

Rutin för övertagande och fakturering av personligt förskrivna hjälpmedel vid flytt oavsett huvudman

Lista och rutiner för övertagande och fakturering av personligt förskrivna hjälpmedel vid flytt mellan regioner och kommuner inom hjälpmedelsverksamheter/motsvarande

reviderad 2022-11-09/uppföljd 2026-05-18

Ansvarig för denna rutin är hjälpmedelschefsnätverket SKR genom arbetsgruppen "flyttrutin"

Rutin för övertagande och fakturering av hjälpmedel som medtas vid flytt in/ut ur länet oavsett huvudman

1. Syfte

Denna rutin styr regler om övertagande och fakturering för hjälpmedel som medtas vid flytt inom Sverige. Den region eller kommun från vilket personen flyttat, initierar ärendet.

Hjälpmedelsverksamheter i de regioner och/eller kommuner som finns i listan har anslutit sig till rutinen.

2. Omfattning

Rutinen omfattar personligt förskrivna hjälpmedel som hanteras inom hjälpmedelsverksamhet eller motsvarande.

3. Arbetsgång

Enligt förskrivningsprocessen bör flytten vara grundad på överrapportering och kontakt mellan förskrivare på respektive ort där det är överenskommet vad som är nödvändigt att personen tar med sig vid flytt.

- Ekonomisk ersättning för hjälpmedel som tas med vid flytt gäller enligt följande:
Respektive hjälpmedels restvärde, inklusive tillbehör ska vara minst 4000 kr för att kunna faktureras. Alla huvudhjälpmedel tas med på listan vid förfrågan oavsett om de faktureras eller ej, för spårbarheten.
- Fast installerade hjälpmedel omfattas inte då det förutsätts att dessa ej medtages vid flytt.
- Det ska eftersträvas att personen ej blir utan hjälpmedel.
- Den region/kommun från vilken personen flyttat skickar en förfrågan till mottagande regions/kommuns hjälpmedelsverksamhet (blankett 1-2).
- Mottagande region/kommun avgör om man vill överta hjälpmedlet/-en (blankett 1-2).
- Kroppsburna hjälpmedel (proteser, etc.) medtas vid flytt över länsgränserna utan betalning.
- Vid överköp av hjälpmedel som specialanpassats av hjälpmedelsverksamhet är Läkemedelsverkets bedömning att tillverkaransvar ska gå över till den köpandes hjälpmedelsverksamhet. Speciell blankett för kontaktuppgifter gällande specialanpassningen ska bifogas vid förfrågan (blankett 3).
- Vid överköp ska all relevant (ex besiktningsunderlag) dokumentation föras över till köpande verksamhet.
- Den nya regionen eller kommunen övertar ägandeansvaret och ansvarar för att hjälpmedlet underhålls.

Blankett 1-2 ses som **en mall med de uppgifter som skall delges** övertagande sjukvårdshuvudman.

Blankett 3 används vid förfrågan om övertagande av specialanpassat hjälpmedel.

Blankett 4 kan användas för att få hjälp av berörd förskrivare vid ställningstagande om den inflyttade personens medtagna hjälpmedel ska övertas eller inte.

Bilaga 1

Lista för anslutning till rutin för övertagande av personligt förskrivna hjälpmedel vid flytt oavsett huvudman.

Hjälpmedel som medtagits vid flytt till er

Nedanstående person har flyttat till er region/kommun och tagit med sig en del hjälpmedel, se bifogad förteckning. Enligt överenskommelse om **Övertagande och fakturering för hjälpmedel som medtas vid flytt in/ut ur länet** ska en ekonomisk uppgörelse träffas med den nya sjukvårdshuvudmannen när respektive hjälpmedels restvärde, inklusive tillbehör är minst 4000 kr.

Personnummer och namn
Adress
Postadress
Telefon

Har vi inte hört något från er **senast 60 dagar** fr o m _____ tolkar vi det som ett "ja" och att ni därmed övertar hjälpmedlen och ansvaret för dessa. I bifogad lista blankett 2 finns de hjälpmedel som avses.

Eventuella frågor kan ställas till undertecknad

Med vänlig hälsning

Namn _____

Telefon och E-post _____

Härmed bekräftas att vi övertar ☐ ej övertar ☐ ägandeansvaret enligt blankett 2 och godkänner fakturering enligt bifogad lista, blankett 2.

Ort och datum
Underskrift
Namnförtydligande
Telefon och e-post
Fakturaadress (inklusive organisationsnummer)

Logga

Blankett 2
Datum

Patientens namn/personnummer	Kontaktuppgifter överrapporterande förskrivare	Kontaktuppgifter mottagande förskrivare

Indivi dnr	Serienr	Modell/Produktnamn	Leverantör	Leverantörens artikelnr	Inköps år	Inköps pris	Försäljnings pris	Specanpas ja/nej	Övertages Ja/Nej

Datum:

Skickas med vid förfrågan om övertagande av specialanpassat hjälpmedel (en blankett per specialanpassat hjälpmedel)

Kontaktperson med kännedom om aktuellt specialanpassat hjälpmedel

Namn
Hjälpmedelsverksamhet
Befattning
Telefon
E-post
Produktnamn/ Individnummer/ Specialanpassningsnummer

Vid överköp av hjälpmedel som specialanpassats av hjälpmedelsverksamhet är Läkemedelsverkets bedömning att tillverkansvar ska gå över till den köpandes hjälpmedelsverksamhet. Vid överköp ska all dokumentation föras över till köpande verksamhet.

☐ Dokumentation gällande specialanpassningen finns och kan fås vid begäran (ex anvisning, förklaring, teknisk dokumentation, bruksanvisning)

☐ Det aktuella hjälpmedlet är specialanpassat av annan tillverkare än säljande hjälpmedelsverksamhet, vilket innebär att tillverkansvaret kvarstår hos tillverkaren.

Ange tillverkare:

Datum:

Skickas till berörd förskrivare

Person inflyttad från annan region/kommun och som har hjälpmedel med sig

Personnummer och namn
Adress
Postadress
Telefon

Hjälpmedelsverksamheten har fått förfrågan gällande övertagande av hjälpmedel som ovanstående person tagit med sig vid flytt till vår region. Förfrågan avser hjälpmedel i bifogad lista.

☐ Hjälpmedelsverksamheten ställer sig positiv till övertagande av hjälpmedlen. Vi behöver därför din hjälp med ställningstagande om hjälpmedlet/ hjälpmedlen är relevanta för ovanstående person i nuvarande situation och om hjälpmedlen är i funktionsdugligt skick.

☐ Hjälpmedelsverksamheten avser inte att överta dessa hjälpmedel. Vi önskar därför ha din hjälp med att förse brukare med hjälpmedel inom vårt sortiment som kan ersätta dessa.

Kontakta/besked lämnas inom 30 dagar till:
