurolys medelst kirurgisk intervention av carpaltunnelsyndrom eller exstirpation av Mortons neurom. Om kirurgisk åtgärd för Mortons neurom enligt åtgärd 332 utföres för två Mortons neurom utgår 75 % av ersättningen för den andra operationen.	4 024	3 232

	Om neurolys medelst kirurgisk intervention av carpaltunnelsyndrom enligt åtgärd 332 utföres på både medianus samt ulnaris utgår 75 % av ersättningen för den andra operationen	3 018	2 424
334	Exstirpation av tumör i munhåla och svalg	2 687	2 143
335	Excision av tre eller flera hudtumörer med hudsutur	1 884	1 503
336	Operation av varicer med hög underbindning och resektion av saphena magna och/eller ligatur och resektion av saphena parva samt eventuella exstirpationer	4 972	3 977
337	Urodynamisk undersökning. Härmed avses en kombinerad urinflödesmätning med hjälp av särskild apparatur och ultraljudsmätning av residualurin. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	2 806	2 250
338	Artroskopi. Innefattar artroskopi och vid behov adekvat åtgärd, t.ex. partiell meniskresektion. Ändamålsenlig utrustning ska finnas inklusive digital lagring av operationsfynd	5 219	4 178
339	Cystostomi, dvs. anläggande av suprapubisk kateter	1 739	1 395
340	TUR-B vid G1-tumörer	3 752	3 006
341	Endoskopisk strikturbehandling	3 102	2 486
342	Lithotripsi, blåsevakuering	3 102	2 486
343	Sondering av uretra hos man	2 155	1 728
345	Operation av uretracaruncel eller skeneit	3 102	2 486
346	Operation av intrauretrala condylom	2 166	1 728
347	Operation av ljumskbråck	6 853	5 480
348	Operation av epigastricabråck	4 820	3 848
349	Operation av navelbråck	6 167	4 924
350	Excision med sutur av ögonlockstumör	2 687	2 143
351	Radikaloperation av nageltrång med resektion av nagelroten	1 884	1 503
	För varje tillkommande tå	1 409	1 124
352	Provexcision från arteria temporalis	1 884	1 503
353	Videogastroskopi	3 398	2 723
354	Videocoloskopi	4 820	3 848
355	Videosigmoideoskopi	3 752	3 006
356	Hallux valgusoperation (inte enbart avmejsling), hallux rigidusoperation (debasering, cheilectomi), korrektionsosteotomi metatarsalben, falang	4 570	3 658
	För varje tillkommande åtgärd	3 408	2 735
357	Led- och senkirurgi. Resektion av metatarsalbenhuvud, tenolys eller excision av partiell ruptur	4 168	3 328
	För varje tillkommande åtgärd	3 124	2 497
358	Operation av synstörande dermatochaloasis	2 687	2 143
	Tillägg för bilateral operation	2 023	1 623
360	Om åtgärd inom gruppen opererande specialiteter utförs genom regional anestesi som lagts av den opererande		

läkaren själv lämnas ytterligare ersättning. Åtgärden kan inte användas vid infiltrationsanestesi eller vid ledningsanestesi av finger och tå eller vid cystoskopi eller prostatabiopsi 1 751 1 409

361 Om polypektomi utförs vid coloskopi, sigmoideoskopi eller gastroskopi lämnas ytterligare ersättning om 616 498

362 TRUL och prostatabiopsi 2 687 2 143

363 Blåshalsincision 4 570 3 658

364 Ablatio testis i lokal anestesi 4 570 3 658

366 Artrodes inklusive internfixation av stortå 5 101 4 071

367 Artrodes inklusive internfixation av fingerled och småtår 4 570 3 658

För varje tillkommande tå/finger 3 419 2 735

368 CMC 1 interpositionsplastik 4 570 3 658

369 Transrektalt ultraljud. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient 2 284 1 823

370 Testisbiopsi 2 687 2 143

371 Videocystoskopi 3 752 3 006

Åtgärderna 330, 356, 357 och 367 kan kombineras flera gånger vid samma operationstillfälle.

380 När 330 är en tillkommande åtgärd 2 558 2 048

381 När 356 är en tillkommande åtgärd 3 432 2 735

382 När 357 är en tillkommande åtgärd 3 124 2 510

383 När 367 är en tillkommande åtgärd 3 433 2 735

Åtgärderna 314 och 332 kan sinsemellan kombineras högst en gång vid samma besökstillfälle.

386 När 314 är en tillkommande åtgärd 2 214 1 764

387 När 332 är en tillkommande åtgärd 3 030 2 437

388 Om injektion av botulinumtoxin utförs vid cystoskopi lämnas ytterligare ersättning om 616 498

389 Behandling av analfissur med botulinumtoxin. Läkemedlet ska rekvireras och inte förskrivas på recept 3 820 3 057

Obstetrik och gynekologi

401 Exeres eller vacuumaspiration av spontanabort 2 687 2 143

402 Fraktioniserad abrasio 2 687 2 143

403 Hysteroskopi 2 687 2 143

404 Om polypektomi utförs vid hysteroskopi lämnas ytterligare ersättning om 616 498

405 Diatermiloop-/laserkonisering 2 687 2 143

406 Abortingrepp 3 222 2 580

407 Cystoskopi 2 414 1 929

408 Medicinsk abort (inklusive läkemedel) 4 570 3 658

409 Om åtgärd inom gruppen obstetrik och gynekologi utförs med PCB lämnas ytterligare ersättning om 1 884 1 503

410 Kolposkopi med provexcision vid utredning av precancerösa och andra epitelförändringar cervix, i vagina och vulva 1 884 1 503

412 Hydrosonografi av uterus 1 884 1 503

413 Operation av Bartolinicystafenestrering/exstirpation 1 884 1 503

414 Inkontinensutredning, träning av patient och tillhandahållande av vaginalt inlägg.

Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient 2 687 2 143

415 Endometriebiopsi 2 095 1 681

416 Tubarundersökning med ultraljud. Innefattar genomspolning med särskild kontrast 4 570 3 658

417 Om injektion av botulinumtoxin utförs vid cystoskopi lämnas ytterligare ersättning om 616 498

Ögonsjukdomar

501 Pachymetri 1 551 1 243

502 Nedläggning av silikongummislang 2 806 2 250

503 Operation av pterygium 2 806 2 250

504 Excision av tumör i conj./ögonlock 2 284 1 823

505 Enklare tårvägsplastik 2 284 1 823

506 Operation av ektropion 2 806 2 250

507 Operation av entropion 2 806 2 250

508 Operation av ptos 4 820 3 848

510 Excision med sutur av ögonlockstumör 2 687 2 143

Tillägg för bilateral operation 2 023 1 623

511 Operation av synstörande dermatochalasis 2 687 2 143

Tillägg för bilateral operation 2 023 1 623

512 Fotokoagulering/laserbehandling, främre segmentet 2 155 1 728

513 Fotokoagulering/laserbehandling, bakre segmentet 2 687 2 143

514 Synfältsundersökning bilateralt med datorperimetri eller Goldman 1 551 1 243

515 Ögonbottenfotografering bilateralt med fotodokumentation alternativt Optisk Coherens Tomografi 1 551 1 243

Öron-, näs- och halssjukdomar m.m.

601 Punktion och spolning av bihåla 1 739 1 395

602 Omfattande sömnapnéundersökning Detaljerad anamnes beträffande snarkning, andningsuppehåll, sömnvanor, dagtrötthet, alkoholvanor samt vikt. Fiberskopi av övre luftvägar. Tolkning av resultat av sömnregistrering. Rådgivning och behandlingsförslag. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient 2 155 1 728

604 nCPAP-inträning, standard (med noninvasivbehandling) 2 155 1 728

605 FESS (funktionell endoskopisk kirurgi). Modern näs- och bihålekirurgi som kräver speciella kirurgiska instrument samt optik med ljuskälla 3 222 2 580

606 Exstirpation av tumör i munhåla och svalg 2 687 2 143

607 Permanent transmyringealt dränage 2 806 2 250

608 Larynxundersökning inkluderande stroboskopi med videodokumentation 2 687 2 143

609 Exstirpation av mjukdelstumörer i head and neckområdet 2 947 2 345

610 Otoneurologisk undersökning inklusive videonystagmoskopi 3 102 2 486

611 Omfattande allergologisk utredning. Noggrann anamnes, provtagning med pricktest, epicutantest eller

serum-IgE/specifika IgE-antikroppar. Noggrann rådgivning inklusive behandlings- och saneringsåtgärder utifrån vad utredningen visar. Ersättning för åtgärden lämnas högst en gång per år och patient men om behov av olika testserier uppkommer högst två gånger per år och patient 1 884 1 503

612 Dynamisk spirometri med bronkodilatation vid utredningar och vid uppföljning av astmapatient. Dynamisk spirometri utan bronkodilatation vid kontroll av KOL-patient men med saturationsmätning. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient 1 884 1 503

613 Omfattande sväljfunktionsanalys. Funktionell undersökning av sväljningen med fiberskop då patienten sväljer 4 olika konsistenser från tjockt till helt vattentunt. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient 2 225 1 776

614 Omfattande plastikkirurgisk rekonstruktion inom huvud-hals-området. Hit ska hänföras t.ex. lambåplastik, fri transplantation av hudtransplantat eller sammansatt transplantat och korrektion av medfödd defekt av mer betydande omfattning hos barn 4 570 3 668

615 Operation inom huvud-hals-området av malign hudtumör inkl. basaliom och hudförändringar med PAD-verifierade atypier. Vidgad excision efter tidigare operation av tumör enligt ovan 2 687 2 143

616 Excision inom huvud-hals-området av tre eller flera hudtumörer med hudsutur 1 884 1 503

Onkologi m.m.

701 Intravenös cytostatikabehandling 2 284 1 823

Neurologi

801 EMG och ENeG med undersökning av lämpligt antal muskler och nerver som bedöms nödvändig för frågeställningen 3 222 2 580

802 Ultraljud, duplex carotis. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient 2 002 1 609

803 Apomorfinbehandling. Ersättning för åtgärden lämnas högst en gång per år och patient 2 759 2 202

804 Demensutredning som omfattar kognitiv anamnes, kognitivt status (inkl. Mini Mental Test tillsammans med klocktest), laboratorietester för uteslutande av sjukdom som ger demensliknande symtom, samt initialt EKG och remittering till CT eller MR hjärna. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient 1 739 1 395

805 Digital monitorering av blodtryck

	utanför mottagning under 24 timmars blodtrycksregistrering. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	1 884	1 503

Hud- och könssjukdomar

901	Fotokemoterapi med PUVA, behandling med B-ljus, Buckybehandling eller PDT, avser första besöket	1 884	1 503
902	Omfattande kirurgisk behandling av multipla hudtumörer med kryokirurgi eller kombinationsteknik eller excision/sutur av tre hudtumörer	2 687	2 143
903	Operation av malign hudtumör inklusive basaliom och hudförändringar med PAD-verifierade atypier. Vidgad excision efter tidigare operation av tumör enligt ovan	2 687	2 143
905	Omfattande allergologisk utredning. Noggrann anamnes, provtagning med pricktest, epicutantest eller serum-IgE/specifika IgE-antikroppar. Noggrann rådgivning inklusive behandlings- och saneringsåtgärder utifrån vad utredningen visar. Ersättning för åtgärden lämnas högst en gång per år och patient men om behov av olika testserier uppkommer högst två gånger per år och patient	1 884	1 503
906	Behandling med TNF-blockerare, immunmodulerande preparat, cytostatikapreparat eller retinoider. Ersättning för åtgärden lämnas högst en gång per år och patient	2 545	2 036
907	Operation av tumör i underhud	2 545	2 036
908	Exstirpation av mjukdelstumörer i head and neckområdet	2 947	2 344

Psykiatriska specialiteter

951	Gruppterapi/familjeterapi för högst sex patienter	733/patient	592/patient
952	För ytterligare högst två patienter	414/patient	343/patient
953	Besök överstigande 2 x 50 minuter	3 102	2 486

Barnmedicinska specialiteter

961	Gastroskopi	2 155	1 728
962	Datoriserat medicinskt arbetsprov. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	2 155	1 728
963	Dynamisk spirometri med bronkodilatation vid utredningar och vid uppföljning av astmapatient, eller dynamisk spirometri efter ansträngningsprovokation. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	1 884	1 503
964	Omfattande allergologisk utredning. Noggrann anamnes, provtagning med pricktest, epicutantest eller serum-IgE/specifika IgE-antikroppar. Noggrann rådgivning inklusive behandlings- och saneringsåtgärder utifrån vad utredningen visar. Ersättning för åtgärden lämnas högst		

	en gång per år och patient men om behov av olika testserier uppkommer högst två gånger per år och patient	1 884	1 503
965	Inhalationsbehandling av akut astma/obstruktiv bronchit	2 002	1 609
966	Initial bedömning av barn med befarad neuropsykiatrisk störning/utvecklingsstörning. Tidsåtgång minst 90 minuter per besök. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	3 042	2 437
Allmänmedicin			
971	Demensutredning som omfattar kognitiv anamnes, kognitivt status (inkl. Mini Mental Test tillsammans med klocktest), laboratorietester för uteslutande av sjukdom som ger demensliknande symtom, samt initialt EKG och remittering till CT eller MR hjärna. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	1 739	1 395
972	Digital monitorering av blodtryck utanför mottagning under 24 timmars blodtrycksregistrering. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	1 884	1 503
973	Dynamisk spirometri med bronkodilatation vid utredningar och vid uppföljning av astmapatient. Dynamisk spirometri utan bronkodilatation vid kontroll av KOL-patient men med saturationsmätning. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	1 884	1 503
974	Omfattande allergologisk utredning. Noggrann anamnes, provtagning med pricktest, epicutantest eller serum-IgE/specifika IgE-antikroppar. Noggrann rådgivning inklusive behandlings- och saneringsåtgärder utifrån vad utredningen visar. Ersättning för åtgärden lämnas högst en gång per år och patient men om behov av olika testserier uppkommer högst två gånger per år och patient	1 884	1 503
975	Excision av tre eller flera hudtumörer med hudsutur	1 884	1 503
976	Radikaloperation av nageltrång med resektion av nagelroten	1 884	1 503
977	Inhalationsbehandling av akut astma/KOL	2 002	1 609
978	Bandspelar-EKG (långtids-EKG). Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	2 155	1 728
979	Datoriserat medicinskt arbetsprov. Ersättning för åtgärden lämnas högst två gånger per år och patient	2 155	1 728

Förordning (2019:793).

Bilaga 2

Förteckning över kliniska laboratorieundersökningar enligt 16 §

Vid tillämpning av 16 § andra stycket skall betalning för nedan angivna laboratorieundersökningar innefattas i arvode för läkarbesök.

U-Bakterier (typ dis-slide eller kemisk metod) B-C-reaktivt protein (CRP) B-Glukos (semikvantitativ eller kvantitativ) B-Hemoglobin F-Hemoglobin U-Koriongonadotropin (U-HCG, kvalitativ) S-Mononukleosreaktion (kvalitativ) Pt-Streptokocker (direkttest) B, Ery-Sänkningsreaktion (B-SR) U-Testremsa (kval. analys av albumin, glukos, hemoglobin, leukocyter m.fl.)

Teckenförklaring

U-urin B-blod F-feces S-serum Pt-patient P-plasma Ery-erytrosyter Förordning (1996:1360).

Källa: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-19941121-om-lakarvardsersattning_sfs-1994-1121

Patienter ska ha möjlighet att välja mellan att betala avgiften kontant, med betalkort eller i efterskott genom faktura. Kontant betalning kan aldrig nekas.

Beställaren ersätter inte Vårdgivaren för uteblivna patientavgifter.

7.5.2 Patientavgifter för hjälpmedel

Vårdgivaren ansvarar för att från patienter ta ut eventuell avgift för hjälpmedel efter vad som framgår av Hjälpmedelsguiden

Vårdgivaren ansvarar för redovisning av avgiften, som i sin helhet ska tillfalla Beställaren. Betalning till Beställaren regleras med faktura senast månaden efter det Vårdgivaren tagit emot avgiften.

7.6 Kostnadsansvar

7.6.1 Vårdgivarens kostnadsansvar

Vårdgivaren ansvarar för samtliga kostnader som är förenade med Åtagandet, med de preciseringar och de undantag som anges nedan.

7.6.2 Medicinsk service

7.6.2.1 Undersökningar där Beställaren har hela kostnadsansvaret

Beställaren har det fulla kostnadsansvaret för undersökningar utförda vid laboratorier inom nedan angivna specialiteter. Vårdgivaren ska använda laboratorier Beställaren har avtal med för dessa undersökningar.

- Endoskopier, inklusive prover som tas i samband med endoskopin
- Genetik
- Spermaprov
- Transfusionsmedicin
- Obduktioner

7.6.2.2 Undersökningar med delat kostnadsansvar

Vårdgivaren svarar för 20 procent av Beställarens kostnad för undersökningar efter remiss från Vårdgivaren inom nedan angivna specialiteter. Vårdgivaren ska använda laboratorier Beställaren har avtal med för dessa undersökningar.

- Radiologi
- Klinisk fysiologi
- Neurofysiologi
- Patologi med cytologi

Beställaren svarar för övriga kostnader för dessa undersökningar.

7.6.2.3 Undersökningar där Vårdgivaren har hela kostnadsansvaret

Vårdgivaren är till 100 procent kostnadsansvarig för samtliga medicinska serviceundersökningar utöver de som redovisas under punkt 7.6.2.1 och 7.6.2.2 ovan.

7.7 Lokaler, utrustning, hjälpmedel, tolkar, m.m.

Vårdgivaren ansvarar för samtliga kostnader som är relaterade till de lokaler, den utrustning, de försörjningstjänster och den informationsförsörjning som behövs för uppdragets utförande.

Nuläge och riskanalys inför ett förändrat kostnadsansvar för medicinsk service inom NSV:s avtalsområden

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2020-01-08
Diarienummer:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Sigrun Garay Sevelin
08-123 138 51
sigrun.garay-sevelin@sll.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning 3
1 Uppdrag, syfte, metod och avgränsningar 5
2 Bakgrund 6
2.1 HSN 6
2.2 HSF 6
2.3 SOU 7
2.4 Sammanfattning 8
3 Nuläge kostnadsansvar 9
3.1 Vad har genomförts inför revidering av kostnadsansvaret? 9
3.2 Kostnader 10
3.3 Sammanfattning 11
4 Generella risker 12
5 Specifika risker 13
5.1 Endoskopi inklusive prover 13
5.2 Genetik 13
5.3 Spermaprov 14
5.4 Transfusionsmedicin 15
5.5 Radiologi 15
5.6 Klinisk fysiologi 17
5.7 Neurofysiologi 17
5.8 Patologi med cytologi 18
5.9 Sammanfattning risker 19
6 Diskussion 20
7 Rekommendationer 21
8 Bilaga1 21

Sammanfattning

Syfte: Syftet med rapporten är att fungera som ett underlag inför implementering av beslutet om ett förändrat kostnadsansvar för avancerad medicinsk service. Fokus har varit på patientsäkerhetsrisker.

Nuläge: Stora delar av närsjukvårdens avtalsområden har ett helt decentraliserat kostnadsansvar för medicinsk service. Husläkarverksamhet (HLM), avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), läkarinsatser i särskilda boenden (SÄBO), barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) samt närakuter har ett delat kostnadsansvar. Ungdomsmottagningar (UM) och läkare på nationella taxan har inget kostnadsansvar. Mottagningar för sexuell hälsa har helt kostnadsansvar, förutom för STI-prover, men den medicinska servicen omfattas till största delen av STI-prover. HLM är det vårdområde som har störst kostnad för medicinsk service. Röntgen är det område som kostar mest inom medicinsk service

Riskbedömning: Patientsäkerhetsriskern bedöms som större vid en förändring från inget kostnadsansvar till decentraliserat kostnadsansvar, jämfört med om vårdområdet tidigare har haft ett kostnadsansvar. En större förändring bedöms leda till en större risk, jämfört med en mindre förändring.

Vid riskbedömningen framkommer att ett ökat kostnadsansvar ökar patientsäkerhetsriskerna framför allt vid dyrare radiologiska undersökningar och för transfusionsmedicin framför allt inom ASIH och SÄBO. HLM uppfattar även stora patientsäkerhetsrisker avseende endoskopi. Riskerna för genetik kan framgent komma att öka både på grund av nya produkter, men även volymer.

Att införa ett förändrat kostnadsansvar under sommaren upplevs som mycket riskfyllt.

Rekommendationer:

Utred om SOU-utredningen ska påverka det decentraliserade kostnadsansvaret

Utred vidare hur riskerna för dyra radiologiska undersökningar ska hanteras. i förhållande till övervältringseffekter och patientsäkerhetsrisker.

Utred hur decentraliserat kostnadsansvar för närakuterna ska hanteras och eventuella systemeffekter för HLM och sjukhusakuter.

Utred systemeffekterna av ett decentraliserat kostnadsansvar för blodprodukter.

Utred effekterna av ett utökat kostnadsansvar för patologi inom husläkarverksamheten om teledermatoskopiprojektet ska breddinföras.

Samordna införandet av decentraliserat kostnadsansvar enligt HSN-beslutets intentioner, dvs stegvis och samordnat. HLM, som är den största aktören, borde få välja tidplan och att de andra vårdområdena anpassar sig till det. Skjut på införandet till tidigast årsskiftet 2020/2021 för att undvika förändringar mitt i

sommaren och för att nya förändringar inte ska komma för tätt inpå de tidigare förändringarna.

Fortsätt uppdatera VISS för att tydliggöra ansvarsområden och minska risken för övervältring.

1 Uppdrag, syfte, metod och avgränsningar

Syftet med rapporten är att fungera som ett underlag inför implementering av beslutet om ett förändrat kostnadsansvar för avancerad medicinsk service. Uppdraget omfattar en nulägesbeskrivning av kostnadsansvaret för närsjukvårdens vårdavtal samt en riskbedömning utifrån att kostnadsansvaret förändras från inget kostnadsansvar eller 20 procents kostnadsansvar till 50 procents kostnadsansvar för vårdgivaren. Mottagare av rapporten är HSLG:s beredningsgrupp samt uppdragsgivare Janine Jemt (enhetschef VOS)[1].

Riskbedömningar och fakta har inhämtats via intervjuer med samordnare, medicinsk sakkunnig, handläggare ekonomi och avtal samt tidigare utredningar och beslut. Inga intervjuer har gjorts med vårdgivare eller företrädare för regionalt cancercentrum eller avtalshandläggare för närakuter.

Avgränsningen är närsjukvårdens avtal och framför allt de vårdområden som utvecklingsavdelningen bedömt som prioriterade, det vill säga husläkarverksamhet (HLM), barn- och ungdomsmedicinsk öppenvård (BUMM), avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och läkarinsatser i särskilt boende (SÄBO). Störst fokus har lagts på HLM som har den största verksamheten och de högsta kostnaderna. Närakuterna har utretts mindre, men antas i stort sätt följa husläkarverksamhetens riskbedömning.

Riskbedömning har skett utifrån Region Stockholms riktlinjer för internkontroll[2], fokus har legat på operativa risker (risker som negativt påverkar regionens förmåga att bedriva verksamheten ändamålsenligt och effektivt och därmed uppfylla fastställda mål) och då framförallt patientsäkerhetsrisker.

Mycket hög risk
Hög risk
Medelhög risk
Låg/Mycket låg risk

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket sannolik - Det är mycket troligt att problem ska uppstå	Mycket allvarlig - Konsekvensen uppfattas som mycket allvarlig och får helt enkelt ej inträffa
4	Sannolik - Det är troligt att problem ska uppstå	Allvarlig - Konsekvensen är så stor att den helst inte får inträffa
3	Möjlig - Det är mindre troligt att problem ska uppstå	Kännbar - Konsekvensen uppfattas som besvärande
2	Mindre sannolik - Det är inte troligt att problem ska uppstå	Lindrig - Konsekvensen uppfattas som liten
1	Mindre sannolik - Det är inte troligt att problem ska uppstå	Lindrig - Konsekvensen uppfattas som liten

Figur: Bedömning Region Stockholms riskmatris

Riskanalysen har ett systemperspektiv, varje område inom medicinsk service har bedömts för sig, men med risker från relevant vårdområde.

[1] Även SSV och SV har tagit fram liknande underlag
[2] RS-S-1699262 Region Stockholm, riktlinje internkontroll.

2 Bakgrund

2.1 HSN

HSN tog år 2017 ett principbeslut om decentraliserat kostnadsansvar för medicinsk service mm[3]. Det huvudsakliga syftet med beslutet var att möjliggöra för vårdgivare att välja den mest fördelaktiga undersökningen eller behandlingen ur såväl ett patientperspektiv, som ett ekonomiskt perspektiv. Det primära syftet var inte att minska Hälso- och sjukvårdsnämndens kostnader utan att uppnå en ökad kostnadseffektivitet för regionen. Det framgår inte i beslutet exakt hur kostnaderna ska fördelas utan det framgår istället att:

*”…kostnadsansvaret ska **delas** mellan HSN och vårdgivarna inom områden där det finns mycket dyra metoder/behandlingar, många små vårdgivare, snabb förändringstakt eller där stora strukturella förändringar förväntas ske inom framtidens Hälso- och sjukvård. Det ska vara enhetligt mellan vårdgrenar”.*

I beslutet framgår det att det kan finnas risker för patientsäkerheten genom att patienter, av kostnadsskäl, inte får tillgång till behandling. I beslutet poängteras att detta måste motverkas genom ersättningsmodellernas konstruktion och en aktiv uppföljning och utvärdering. I det PM som bifogas beslutet framgår att långtidseffekter av ett ökat kostnadsansvar hos vårdgivaren är dåligt utforskade, men vissa studier pekar på att patienter kan få minskad tillgång till dyra undersökningar och behandlingar samt att det kan ske övervältring av kostnader mellan olika vårdgivare. I beslutet framgår också att riskerna med ett decentraliserat kostnadsansvar kan hanteras genom **ett stegvis** införande på **samma villkor**. Vidare bör de gemensamma principerna för kostnadsansvar införas på ett enhetligt sätt.

2.2 HSF

HSLG:s beredningsgrupp för vårdavtal beslutade den 18 december 2018 att fullt kostnadsansvar för vårdgivaren är huvudprincip. Fria nyttigheter ska försvinna och blir istället delat kostnadsansvar. Delat kostnadsansvar innebär 50/50. Förändringen ska införas 1 januari 2020 och bör även inkludera läkare på nationell taxa. Avstämning ska ske med femgruppen om beslutet. I underlaget till detta beslut framgår en alternativ fördelning som kräver ett nytt beslut. *”huvudinriktningen ska vara fullt kostnadsansvar, men vid avsteg från denna princip så föreslås att fördelningen 80/20 principen bibehålls. Detta förslag går emot tidigare inriktningsbeslut. Förslaget att bibehålla 80/20 principen*

[3] HSN 2017-0887

bygger på dels på den politiska viljeinriktningen om att värna små vårdgivare samt det administrativa merarbetet som ett byte av princip medför, för HSF.

HSLG:s beredningsgrupp för vårdavtal beslutade den 19 juni 2019 att fastställa 50/50 kostnadsansvar med tillägg att ett undantag för samtliga vårdgivare avseende STI bör göras så snart det är praktiskt genomförbart. Vårdgivare som ersätts via DRG i kombination med nationell viktlista berörs inte av denna översyn. Det nya kostnadsansvaret ska gälla från den 1/7 2020. Utvecklingsavdelningen får i uppdrag att utarbeta förslag om hur STI ska undantas från förslaget, ta fram tjänsteutlåtande för beslut i HSN samt tillse att korrigering i avtalsmallar sker så att eventuella undantag från kostnadsansvar kvarstår. Verksamhetsstyrning och stöd får i uppdrag att beräkna nya priser och avtalsavdelningarna får i uppdrag att effektuera textförändring i FFU för berörda vårdavtal

I mail från utredningsavdelningen den 11 november 2019 framgår att Husläkarverksamhet, barn- och ungdomsmedicinsk öppenvård, avancerad sjukvård i hemmet samt läkarinsatser i särskilda boenden samt rehabilitering vid långvarig smärta och primärvårdsrehabilitering ska ha utökat kostnadsansvar till 50/50 enligt tidigare förslag. Barnmorskemottagningar, sexuell hälsa och obstetriskt ultraljud föreslås inte revideras i nuläget. Uppgifter om hur närakuter ska hanteras saknas.

2.3 SOU

I december 2019 kom slutbetänkandet av utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård[4]” där regionerna (landstingen) rekommenderas att i samband med införandet av ett nationellt reglerat grunduppdrag också tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för primärvården. En mängs principer framhålls men bland annat betonar utredningen att i ökad utsträckning göra medicinsk service (och läkemedel) till en s.k. **fri nyttighet** för utförare inom primärvården.

Vidare sägs i utredningen att *” Det finns med andra ord incitament för en utförare att spara in på utgifter för medicinsk service och läkemedel. Det är väl känt att det lätt uppstår ett s.k. ”Svarte Petter-spel” framför allt när det gäller dyrare undersökningar. Kan man få undersökningen utförd av en annan vårdgivare uppstår en vinst för utföraren. Detta medför ineffektivitet. Det kan också diskuteras om det är förenat med god patientsäkerhet att ha incitament att avstå från undersökningar. Från tjänstemän i landstingen uttrycks inte sällan en oro att om inte vårdgivaren beläggs med kostnadsansvar kommer utgifterna att skena. Utredningen vill uppmana landstingen att i ökad utsträckning pröva om inte merparten av medicinsk service och läkemedel kan utgöra en s.k. fri nyttighet. Om fri nyttighet införs blir det givetvis extra viktigt med uppföljning av konsumtionen.”.*

[4] SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet

2.4 Sammanfattning

Sammanfattningsvis finns det en diskrepans mellan beslutet i HSN som talar om ett stegvis införande på samma villkor och de beslut som senare tagits i HSLG. Det finns även en diskrepans mellan beslut i HSN och den statliga utredning som förordnar att merparten av medicinsk service ska vara en fri nyttighet i primärvården

3 Nuläge kostnadsansvar

Akutsjukhus, geriatrik, psykiatri och beroendevård med flera har fullt kostnadsansvar för medicinsk service. Läkare på nationella taxan har endast kostnadsansvar för basal medicinsk service (basala kliniska laboratorie-undersökningar enligt särskild lista.) Övriga vårdgivare har ett delat kostnadsansvar med både fri medicinsk service och visst kostnadsansvar.

Modell för kostnadsansvar NSV	**Område**
VG 100 %	Geriatrik, psykiatri, beroendevård, barnhospice, SPSV, BVC, obstetriskt ultraljudsverksamhet (förutom KUB) sexuell hälsa (förutom STI),
VG 100 %; basal med service, **HSF 80%/VG 20%;** radiologi, klinisk fysiologi, neurofysiologi samt patologi med cytologi och obduktion **HSF 100 %;** endoskopier inklusive prover, genetik, spermaprov, transfusionsmedicin och obduktion	Husläkarverksamhet, ASIH, SÄBO, BUMM (VV) samt närakuter
Annat kostnadsansvar se vidare i text	Barnmorskemottagning
HSF 100%	Ungdomsmottagning Läkare på nationella taxan (förutom basal medicinsk service).

Tabell 1: kostnadsansvar medicinsk service från mars 2020 NSV

3.1 Vad har genomförts inför revidering av kostnadsansvaret?

HLM ska göra en revidering av FFU till sommaren. Där ingår inte en justering av kostnadsansvaret för medicinsk service, utan fokus är istället förändringar i det psykosociala uppdraget samt kostnadsansvar för läkemedel och inkontinenshjälpmedel. Företrädare för HLM uppfattar att det är för omfattande att implementera ett ytterligare förändringar samtidigt och menar även att det saknas systemstöd. I HLM uppfattas att nuvarande modell för kostnadsmodell fungerar bra

ASIH och SÄBO har inte gjort några förberedelser för ett ändrat kostnadsansvar.

BUMM har inte planerat för några förändringar i kostnadsansvaret, en större förändring gjordes så sent som år 2018. Innan år 2018 hade vårdgivarna fullt

kostnadsansvar, men med speciell ersättning för de besök som innehöll medicinsk service

Barnmorskemottagningarna (BMM) ska från mars 2020 ha fullt kostnadsansvar förutom för genetik, tuberkulosscreening och vid behov lungröntgen gynekologisk cellprovtagning, prov för diagnostik av hiv, syfilis, hepatit A, B, C, gonorré, klamydia och HTLVI/II. Om någon eller några av dessa prover ingår i screeningproverna för gravida har vårdgivaren det fulla kostnadsansvaret. Före år 2020 hade HSF 100 procent kostnadsansvar.

Barnavårdscentraler (BVC) har sedan april 2019 fullt procents kostnadsansvar, men där är kostnaderna för medicinsk service mycket låga.

Närakuter: Tre av närakuterna är upphandlande och där är det svårt att förändra kostnadsansvaret under avtalstiden. Vid en förändring skulle det leda till att närakuterna har olika kostnadsansvar under resterande avtalsperiod.

3.2 Kostnader

Nedanstående tabell visar kostnader för medicinsk service för närsjukvården fram till och med september 2019. I tabellen framgår att röntgen- och labboratorietjänster står för de största kostnaderna.

			Värden						
KTO_ID2	KTO_ID	KTO_TEXT	PER UTF	PER BUD	ACK UTF	ACK UTF FC	ACK BUD	ÅRSBUD	ÅRSPRG
Med service	5510	Laboratorietjänster	-35 714	-17 781	-161 687	-154 515	-143 562	-196 600	-196 600
	5514	Klin fyslab	0	0	-60	-27	0	0	0
	5520	Röntgentjänster	-26 063	-33 480	-219 030	-328 179	-297 033	-398 002	-370 002
	5580	Avrkto Vidarefakturering kostn	-8 613	0	-81 175	-72 150	0	0	0
	5581	Avrkto Vidarefakturering intäk	12 983	0	85 679	72 533	0	0	0
	5593	Skopiundersökningar	-13 606	-8 985	-73 085	-78 272	-80 863	-107 819	-107 819
	5594	Klinisk fysiologi	-9 553	-8 562	-82 596	-78 015	-76 798	-102 502	-102 502
Med service Summa			**-80 567**	**-68 808**	**-531 953**	**-638 625**	**-598 257**	**-804 923**	**-776 923**
Totalsumma			**-80 567**	**-68 808**	**-531 953**	**-638 625**	**-598 257**	**-804 923**	**-776 923**

Tabell 2: Kostnader för medicinsk service till och med september 2019. Källa Pivot medicinsk service 2019 NSV.

I tabell 3 framgår kostnaderna för medicinsk service till och med september 2019 per vårdområde. Vårdområden med ett utfall på mindre än 300 000 kronor är exkluderade. Här framgår att husläkarverksamheten har den absolut största kostnaden för medicinsk service. Alla närsjukvårdens kostnader för medicinsk service finns i bilaga 1.

			Värden						
CTO_ID2	UPT_TEXT	UPT_ID	PER UTF	PER BUD	ACK UTF	ACK UTF FG ÅR	ACK BUD	ÅRSBUD	ÅRSPRG
Med service	Avancerad hemsjukvård vårdval	318	-7 978	-1 923	-22 473	-18 681	-17 303	-23 071	-23 071
	BUMM basuppdrag vårdval	321	-1 084	0	-4 057	-1 656	0	0	0
	BVC-auktoriserad	303	-48	-32	-321	-1 560	-252	-335	-335
	Försäkringsmedicinska utrednin	250	4 497	0	4 497	0	0	0	0
	Husläkareverksamh-Auktoriserad	300	-17 599	-45 599	-328 426	-426 292	-410 390	-547 187	-519 187
	Läkarins särs boende-auktorise	307	-528	-208	-2 683	-3 267	-1 875	-2 500	-2 500
	Mansmottagning	246	-114	0	-777	-14 088	0	0	0
	MVC famplanering -aukt	314	-419	-154	-1 357	-956	-1 117	-1 550	-1 550
	MVC Graviditetsövervakning	305	-6 076	-2 997	-20 766	-22 560	-21 683	-30 093	-30 093
	MVC screening cervix-aukt	315	-6 947	-2 146	-17 422	-15 959	-17 434	-24 360	-24 360
	Närakut FHS	249	-13 542	-4 960	-45 825	-45 036	-40 977	-56 364	-56 364
	Obstetriska Ultraljud Vårdval	309	-742	-797	-4 437	-5 383	-5 764	-8 000	-8 000
	Priv spec läk allmänmedicin	205	-699	-1 215	-8 299	-12 250	-9 774	-13 500	-13 500
	Priv spec läk Barnmedicin spec	206	-71	-141	-615	-452	-1 268	-1 664	-1 664
	Priv spec läk Psykiatriska sp.	209	-33	0	-337	-456	0	0	0
	Rehab långv. smärta/utmattn	325	-296	0	-520	-1 200	0	0	0
	Ungdomsmottagning	158	-2 591	-2 120	-10 985	-14 146	-13 694	-19 540	-19 540
	Vårdval Logopedi	306	-256	0	-414	-62	0	0	0
	Vårdval Sexuell hälsa	629	-1 154	-1 810	-10 351	0	-13 839	-18 780	-18 780
	Ätstörningsvård	160	-232	0	2 088	-1 294	0	0	0
	Övrig sjukvård	165	-23 299	-4 682	-56 858	-52 047	-42 681	-57 700	-57 700
Med service Summa			-79 210	-68 785	-530 338	-637 345	-598 051	-804 644	-776 644
Totalsumma			-79 210	-68 785	-530 338	-637 345	-598 051	-804 644	-776 644

Tabell 3: Kostnader för medicinsk service till och med september 2019. Källa Pivot medicinsk service 2019 NSV.

3.3 Sammanfattning

Stora delar av närsjukvårdens avtalsområden har helt decentraliserat kostnadsansvar för medicinsk service. HLM, ASIH, SÄBO, BUMM (VV) samt närakuter har ett delat kostnadsansvar, UMO och läkare på nationella taxan har inget kostnadsansvar. Mottagningar för sexuell hälsa har kostnadsansvar förutom för STI-prover, men deras medicinska service består till absolut största delen av STI-prover.

HLM är det vårdområde som har den absolut största kostnaden för medicinsk service. Röntgentjänster är det dyraste området inom medicinsk service.

Viss aktivitet pågår för anpassning till det decentraliserade kostnadsansvaret. Den största aktören, HLM, kommer inte att implementera någon förändring under 2020.

4 Generella risker

De generella risker som framkommit är till stor del beskrivna i HSN-beslutet och SOU-utredningen samt de underlag som SV och SSV tagit fram. De pekar på risker för patientsäkerheten genom att vårdgivare kan försöka vältra över kostnader för medicinsk service på andra vårdgivare, eller väljer att inte undersöka alls, vilket kan leda till försenade undersökningar och behandlingarna. Riskerna ökar ju större kostnaderna är för en undersökning, men även om vårdgivaren i grunden har en låg ersättning. Riskerna ökar även om det är olika kostnadsansvar inom olika områden och det kan även utnyttjas inom koncern med flera vårdområden.

Riskerna ökar också om man går från en helt fri nyttighet till en del kostnadsansvar, och framför allt när det blir en stor förändring från hel fri nyttighet till 50 procents kostnadsansvar. Risken bedöms som mindre när ansvaret ändras från 80 procent till 50 procents kostnadsansvar.

En risk som framkommit är att om vårdgivaren har helt kostnadsansvar kan HSF varken följa upp vare sig volymer eller kostnader med nuvarande IT-system. Det gör det svårare vid nya upphandlingar, men även vid jämförelser av vård både ur kvalitets- och vid prissättning. Det upplevs därför bra med ett begränsat kostnadsansvar, det ger incitament att se över remittering samtidigt som HSF behåller kontroll över statistiken. En annan risk är att vårdgivaren får hela vinsten vid eventuella rationaliseringar.

Vidare har det framkommit oro för att mindre vårdgivare inte har likviditet för att klara fakturorna för medicinsk service, de är väldigt olika stora. En ytterligare risk är att en förändring av ersättning är det alltid några vårdgivare som vinner och andra som förlorar, hos de som förlorar på förändringen kan detta leda till ökade patientsäkerhetsrisker.

Obduktion är idag en fri medicinsk nyttighet, detta omnämns inte i beslutet. Om kostnadsansvaret för obduktion ska förändras behöver även ska även handboken för avlidna ändras. Obduktion sker framför allt vid brott eller önskemål från anhöriga.

Det är ett omfattande administrativt merarbete (beräkningar, koder, ändringsmeddelanden mm) med att ändra ersättningar och det är lätt att det blir fel. Det är en stor risk att byta modell mitt i sommaren, om det blir fel påverkar det vårdgivaren eventuell med minskad likvitet som följd samtidigt som HSF har begränsade möjligheter att rätta felen. En ändring under sommaren förutsätter justering av semester för berörda inom HSF.

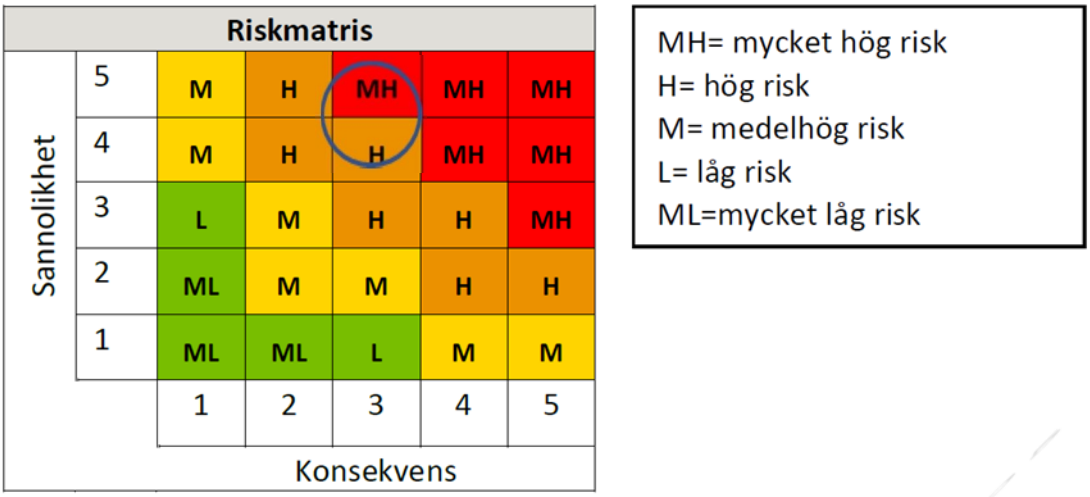
De flesta som intervjuats upplever att kostnadsfördelningen 80/20 är lagom. Det ger vårdgivaren incitament att bibehålla en lagom nivå på medicinsk service så att det inte leder till patientsäkerhetsrisker och ger samtidigt HSF möjlighet att följa volymer. Vidare anger intervjuade att det är viktigt att det är tydligt i VISS vilka undersökningar som ska vara gjorda vid remittering.

5 Specifika risker

5.1 Endoskopi inklusive prover

HLM: När HLM startade fanns det ett delat kostnadsansvar för endoskopier (80/20), men det ändrades tillbaka år 2000 så att HSF fick helt 100 kostnadsansvar. Vid ett delat kostnadsansvar skedde kostnadsövervältringar som inte var önskvärda. En återgång till delat kostnadsansvar kan leda att undersökningar senareläggs, vårdgivaren väljer istället att avvakta, med senare diagnostik som följd eller som tidigare att statistiken blir felaktig. Det är stora volymer idag. Risken bedöms som Hög till Mycket hög.

SÄBO: risk att patienter remitteras till specialist. Risken bedöms som Hög.



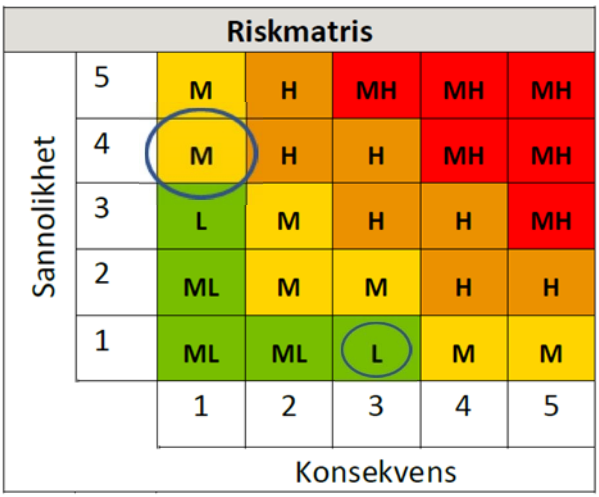
Riskmatris endoskopi inklusive prover

5.2 Genetik

HLM: På sikt kommer mer genetiska tester att kunna utföras på husläkarmottagningar. Dessa tester är dyra och kräver att HSF kontinuerligt utvärderar detta för att ligga rätt i ersättningsnivå. Risken bedöms som Medelhög.

SÄBO och ASIH bedöms risken som Låg.

BMM: HSF betalar via avtal med Karolinska Universitetssjukhuset för genetik. Utredning pågår om det ska ingå i Karolinskas uppdrag. HSF:s uppfattning är att BMM inte ska betala denna medicinska service. Oklar risk.

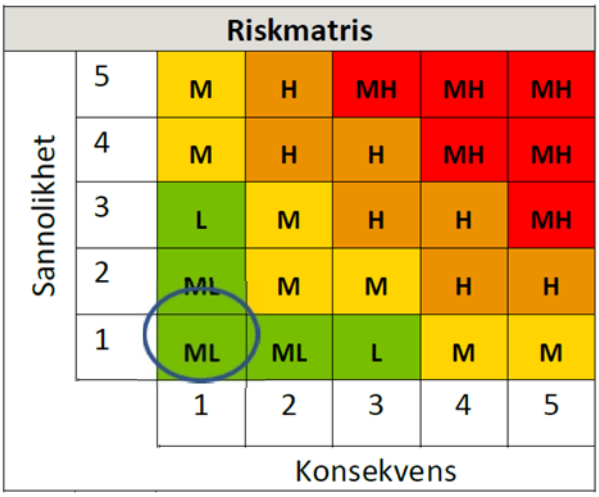


MH= mycket hög risk
H= hög risk
M= medelhög risk
L= låg risk
ML=mycket låg risk

Riskmatris genetik

5.3 Spermaprov

HLM: Sällanförekommande prov, används mest i fertilitetsutredningar. Risken bedöms som Mycket Låg. Samma bedömning görs för ASIH, SÄBO och BUMM.



MH= mycket hög risk
H= hög risk
M= medelhög risk
L= låg risk
ML=mycket låg risk

Riskmatris spermaprov

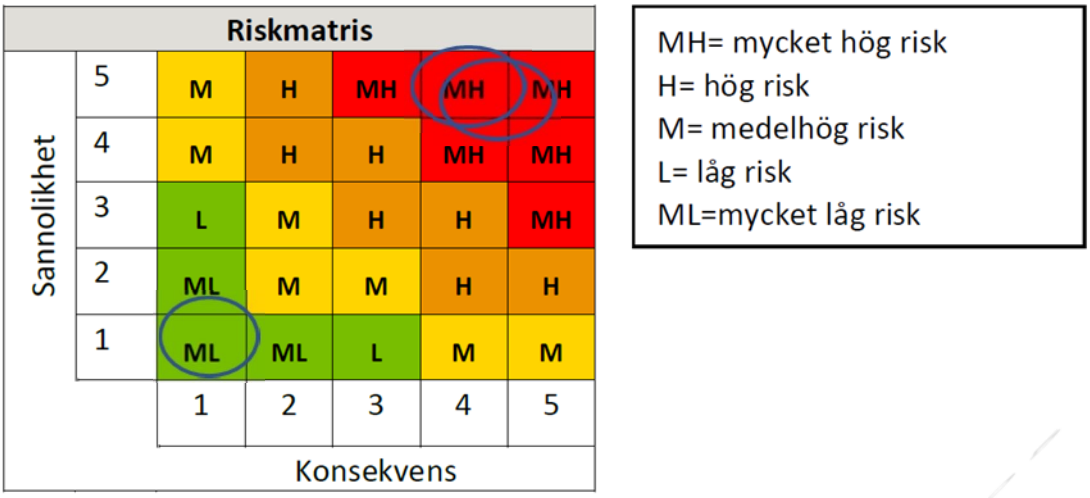
5.4 Transfusionsmedicin

HLM: ASIH ger blodtransfusioner på uppdrag av husläkarverksamheten. Risken bedöms som mycket låg, däremot är bedömningen att det finns inga fördelar med ett kostnadsansvar, blod ges inte i onödan.

ASIH: Det är problem redan idag när HSF ersätter transfusionsmedicin till 100 procent. Vårdgivarna uppfattar att vårdtjänsten är för lågt ersatt när de ger på uppdrag av husläkarverksamheten. Vidare vill även sjukhusen att ASIH ska kunna ge blod på uppdrag, det ingår inte i uppdraget idag. Vidare finns risken att patienter med stora behov av blodprodukter blir ”Svarte Petter” inom ASIH-verksamheten. Risken bedöms som Mycket Hög att vårdgivarna inte tar patienter på grund av höga kostnader, utan att alternativet istället blir sjukhusvård.

SÄBO: Det är problem redan idag genom att vissa kommuner inte tillåter sjuksköterskor på särskilda boenden att ge blodtransfusioner samtidigt som ASIH inte har uppdraget inom särskilda boenden. Risken vid ett ökat kostnadsansvar kan bli att boende i ökad utsträckning läggs in för blodtransfusioner. Risken bedöms som Mycket Hög.

BUMM: Blodprodukter ges inte inom BUMM. Ingen risk. BMM: ej aktuellt



Riskmatris transfusionsmedicin

5.5 Radiologi

HLM: Vid en ökning av kostnadsansvaret bedöms riskerna för övervältring öka bland annat inom stora koncerner som avtal inom olika vårdområden med olika kostnadsansvar. Risken bedöms vara större för de dyrare undersökningarna som CT och MR, vilket kan resultera i risk för underdiagnostisering och/eller

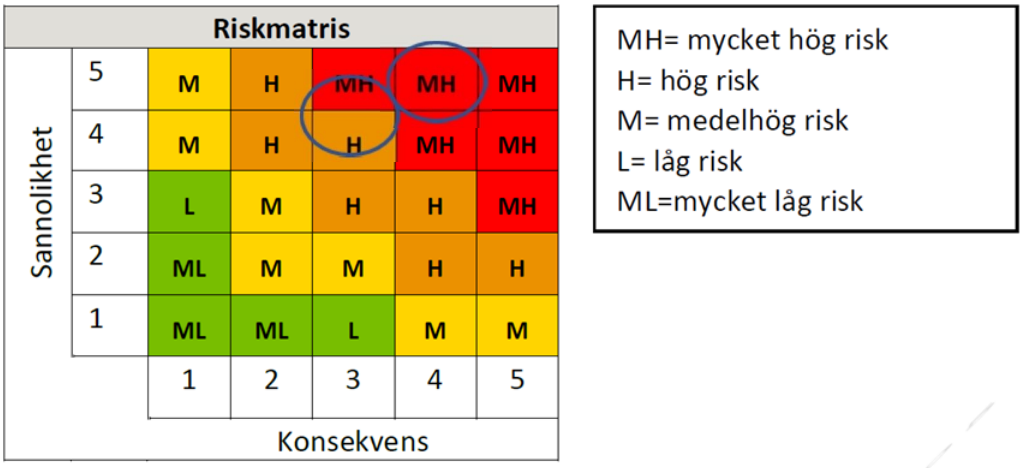
försenade medicinska åtgärder. Det kan också leda till ökade stridigheter mellan remittenter, där det till exempel kan finnas krav på orimligt mycket medicinsk behandling före behandling, detta kan till viss del lösas genom tydlighet i VISS (till exempel för armbåge och axel). Risken bedöms som Mycket Hög för de dyrare undersökningarna och Medelhög till Hög för de billigare undersökningarna (ffa slätröntgen).

ASIH: Vid ett ökat kostnadsansvar finns risken att vårdgivare försöker undvika patienter som har behov av röntgen. Ett exempel på detta är Picc-line[5] inläggningar, information saknas i VISS. Sjukhusen har försökt skjuta över detta till Karolinska Solna. Riskbedömningen motsvarar husläkarnas.

SÄBO: Vid ökat kostnadsansvar finns risk för att patienter istället får sin undersökning via besök på akutmottagning. Risken bedöms motsvara husläkarnas.

BUMM: Representanter för BUMM upplever att det blivit väsentligt mycket mindre diskussioner runt framför allt scintigrafi av njurar och ultraljud sedan ersättningen ändrades. Vid en återgång till högre kostnadsansvar kan detta återkomma, med försenade undersökningar som följd. Risken bedöms motsvara husläkarnas.

BMM: Väldigt få radiologiska undersökningar görs inom BMM, risken bedöms som mycket låg.



Riskmatris radiologi

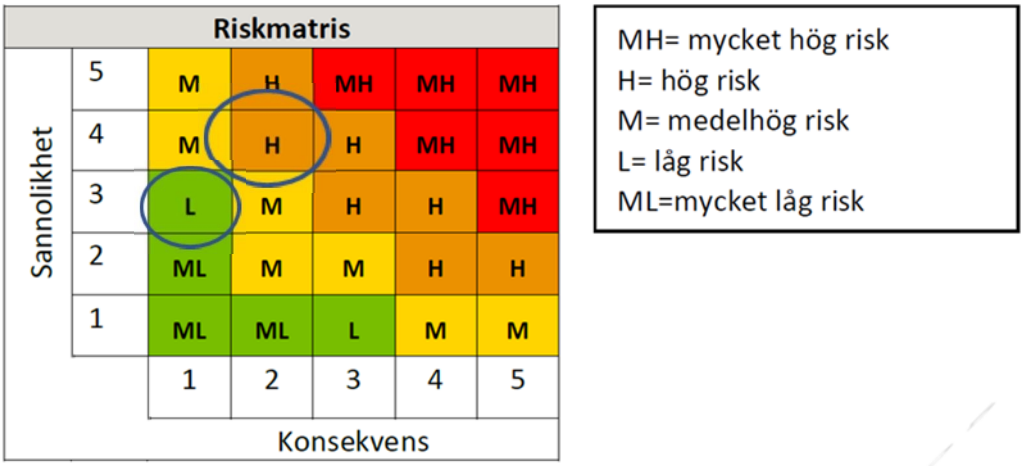
[5] En centralvenös infart har en kateterspets som mynnar ut i en central ven, vanligtvis vena cava superior, vid eller i övergången till hjärtats förmak. Perifert insatt central kateter (PICC) är en centralvenös infart inlagd via någon av överarmens vener till exempel vena basilica, vena brachialis eller vena cephalica. För att bekräfta kateterspetsläget kan lungröntgen, alternativt elektromagnetisk navigering och intravasalt EKG i samband med inläggningen användas. Intravasalt EKG används allt oftare som ett alternativ till röntgen. Källa Vårdhandboken 20200102 https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/picc-line/oversikt/

5.6 Klinisk fysiologi

HLM: Bedömningen är att risken ökar för ökad remittering till kardiologi för arbetsekg. Vad det gäller spirometri så remitterar husläkarna inte för det idag, utan utför det helt själva. Risken bedöms som Hög vad det gäller arbetsekg och Låg avseende spirometri.

BMM: Risk finns för ökad remittering av EKG, risken bedöms som Mycket Låg.

SÄBO: Risken för ökad remittering bedöms som Hög.



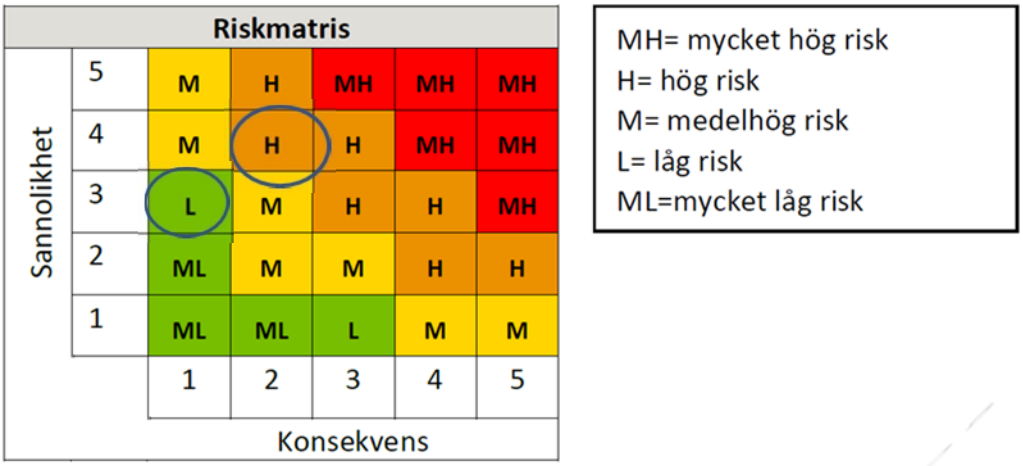
Riskmatris klinisk fysiologi

5.7 Neurofysiologi

HLM: Risker för minskad utredning vid lägre misstanke av epilepsi, perifer nervfunktionsförändring och ALS bedöms som Hög.

SÄBO: låg risk, möjligtvis med undantag för boende på servicehus.

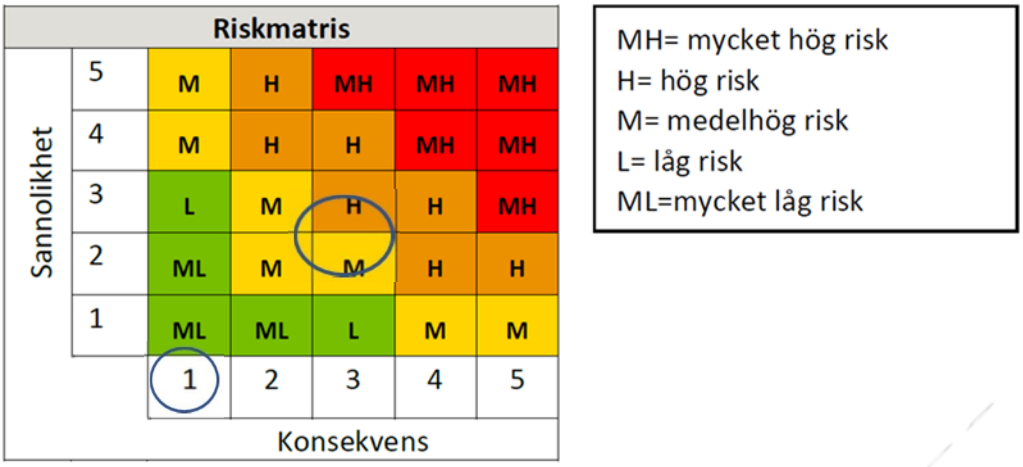
BMM: ej aktuellt



Riskmatris neurofysiologi

5.8 Patologi med cytologi

HLM: Bedömningen är att det finns risk för färre undersökningar. Ett ökat kostnadsansvar måste synkroniseras med teledermatoskopiprojektet[6] om det ska breddinföras. Risken bedöms som Hög risk.



Riskmatris patologi med cytologi

[6] Husläkaren får stöd att göra en korrekt diagnosticering genom att registrera en bild av hudförändringen ett digitalt stöd. Bilden analyseras av två oberoende hudspecialister som har särskild inriktning på malignt melanom och är utbildade för att göra diagnostik via bild

5.9 Sammanfattning risker

Vid riskbedömningen framkommer att ett ökat kostnadsansvar ökar patientsäkerhetsriskerna framför allt vid dyrare radiologiska undersökningar och för transfusionsmedicin framför allt inom ASIH och SÄBO. Husläkarverksamheten uppfattar även stora patientsäkerhetsrisker avseende endoskopi. Vid ett breddinförande av teledermatoskopiprojektet måste detta synkroniseras med kostnadsansvaret för patologi så det styr rätt.

Riskerna med ett höjt kostnadsansvar för vårdgivare uppfattas som högst avseende dyrare undersökningar inom radiologi, transfusionsmedicin samt endoskopi. Kostnaderna för genetik kan framgent komma att öka både på grund av nya produkter, men även volymer.

Riskerna uppges vara större att gå från inget kostnadsansvar till 50 procents kostnadsansvar jämfört med att gå från inget kostnadsansvar till 80 procents kostnadsansvar.

I HSN-beslutet framgår att riskerna med ett decentraliserat kostnadsansvar kan hanteras genom ett stegvis införande på samma villkor. Vidare bör de gemensamma principerna för kostnadsansvar införas på ett enhetligt sätt.

Att införa ett förändrat kostnadsansvar under sommaren upplevs som mycket riskfyllt.

6 Diskussion

Vårdområdena har kommit olika långt i sin anpassning till ett förändrat kostnadsansvar. Många vårdgivare har redan helt kostnadsansvar för medicinsk service medan andra har ett delat kostnadsansvar. Den största aktören inom närsjukvården och navet i framtidens hälso- och sjukvård; husläkarmottagningarna, har inte startat implementeringen av ett förändrat kostnadsansvar. Samtidigt är det viktigt ur ett systemperspektiv att kostnadsansvar styr rätt och inte leder till övervältringseffekter eller ”Svarte Petter-patienter”. Ur ett systemperspektiv verkar det rimligt att utgå från HLM och sedan se hur de andra vårdområdena ”jackar in” i förhållande till deras kostnadsansvar. Initialt bör SOU-utredning om fri medicinsk service beaktas och om det har någon bäring på Region Stockholms beslut.

Kostnader för medicinsk service påverkar sannolik patientsäkerhet och tillgång till en effektiv vård. Vid en förändring av kostnadsansvaret är det viktigt att ta med samtliga intressenters synpunkter för att kunna bedöma hur förändringen påverkar sjukvårdssystemet.

Närakuterna har inte berörts så mycket i denna utredning. Vid en förändring av deras kostnadsansvar behöver HSF utreda eventuella systemeffekter framförallt för sjukhusakuterna med även för HLM. En möjlig risk skulle kunna vara att patienter istället för att tas emot på närakuterna får vård på sjukhusakuterna.

HSN-beslutet talar om ett införa ett decentraliserat kostnadsansvar stegvis och på samma villkor. Införandeprocessen har inte upplevts som stegvis eftersom ska ske både 30-procentiga och 50-procentiga förändringar. Det bör vara mindre risk att införa en mindre förändring för de områden som idag är fria nyttigheter. Speciellt viktigt är det för endoskopier och transfusionsmedicin där riskerna bedömt som större.

Transfusionsmedicin är en viktig del i framtidens hälso- och sjukvård. Det är troligt att fler patienter som behöver transfusionsmedicin skulle kunna vårdats i hemmet, det är därför viktigt att patienter som behöver transfusionsmedicin inte blir ”Svarte Petter” för vårdgivaren och för dyra att behandla i förhållande till kostnader och intäkter.

7 Rekommendationer

Utred om SOU-utredningen ska påverka det decentraliserade kostnadsansvaret.

Om SOU-utredningen inte leder till ett förändrat beslut bör ändå införandet anpassas. Samordna införandet av decentraliserat kostnadsansvar enligt HSN-beslutets intentioner, dvs **stegvis och samordnat**. Husläkarmottagningarna, som är den största aktören, borde få välja tidplan och att de andra vårdområdena anpassar sig till det. Skjut på införandet till tidigast årsskiftet 2020/2021 för att undvika förändringar mitt i sommaren och för att nya förändringar inte ska komma för tätt inpå de tidigare förändringarna.

Utred vidare hur riskerna för dyra radiologiska undersökningar ska hanteras. i förhållande till övervältringseffekter och patientsäkerhetsrisker.

Utred hur vidare hur ett decentraliserat kostnadsansvar för närakuterna ska hanteras och eventuella systemeffekter för husläkarmottagningar och sjukhusakuter.

Utred systemeffekterna av ett decentraliserat kostnadsansvar för blodprodukter.

Utred effekterna av ett utökat kostnadsansvar för patologi inom husläkarverksamheten om teledermatoskopiprojektet ska breddinföras.

Fortsätt uppdatera VISS för att tydliggöra ansvarsområden och minska risken för övervältring.

8 Bilaga 1

Totala nettokostnader för medicinsk service per uppdragstyp inom närsjukvården till och med september 2019.

Värden								
UPT_TEXT	UPT_ID	PER UTF	PER BUD	ACK UTF	ACK UTF FG ÅR	ACK BUD	ÅRSBUD	ÅRSPRG
Administration	101	0	0	1	-5	0	0	0
Allmänpsykiatri	104	-3	0	-34	713	0	0	0
Asylverksamhet	107	62	0	-940	-1 350	0	0	0
Avancerad hemsjukvård vårdval	318	-7 978	-1 923	-22 473	-18 681	-17 303	-23 071	-23 071
Barn- och ungdomspsykiatri	108	0	0	-79	171	0	0	0
Barn-o ungdomsmedicinsk mottag	110	0	0	0	-5	0	0	0
Barn-och ungdomspsyk ,lokal	408	-17	0	127	88	0	0	0
Basal hemsjukv-Auktoriserad	302	-1	0	-69	-123	0	0	0
Baspsykiatri vuxna	400	-344	0	1 151	1 108	0	0	0
beroendevård vuxna	112	-61	0	664	1 019	0	0	0
BUMM barnfetma vårdval	322	-1	0	-1	-2	0	0	0
BUMM basuppdrag vårdval	321	-1 084	0	-4 057	-1 656	0	0	0
BUMM neuropsyk utr vårdval	323	-156	0	-258	-86	0	0	0
BVC-auktoriserad	303	-48	-32	-321	-1 560	-252	-335	-335
Fotsjukvård-auktoriserad	304	7	0	-41	-21	0	0	0
Förbrukningshjälpmedel	195	0	0	-3	-0	0	0	0
Försäkringsmedicinska utrednin	250	4 497	0	4 497	0	0	0	0
Geriatrik	124	-1 410	0	-1 410	0	0	0	0
Habilitering	127	-5	0	-3	-3	0	0	0
Hjälpmedelscentrals verksamhet	197	5	0	68	23	0	0	0
Husläkareverksamh-Auktoriserad	300	-17 599	-45 599	-328 426	-426 292	-410 390	-547 187	-519 187
Husläkarjour-auktoriserad	308	-145	-23	-102	-197	-206	-279	-279
Intensivträning vårdval	324	-31	0	-29	-35	0	0	0
Jourverksamhet	134	0	0	0	0	0	0	0
Lokal integrerad beroendevård	412	-5	0	5	11	0	0	0
Läkarins särs boende-auktorise	307	-528	-208	-2 683	-3 267	-1 875	-2 500	-2 500
Lättakut	190	0	0	0	-452	0	0	0
Mansmottagning	246	-114	0	-777	-14 088	0	0	0
Medicinsk service	141	0	0	-7	-2	0	0	0
MVC famplanering -aukt	314	-419	-154	-1 357	-956	-1 117	-1 550	-1 550
MVC Graviditetsövervakning	305	-6 076	-2 997	-20 766	-22 560	-21 683	-30 093	-30 093
MVC screening cervix-aukt	315	-6 947	-2 146	-17 422	-15 959	-17 434	-24 360	-24 360
Närakut	146	0	0	6	-1 489	0	0	0
Närakut FHS	249	-13 542	-4 960	-45 825	-45 036	-40 977	-56 364	-56 364
Obstetriska Ultraljud Vårdval	309	-742	-797	-4 437	-5 383	-5 764	-8 000	-8 000
Personer utan tillstånd	247	-20	0	-81	-118	0	0	0
Priv spec läk allmänmedicin	205	-699	-1 215	-8 299	-12 250	-9 774	-13 500	-13 500
Priv spec läk Barnmedicin spec	206	-71	-141	-615	-452	-1 268	-1 664	-1 664
Priv spec läk Psykiatriska sp.	209	-33	0	-337	-456	0	0	0
Psykisk ohälsa hos barn o ung	320	-12	0	-27	-29	0	0	0
Psykosociala insatser-Auktoris	301	1 161	0	37	-411	0	0	0
Rehab långv. smärta/utmattn	325	-296	0	-520	-1 200	0	0	0
Riksavtal	167	0	0	1	-0	0	0	0
Sjukgymnaster ARV	201	0	0	0	-5	0	0	0
Specialiserad palliativ sv vv	319	0	0	0	0	0	0	0
Specialistläkarmott vid ME/CFS	328	-176	0	-253	0	0	0	0
Tekniska hjälpmedel	187	18	0	12	2	0	0	0
Tortyrskadade	157	-12	0	12	-26	0	0	0
Ungdomsmottagning	158	-2 591	-2 120	-10 985	-14 146	-13 694	-19 540	-19 540
Vårdv sjukgymn övergångsregel	317	0	0	0	30	0	0	0
Vårdval Logopedi	306	-256	0	-414	-62	0	0	0
Vårdval Neuroteam	312	-4	0	-4	8	0	0	0
Vårdval primär hörselrehab	310	-10	0	3	-5	0	0	0
Vårdval primärvårdsrehab	311	-75	0	-85	58	0	0	0
Vårdval Sexuell hälsa	629	-1 154	-1 810	-10 351	0	-13 839	-18 780	-18 780
Vårdval sjukgymnastik	313	-97	0	-84	122	0	0	0
Vårdval Vaccinera	316	0	0	60	119	0	0	0
Ätstörningsvård	160	-232	0	2 088	-1 294	0	0	0
Övrig sjukvård	165	-23 299	-4 682	-56 858	-52 047	-42 681	-57 700	-57 700
Övrig öppenvårdsrehab	204	-27	0	-251	-382	0	0	0
Övrigt	166	0	0	-3	-4	0	0	0
umma		-80 567	-68 808	-531 953	-638 625	-598 257	-804 923	-776 923
		-80 567	-68 808	-531 953	-638 625	-598 257	-804 923	-776 923

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Avdelningen för närsjukvård
Enheten för enskilda vårdgivare och medicinsk diagnostik

BILAGA 4

Utveckling av antal vårdgivare verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF)

År	Antal LOL	Antal LOF	Totalt antal LOL/LOF	Utbetald ersättning LOL/LOF i kr	Kostnad för medicinsk service (LOL) i kr	Total kostnad för LOL/LOF i kr
2015	503	611	1114	1 247 734 721	331 819 804	1 579 554 525
2016	483	592	1075	1 141 893 354	301 112 890	1 443 006 244
2017	446	550	996	994 038 827	263 101 454	1 257 140 281
2018	360	498	858	885 894 194	180 311 565	1 066 205 759
2019	284	466	750	839 207 689	145 008 573	984 216 262

Region Stockholm
Box 6909
102 39 Stockholm

Telefon: 08-123 132 00
Fax: 08-123 131 01
E-post: registrator.hsf@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Läkarintyg om arbetsförmåga – LOL/LOF

Person-/samordningsnummer:

Namn:

I slutet av läkarintyget finns information om syftet med intyget, vem som får utfärda det samt när intyget ska användas.

Smittbärare Hjälptext

☐ Fortsätt till frågorna ”Diagnos” och ”Bedömning”.

Grund för medicinskt underlag

Intyget är baserat på: Hjälptext

☐ Min undersökning av patienten	Dagens datum:
☐ Min telefonkontakt med patienten	
☐ Journaluppgifter från den	
☐ Annat	
Om Annat, ange vad:	

Sysselsättning Hjälptext

I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan?

✔ Nuvarande arbete
Ange yrke och arbetsuppgifter:

Diagnos

Diagnoskod	Diagnos

Sjukdomens konsekvenser för patienten

Medicinskt status Hjälptext

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer:

Aktivitetsbegränsning Hjälptext

Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av sin sjukdom. Ange vad uppgiften grundas på:

Rehabiliteringsplan Hjälptext

Pågående medicinska behandlingar/åtgärder

Ange vad syftet är och om möjligt, ange tidplan samt ansvarig vårdenhet:

Planerade medicinska behandlingar/åtgärder

Ange vad syftet är och om möjligt, ange tidplan samt ansvarig vårdenhet:

Bedömning

Min bedömning av patientens arbetsförmåga

På vilket sätt medför sjukdomen nedsatt arbetsförmåga?

Finns arbetsförmåga trots sjukdom? Hjälptext

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Om Ja, beskriv arbetsförmågan:

Nedsättning av arbetsförmåga

	Från och med:	Till och med:
☐ 25 %		
☐ 50 %		
☐ 75 %		
☐ 100 %		

Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att: Hjälptext

Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle Hjälptext

- ☐ Patienten kommer med stor sannolikhet att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter denna sjukskrivning.
- ☐ Patienten kommer med stor sannolikhet att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom:
  - ☐ 1 månad
  - ☐ 2 månader
  - ☐ 3 månader
  - ☐ 6 månader
  - ☐ 12 månader
- ☐ Patienten kommer med stor sannolikhet inte att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom 12 månader.
- ☐ Återgång i nuvarande sysselsättning är oklar.

Åtgärder

Här kan du ange åtgärder som du tror skulle göra det lättare för patienten att återgå i arbete:

Övrigt

Övriga upplysningar:

Underskrift

Datum	Läkarens underskrift
Namnförtydligande	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
Vårdenhetens namn, fullständig adress och telefon	

Region Stockholm

Läkarintyg om arbetsförmåga – LOL/LOF

När ska Läkarintyg om arbetsförmåga – LOL/LOF användas?

När intygspersonen, verksam enligt LOL/LOF[1], behöver ett läkarintyg att bifoga ansökan om frånvaro till regionen med anledning av sjukdom/skada.

Syfte med läkarintyget

> Att styrka intygspersonens rätt att vara verksam på deltid enligt LOL/LOF på grund av sjukdom/skada. Intygspersonen är skyldig att vid sjukdom/skada lämna in ett medicinskt underlag som styrker dels att frånvaron beror på sjukdom och dels att sjukdomen sätter ned intygspersonens arbetsförmåga. Ett bristfälligt ifyllt läkarintyg kan innebära att ansökan om frånvaro avslås.
> Läkarintyget ska ge tillräcklig information om intygspersonens medicinska hinder för, samt möjligheter trots dessa, att utföra ordinarie arbetsuppgifter.

Utfärdare

Intygsutfärdande läkare får inte vara jävig. För att minimera risken för jäv kommer sjukintyg från läkare verksam vid samma mottagning som intygspersonen inte att accepteras. Även intyg från läkare som har en annan relation till intygspersonen där risk för jäv kan bedömas som möjlig kommer att underkännas. Det är inte möjligt att delegera rätten att utfärda läkarintyget till annan profession, till exempel sjuksköterska eller fysioterapeut.

Socialstyrelsens föreskrift om intyg

Socialstyrelsens intygsföreskrift[2] reglerar vad som gäller för vid intygsutfärdande inom hälso- och sjukvården.

[1] Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi
[2] Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2018:54)