

Lagrådsremiss

Hälso- och sjukvårdens beredskap

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 16 april 2025

Acko Ankarberg Johansson

Sarah Cagnell
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

Lagrådsremissen innehåller förslag som syftar till att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap i händelse av kris och krig.

Förslagen innebär att det införs förtydliganden i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om vilka skyldigheter kommuner och regioner har att erbjuda vård och hjälpa varandra under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd. Förslagen innebär även att kommuners, regioners och vårdgivares skyldigheter förtydligas i situationer när ett katastroftillstånd inte upphör trots hjälp. Det föreslås också bestämmelser som tydliggör kommuners och regioners skyldighet att planera för bl.a. händelser som medför ett stort antal skadade och sjuka. Det föreslås även en skyldighet för kommuner och regioner att lagerhålla sjukvårdsprodukter. Därtill föreslås vissa nya och ändrade bemyndiganden.

I lagrådsremissen föreslås även en ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) som innebär en utvidgning av hälso- och sjukvårdspersonals skyldighet att lämna uppgifter till Försvarsmakten under höjd beredskap. Det föreslås också en ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap som innebär att den lagens bestämmelser om hjälp inte ska tillämpas i de fall bestämmelser om hjälp i hälso- och sjukvårdslagen är tillämpliga.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2026, förutom lagändringarna om lagerhållningsskyldighet som föreslås träda i kraft den 1 januari 2027.

Innehållsförteckning

1	Beslut	5
2	Lagtext	6
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.....	6
2.2	Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	7
2.3	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	8
3	Ärendet och dess beredning	15
4	Hälso- och sjukvård är en viktig samhällsfunktion som måste kunna upprätthållas under alla förhållanden	16
4.1	Regeringens arbete med krisberedskap och civilt försvar i hälso- och sjukvården	17
4.1.1	Några begrepp	17
4.1.2	Grundläggande principer och ansvarsfördelning inom krisberedskapen och det civila försvaret	17
4.1.3	Totalförsvarspropositionerna är viktiga utgångspunkter	18
4.1.4	Finansiering av åtgärder inom krisberedskap och civilt försvar.....	19
4.1.5	Arbetet med att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap är omfattande och långsiktigt.....	21
4.1.6	Etiska principer för prioriteringar i vården.....	21
5	Planering och samverkan inför och under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd	22
5.1	Planeringen av hälso- och sjukvården behöver ske utifrån tydliga utgångspunkter.....	22
5.2	Skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård som är nödvändig för liv och hälsa under fredstida krissituationer och höjd beredskap	23
5.3	Det ska införas ett nytt begrepp i hälso- och sjukvårdslagen för situationer då resurserna är otillräckliga	39
5.4	Bestämmelser om regioners och kommuners planering av hälso- och sjukvården	44
5.4.1	Skyldighet för kommuner och regioner att följa planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap.....	54
5.5	Nya och ändrade bemyndiganden i hälso- och sjukvårdslagen	62
5.6	Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra under ett katastroftillstånd	67

5.7	Bestämmelser om kvalificerat katastroftillstånd och den vård som ska bedrivas under sådana förhållanden.....	88
6	Skyldighet för kommuner och regioner att lagerhålla sjukvårdsprodukter.....	100
6.1	God vård kräver tillgång till sjukvårdsprodukter.....	100
6.2	Ansvar för tillgång till sjukvårdsprodukter som behövs i hälso- och sjukvården.....	100
6.3	Åtgärder för att förbättra lagerhållningen av sjukvårdsprodukter	101
6.4	Kommuner och regioner ska lagerhålla sjukvårdsprodukter i viss omfattning.....	102
7	Utvidgning av hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att lämna uppgifter	112
8	Behandling av personuppgifter	116
9	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	121
10	Konsekvenser av förslagen	122
10.1	Syfte och alternativa lösningar samt konsekvenser om inga åtgärder vidtas	122
10.2	Konsekvenser för totalförsvaret och hälso- och sjukvårdens beredskap.....	122
10.3	Konsekvenser för patienter och allmänhet	123
10.4	Konsekvenser för statliga myndigheter	123
10.4.1	Socialstyrelsen.....	123
10.4.2	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.....	124
10.4.3	Försvarsmakten.....	124
10.4.4	Inspektionen för vård och omsorg	125
10.4.5	Länsstyrelserna	125
10.4.6	Läkemedelsverket.....	125
10.4.7	De allmänna domstolarna	125
10.5	Konsekvenser för kommuner och regioner.....	126
10.5.1	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	126
10.5.2	Finansieringsfrågor.....	127
10.6	Konsekvenser för andra vårdgivare.....	131
10.7	Konsekvenser för företag som verkar inom försörjningskedjan för sjukvårdsprodukter.....	131
10.8	Konsekvenser för miljön	132
10.9	Konsekvenser för jämställdheten.....	132
10.10	Övriga konsekvenser	132
11	Författningskommentar.....	132
11.1	Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.....	132
11.2	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	133

11.3	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	134
Bilaga 1	Sammanfattning av delbetänkandet En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19) i nu aktuella delar.....	150
Bilaga 2	Delbetänkandets lagförslag i nu aktuella delar.....	155
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanserna	158
Bilaga 4	Sammanfattning av slutbetänkandet Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6) i nu aktuella delar.....	160
Bilaga 5	Slutbetänkandets lagförslag i nu aktuella delar	168
Bilaga 6	Förteckning över remissinstanserna	177

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap,
2. lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659),
3. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

5 §¹

Kommuner och regioner som befolkningen lämnar på grund av utrymning är skyldiga att i skälig omfattning lämna hjälp till de kommuner och regioner som i större omfattning får ta emot befolkningen.

Vad som sägs i första stycket gäller inte om annat följer av 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.

2.2 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs att 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

15 §¹

Utöver vad som annars följer av lag eller förordning är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att lämna ut sådana uppgifter som

1. gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett enskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten, Skatteverket eller Tullverket,

1. gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning, om uppgifterna i ett enskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten, Skatteverket, Tullverket *eller, under höjd beredskap, av Försvarsmakten,*

2. begärs av Säkerhetspolisen i ett enskilt fall och behövs i myndighetens verksamhet för personskydd för

a) statschefen, tronföljaren, en annan medlem av kungahuset, en talman, en riksdagsledamot, statsministern, ett statsråd, en statssekreterare eller kabinetssekreteraren,

b) en person vars personskydd Säkerhetspolisen ansvarar för i samband med statsbesök och liknande händelser, eller

c) en person som Säkerhetspolisen i ett enskilt fall har beslutat om personskydd för,

3. begärs av Säkerhetspolisen i ett enskilt fall och behövs i myndighetens verksamhet för att förebygga, förhindra eller upptäcka brottslig verksamhet som innefattar terroristbrottslighet eller brott enligt 18 eller 19 kap. brottsbalken eller annat brott mot Sveriges säkerhet,

4. behövs för en rättsmedicinsk undersökning,

5. Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor behöver för sin verksamhet,

6. behövs för prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning eller polisprogrammet, eller

7. behövs för prövning av någons lämplighet att ha körkort, traktorkort eller taxiförarlegitimation enligt taxitrafiklagen (2012:211).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.

¹ Senaste lydelse 2025:180.

2.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Häri genom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
*dels att nuvarande 8 kap. 10 § ska betecknas 8 kap. 11 §,
dels att 6 kap. 1 och 2 §§ och 7 kap. 2 § ska ha följande lydelse,
dels att det ska införas ett nytt kapitel, 16 a kap., nio nya paragrafer,
2 kap. 9 §, 7 kap. 2 b–2 d §§, 8 kap. 10 §, 11 kap. 2 a–2 c §§ och 12 kap.
7 §, och närmast före 16 a kap. 1, 2, 5, och 9 §§ nya rubriker av följande
lydelse.*

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

9 §

Med katastroftillstånd avses i denna lag att

1. en kommun eller region inte kan erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa av den anledningen att resurserna är otillräckliga, och

2. det inte är möjligt för den kommunen eller regionen att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna.

6 kap.

1 §¹

Regeringen får meddela föreskrifter om

1. att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner,

2. hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara, och

3. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

1. att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner, och

2. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,

2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,

3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, och

4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.

3. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda,

4. hälso- och sjukvård under fredstida krissituationer och höjd beredskap,

5. planering för att hantera katastroftillstånd och händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, och

6. planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap.

7 kap.

2 §²

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.

Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Regionen ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

2 b §

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för

1. katastroftillstånd,

2. händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, och

3. andra händelser som allvarligt kan inverka på regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter enligt 8 kap. eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård.

Regionen ska särskilt beakta behovet av gemensam planering med kommuner inom regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja i situationer som avses i första stycket.

² Senaste lydelse 2019:973. Ändringen innebär att tredje stycket tas bort.

2 c §

Regionen ska följa de föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap som har meddelats med stöd av 6 kap. 2 § 6.

2 d §

Regionen ska på begäran lämna de uppgifter som behövs för att ta fram föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. Uppgifterna ska lämnas till den myndighet som regeringen bestämmer.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgiftsskyldighet enligt första stycket.

8 kap.

10 §

Regionen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som regionen ska erbjuda enligt denna lag.

Regeringen får meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning.

11 kap.

2 a §

Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för

- 1. katastroftillstånd,*
- 2. händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, och*
- 3. andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter enligt 12 kap. eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård.*

Kommunen ska särskilt beakta behovet av gemensam planering med regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja i situationer som avses i första stycket.

2 b §

Kommunen ska följa de föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap som har meddelats med stöd av 6 kap. 2 § 6.

2 c §

Kommunen ska på begäran lämna de uppgifter som behövs för att ta fram föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. Uppgifterna ska lämnas till den myndighet som regeringen bestämmer.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgiftsskyldighet enligt första stycket.

12 kap.

7 §

Kommunen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som kommunen ska erbjuda enligt denna lag.

Regeringen får meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning.

16 a kap. Särskilda skyldigheter under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd

Skyldighet att erbjuda vård

1 §

Kommuner och regioner ska under fredstida krissituationer och höjd beredskap endast vara skyldiga att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Skyldighet att lämna hjälp

2 §

Kommuner och regioner ska skyndsamt lämna hjälp till andra kommuner eller regioner där det råder katastroftillstånd.

Om det i en kommun eller region råder katastroftillstånd eller om en kommun eller region inom överskådlig tid kan antas hamna i ett sådant tillstånd, är den kommunen eller regionen inte skyldig att lämna hjälp enligt första stycket.

En kommun eller region är trots vad som anges i andra stycket skyldig att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.

3 §

En kommun eller region som behöver eller kan antas komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta till den myndighet som regeringen bestämmer.

4 §

Kommuner, regioner och statliga myndigheter ska på begäran av den myndighet som regeringen bestämmer samverka särskilt i frågor om att lämna hjälp enligt 2 §.

Beslut om hjälp

5 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får i ett enskilt fall besluta att en kommun eller region ska lämna hjälp enligt 2 § och om omfattningen av sådan hjälp, om det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region saknar förutsättningar att ordna tillräcklig hjälp på egen hand eller genom samverkan enligt 4 §.

Beslut enligt första stycket får inte överklagas.

6 §

Kommuner och regioner ska på begäran lämna de uppgifter som behövs i ärenden om hjälp enligt 5 § till den myndighet som regeringen bestämmer.

7 §

Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter om ärenden om hjälp enligt 5 §.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om anmälan om hjälp enligt 3 §, samverkan i frågor om att lämna hjälp enligt 4 § och uppgiftsskyldighet enligt 6 §.

8 §

En kommun eller region som efter beslut enligt 5 § har lämnat hjälp har rätt till skälig ersättning för hjälpen. Ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

Beslut om kvalificerat katastroftillstånd

9 §

Om det råder katastroftillstånd i en kommun eller region och det inte med stöd av 2 § eller på andra sätt är möjligt att ge den hjälp som krävs för att tillståndet ska upphöra, får regeringen besluta om kvalificerat katastroftillstånd i den kommunen eller regionen.

När förhållandena inte längre är sådana som avses i första stycket ska regeringen besluta att det kvalificerade katastroftillståndet inte längre ska gälla.

10 §

Om ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd har meddelats enligt 9 §, ska den kommun eller region som beslutet avser så långt det är möjligt

1. erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa, och

2. fullgöra sina skyldigheter när det gäller 5 kap. 1 § 1, 2, 4 och 5 och 5 kap. 2 och 4 §§.

Första stycket 2 gäller även andra vårdgivare som bedriver verksamhet i en sådan kommun eller region.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2027 i fråga om 8 kap. 10 § och 12 kap. 7 § och i övrigt den 1 januari 2026.

3 Ärendet och dess beredning

Regeringen beslutade den 9 augusti 2018 att ge en särskild utredare i uppdrag att se över hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt att lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera sådana händelser borde utvecklas på lång sikt (dir. 2018:77). Enligt tilläggsdirektiv som beslutades den 14 november 2019 fick utredaren även i uppdrag att överväga och analysera vilka åtgärder som behövs för att förebygga och hantera situationer med brist på hälso- och sjukvårdsmaterial samt läkemedel under förhållanden då inte någon allvarlig händelse i övrigt påverkar försörjningen (dir. 2019:83). Genom ytterligare tilläggsdirektiv som beslutades den 20 augusti 2020 fick utredaren även i uppdrag att under det fortsatta utredningsarbetet beakta erfarenheter av utbrottet av sjukdomen covid-19 (dir. 2020:84).

Utredningen, som tog namnet Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09), överlämnade i april 2020 delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23). Bedömningarna i betänkandet utgjorde underlag för propositionen Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30).

Utredningen överlämnade i mars 2021 delbetänkandet En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19). Vissa förslag i betänkandet har behandlats i propositionen Vissa frågor om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap (prop. 2022/23: 45). Utredningen överlämnade i februari 2022 slutbetänkandet Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6).

I denna lagrådsremiss behandlas de lagförslag i delbetänkandet SOU 2021:19 som avser krav på hälso- och sjukvården vid fredstida kris-situationer och höjd beredskap, vissa bemyndiganden och en skyldighet för kommuner och regioner att lagerhålla sjukvårdsprodukter för vård som de ska erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen. Övriga lagförslag i delbetänkandet bereds vidare inom Regeringskansliet.

En sammanfattning av delbetänkandet En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården i nu aktuella delar finns i *bilaga 1* och delbetänkandets lagförslag i nu aktuella delar finns i *bilaga 2*. Delbetänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. Remissyttrandena finns tillgängliga på regeringens webbplats (www.regeringen.se) och i Socialdepartementet (S2021/03085). Kompletterande remissyttrandena har därefter kommit in från Läkemedelsindustriföreningen och Föreningen för Generiska läkemedel och Biosimilarer. Remissyttrandena finns tillgängliga i Socialdepartementet (S2022/04125 och S2022/04123).

I lagrådsremissen behandlas de förslag i slutbetänkandet som handlar om krav på hälso- och sjukvården under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastrofer i hälso- och sjukvården. Övriga lagförslag i slutbetänkandet bereds vidare inom Regeringskansliet.

En sammanfattning av slutbetänkandet i nu aktuella delar finns i *bilaga 4* och slutbetänkandets lagförslag i nu aktuella delar finns i *bilaga 5*. Slutbetänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 6*. Remissyttrandena finns tillgängliga på

regeringens webbplats (www.regeringen.se) och i Socialdepartementet (S2022/01247). Efter remissbehandlingen har Integritetsskyddsmyndigheten getts tillfälle att under hand yttra sig över bedömningen om personuppgiftsbehandling med anledningen av förslaget om en utvidgad skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att lämna uppgifter till Försvarsmakten. Bedömningen behandlas i avsnitt 8.

4 Hälso- och sjukvård är en viktig samhällsfunktion som måste kunna upprätthållas under alla förhållanden

I hälso- och sjukvårdens kärnuppdrag ingår åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvård hör också sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. Kommuner och regioner är genom bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) bl.a. skyldiga att erbjuda befolkningen en god hälso- och sjukvård. Vårdskyldigheten är generellt uttryckt avgränsad till sådan vård som är medicinskt motiverad. Vården ska vara tillgänglig och patienter ska ges vård efter behov. Den som har det största behovet ska ges företräde till vården och vården ska ges inom den tid som är medicinskt motiverad.

Till de mest utmanande situationerna för hälso- och sjukvården hör händelser som medför ett stort antal samtidigt skadade eller sjuka, särskilt när inflödet av patienter ökar plötsligt. Andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att bedriva sjukvård är exempelvis avbrott i elförsörjningen eller elektroniska kommunikationer, cyberangrepp eller allvarlig brist på sjukvårdsprodukter eller andra förnödenheter som behövs för att utföra hälso- och sjukvård. Under höjd beredskap och ytterst krig kan utmaningarna och svårigheterna förväntas bli ännu större.

Hälso- och sjukvård är en viktig samhällsfunktion som har en central roll i totalförsvaret. Hälso- och sjukvården måste därför kunna bedrivas även under sådana svåra förhållanden som kan råda under fredstida krisituationer och i ännu högre grad under höjd beredskap och ytterst krig. Hälso- och sjukvårdslagen innehåller inte någon bestämmelse som medger att en kommun eller region, ens vid allvarliga kriser eller krig, frångår skyldigheterna att tillgodose befolkningens behov av god vård eller andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård. På motsvarande sätt förhåller det sig med bestämmelserna i t.ex. patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientlagen (2014:821).

Genom erfarenheterna av bl.a. covid 19-pandemin har det blivit tydligt att det kan förekomma situationer i hälso- och sjukvården då viss vård måste skjutas upp. Det har också visat sig att vårdresurserna i vissa fall kan vara så knappa och att vårdläget i en kommun eller region kan vara så ansträngt att det kan behövas hjälp av andra för att säkerställa att alla patienter får den vård de behöver. När det råder ytterst svåra förhållanden i samhället är det inte givet att vården alltid kommer att ha tillgång till de resurser som krävs för att ens ge vård som är nödvändig för liv och hälsa.

4.1 Regeringens arbete med krisberedskap och civilt försvar i hälso- och sjukvården

4.1.1 Några begrepp

Genom försvarsbeslutet 2015 då riksdagen fattade beslut om propositionen Försvarspolitisk inriktning – Sveriges försvar 2016–2020 återupptogs planeringen för totalförsvaret inklusive det civila försvaret (prop. 2014/15:109). *Civilt försvar* är en del av *totalförsvaret*, som är den verksamhet som behövs för att förbereda Sverige för krig, se 1 § lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap. I totalförsvaret ingår militär verksamhet (militärt försvar) och civil verksamhet (civilt försvar).

Krisberedskap kan beskrivas som förmågan att förebygga, motstå och hantera krissituationer. Syftet med svensk krisberedskap är att värna befolkningens liv och hälsa, samhällets funktionalitet och förmågan att upprätthålla grundläggande värden som demokrati, rättssäkerhet och mänskliga fri- och rättigheter. Av budgetpropositionen för 2025 framgår att krisberedskapen inte är dimensionerad för att hantera krig men utgör en utgångspunkt för det civila försvaret. En ökad förmåga i det civila försvaret bidrar i stor utsträckning till att stärka krisberedskapen. Arbetet med krisberedskapen bör även bidra till att minska lidande och konsekvenser av allvariga olyckor och katastrofer i andra länder.

Fredstida krissituationer definieras i 6 § förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap som situationer som avviker från det normala, drabbar många människor, stora delar av samhället eller hotar grundläggande värden, innebär en allvarlig störning eller en överhängande risk för en allvarlig störning av viktiga samhällsfunktioner, och kräver samordnade och skyndsamma åtgärder från flera aktörer (se avsnitt 5.2).

Höjd beredskap definieras i 1 och 3 §§ lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap. Enligt lagen är höjd beredskap antingen skärpt eller högsta beredskap. Det beskrivs som sådana situationer när Sverige är i krigsfara eller krig eller det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara (se avsnitt 5.2). Är Sverige i krig råder högsta beredskap.

4.1.2 Grundläggande principer och ansvarsfördelning inom krisberedskapen och det civila försvaret

Fördelningen av ansvar och roller inom krisberedskapen och det civila försvaret bygger bl.a. på de grundläggande principerna om ansvar, närhet och likhet samt det geografiska områdesansvaret.

- *Ansvarsprincipen* innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden också har motsvarande ansvar vid kriser eller samhällsstörningar eller höjd beredskap och ytterst krig. Aktörerna har ett ansvar att agera även i osäkra lägen samt att vidta de åtgärder som krävs för att skapa både robusthet och krishanteringsförmåga. Den utökade ansvarsprincipen innebär att aktörerna ska stödja och samverka med varandra.

- *Närhetsprincipen* innebär att kriser och/eller samhällsstörningar ska hanteras där de inträffar och av dem som är närmast berörda och ansvariga.
- *Likhetsprincipen* innebär att aktörer inte ska göra större förändringar i organisationen än vad situationen kräver. Verksamheten under kriser och/eller samhällsstörningar ska fungera som vid normala förhållanden, så långt det är möjligt.
- *Det geografiska områdesansvaret* finns på flera nivåer. Regeringen har ansvaret på den nationella nivån, där myndigheter stöder regeringen i hanteringen. De civilområdesansvariga länsstyrelserna har fr.o.m. den 1 oktober 2022 ett geografiskt områdesansvar inom det civila försvaret för den högre regionala nivån som civilområdena utgör. Länsstyrelsen är geografiskt områdesansvarig på den regionala nivån och har därför en sammanhållande och stödjande roll inom krisberedskap och civilt försvar i länet, medan kommunerna har det geografiska områdesansvaret på lokal nivå.

Den författningsreglerade ansvarsfördelningen inom samhällets krisberedskap och civila försvar bygger för statliga myndigheter på förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap. Förordningen innehåller bestämmelser om uppgifter som statliga myndigheter under regeringen har inför och vid fredstida krissituationer och höjd beredskap. Bestämmelserna i denna förordning syftar till att statliga myndigheter genom sin verksamhet ska minska sårbarheten i samhället och utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter inför och vid fredstida krissituationer och höjd beredskap.

För kommuner och regioner regleras ansvaret för krisberedskapen, dvs. förmågan att förebygga, motstå och hantera krissituationer, och ansvaret för förberedelser för och verksamhet under höjd beredskap i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH) och i förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (FEH). Där anges vilka åtgärder kommuner och regioner ska vidta inför och vid fredstida krissituationer och inför höjd beredskap. Bestämmelserna i lagen och förordningen syftar till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred och under höjd beredskap. Kommuner och regioner ska därigenom också uppnå en grundläggande förmåga till civilt försvar.

4.1.3 Totalförsvarspropositionerna är viktiga utgångspunkter

Hälso- och sjukvården måste fungera även i händelse av kris och krig. Erfarenheterna från covid-19-pandemin har ytterligare satt ljuset på behovet av en stärkt beredskap. Vid arbetet med att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap är regeringens propositioner om totalförsvaret viktiga utgångspunkter. Med propositionen Totalförsvaret 2021–2025 som grund har regeringen arbetat med en rad reformer och åtgärder som ska

stärka sjukvården som en del av det civila försvaret och öka dess motståndskraft (prop. 2020/21:30).

I propositionen Totalförsvaret 2021–2025 anges att utgångspunkten för planeringen av totalförsvaret bör vara att under minst tre månader kunna hantera en säkerhetspolitisk kris i Europa och i Sveriges närområde som innebär allvarliga störningar i samhällets funktionalitet samt krig under del av denna tid. Att säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna inkluderar att upprätthålla en nödvändig försörjning. Det innebär som regel en lägre ambitionsnivå än i ett fredstida normalläge (prop. 2020/21:30 s. 29).

När det gäller hälso- och sjukvård i det civila försvaret uttalar regeringen, i likhet med Försvarsberedningen, att vård inte kommer att kunna bedrivas på samma sätt i krig som i vardagen och att alla fredstida krav i lagstiftningen inte kommer att kunna upprätthållas. Det behövs därför vägledning på nationell nivå kring vilken vård som kommuner och regioner kan prioritera bort och vilken vård som alltid ska kunna upprätthållas. Den civila hälso- och sjukvården bör vid krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Sådan vård ska säkerställas för såväl civila som militär personal. Regeringen uttalar också att den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen (den etiska plattformen, se avsnitt 4.1.6) gäller vid prioritering av vårdbehov. Trots att den allmänna vårdstandarden inte kan vara densamma bör de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt som möjligt motsvara den nivå som gäller vid ett normalläge i fred (prop. 2020/21:30 s. 130).

Den 15 oktober 2024 överlämnade regeringen propositionen Totalförsvaret 2025–2030 till riksdagen (prop. 2024/25:34). Propositionen antogs av riksdagen den 17 december 2024. I den föreslås nya mål för totalförsvaret och för det militära och civila försvaret. Målet för det civila försvaret är att ha förmåga att säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna, att inom ramen för Natos kollektiva försvar och uppgifter i övrigt, bidra till det militära försvarets förmåga, skydda civilbefolkningen och upprätthålla försvarsviljan och samhällets motståndskraft mot externa påtryckningar. När det gäller hälso- och sjukvården i det civila försvaret bedömer regeringen i propositionen bl.a. att det finns behov av att förtydliga hur vård ska prioriteras under höjd beredskap och ytterst krig. Regeringen anser därför att det bör införas bestämmelser som ger vägledning till hälso- och sjukvården om vilken vård och behandling som ska prioriteras och kunna upprätthållas under höjd beredskap. Regeringen anför vidare att det bör införas bestämmelser som ska gälla för hälso- och sjukvården under förhållanden med mycket svår resursbrist. I sådana lägen behöver skarpa prioriteringar göras och flera av de krav som normalt ställs på hälso- och sjukvårdsverksamhet, i hälso- och sjukvårdslagen, kommer inte att kunna uppfyllas (prop. 2024/25:34 s. 134).

4.1.4 Finansiering av åtgärder inom krisberedskap och civilt försvar

Det finns vissa principer för kostnadsfördelningen mellan staten och kommunerna i fråga om fredstida krisberedskap och civilt försvar. Enligt propositionerna Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133) och Vårt framtida försvar (prop. 2004/05:5) är de grund-

läggande utgångspunkterna att de risk- och sårbarhetsreducerande åtgärder som inte avser höjd beredskap bör finansieras inom ramen för respektive myndighets eller annat organs ordinarie verksamhet samt att statens ansvar gentemot övriga aktörer endast bör avse de åtgärder där det rimligtvis inte kan förväntas att någon annan aktör ska eller kan vidta behövliga åtgärder.

Den kommunala finansieringsprincipen innebär att kommuner och regioner inte bör åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa på annat sätt än med höjda skatter. Principen omfattar statligt beslutade åtgärder som direkt avser den kommunala verksamheten. Den ska tillämpas när nya uppgifter görs obligatoriska och när frivilliga uppgifter blir obligatoriska för regioner och kommuner. Den ska vidare tillämpas när det kommunala ansvaret för en viss uppgift tar bort eller regelverken som styr kommunernas eller regionernas verksamheter upphävs eller om ambitionsnivåerna för befintliga kommunala uppgifter ändras. Den tillämpas också vid regeländringar som påverkar kommunernas möjligheter att ta ut avgifter eller deras möjligheter till andra inkomster.

I 5 kap. 1 § LEH föreskrivs att kommuner och regioner ska få ersättning av staten för kostnader för förberedande uppgifter som de utför enligt 2 och 3 kap. I 2 kap. LEH behandlas förberedelser för och verksamhet under extraordinära händelser i fredstid medan 3 kap. handlar om förberedelser för och verksamhet under höjd beredskap. Av bestämmelsen i 5 kap. 1 § LEH framgår det att uppgifter som rör extraordinära händelser i fredstid berättigar till ersättning endast i den mån verksamheten är till nytta för hanteringen av sådana mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet. I FEH finns bestämmelser om hur ersättningen bestäms och betalas ut.

Staten har också ingått överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om kommuners och regioners arbete med krisberedskap och civilt försvar. Särskilda överenskommelser om civilt försvar och försörjningsberedskap har ingåtts på hälso- och sjukvårdsområdet med innebörden att regionerna fått bidrag för att genomföra vissa insatser. Den 1 januari 2024 trädde förordningen (2023:489) om statsbidrag till regioner för hälso- och sjukvårdens beredskap i kraft. Förordningen ersätter tidigare överenskommelser och innebär att bidrag, i mån av tillgång till medel, får ges till regioner för kostnader för åtgärder som genomförs för hälso- och sjukvårdens beredskap inom områdena personalförsörjning, samverkan och ledning, beredskapsplanering, hantering av masskadehändelser samt utbildning och övning. Bidrag får även ges till regioner för kostnader för åtgärder inom andra områden som är prioriterade för regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap. För kommunernas del gäller sedan den 1 januari 2024 förordningen (2023:490) om statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap. Bidrag får enligt förordningen ges för åtgärder inom områdena krigsorganisation och krigsplacering, samverkan och ledning, kontinuitetshantering, beredskapsplanering, utbildning och övning, informationssäkerhet, målgruppsanpassad kriskommunikation och andra prioriterade områden.

Av propositionen Totalförsvaret 2025–2030 framgår det att regeringen inför en ekonomisk planeringsram för det civila försvaret i syfte att förbereda Sverige för höjd beredskap och ytterst krig (prop. 2024/25:34

s. 12). Med en ekonomisk planeringsram skapas förutsägbarhet, långsiktighet och transparens i inriktningen av det civila försvaret liksom en ökad möjlighet att prioritera och följa upp resultatet av de åtgärder som vidtas. Med utgångspunkt i den ekonomiska planeringsramen för det civila försvaret avser regeringen därför att stärka styrningen och uppföljningen inom området.

4.1.5 Arbetet med att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap är omfattande och långsiktigt

Arbetet med att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap utgår till stora delar från Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) förslag i betänkandena SOU 2021:19 och SOU 2022:6. Utöver de förslag som behandlas i denna lagrådsremiss ingår bland annat sjuktransporter, driftsäkra fastigheter och olika åtgärder för att stärka hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap i detta arbete. Att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga inom det civila försvaret är ett omfattande arbete med långa ledtider.

Regeringen har bl.a. beslutat om ett flertal myndighetsuppdrag och förordningar om statsbidrag till regioner och kommuner som syftar till att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap. Vidare har staten, som framgår av avsnitt 4.1.4, ingått överenskommelser med SKR om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar och försörjningsberedskap. Propositionen Vissa frågor om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap (prop. 2022/3:45) överlämnades till riksdagen i januari 2023 och de föreslagna ändringarna i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft den 1 juli 2023.

Regeringen gav under våren 2023 en särskild utredare i uppdrag att göra överväganden om kommuners och regioners grundläggande ansvar och huvudsakliga uppgifter inför och under fredstida kriser och höjd beredskap. Uppdraget redovisades i september 2024 i betänkandet Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig (SOU 2024:65). Betänkandet kommer att utgöra underlag för regeringens fortsatta överväganden när det gäller den grundläggande beredskapen hos kommuner och regioner.

I denna lagrådsremiss behandlas ett antal förslag från Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap som innebär att regelverket i hälso- och sjukvårdslagen kompletteras med bestämmelser som tydliggör kommuners och regioners ansvar och skyldigheter när det gäller vård som ska kunna erbjudas under kris och krig och den planering, samverkan och hjälp som behövs för att kunna hantera situationer då hälso- och sjukvårdens resurser inte räcker till för den vård som normalt ska erbjudas. Syftet är att genom sådana bestämmelser säkerställa ett rättsligt stöd för att nödvändiga åtgärder ska kunna vidtas, inklusive prioritering av vården, under fredstida krissituationer och höjd beredskap samt andra svåra situationer som kan drabba hälso- och sjukvården.

4.1.6 Etiska principer för prioriteringar i vården

Det övergripande målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en

vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Prioriteringar i hälso- och sjukvården utgår från den av riksdagen beslutade etiska plattformen, som bygger på följande tre grundläggande etiska principer:

- människovärdesprincipen: alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- behovs- och solidaritetsprincipen: resurserna bör fördelas efter behov, och
- kostnadseffektivitetsprincipen: vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Principerna är rangordnade i relation till varandra så att människovärdesprincipen är överordnad behovs- och solidaritetsprincipen, och kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de två andra principerna. Dessa etiska principer gäller både vid normala förhållanden i fredstid och vid fredstida kriser och i krig (propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, prop. 1996/97:60 s. 40 f.).

5 Planering och samverkan inför och under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd

5.1 Planeringen av hälso- och sjukvården behöver ske utifrån tydliga utgångspunkter

Hälso- och sjukvård behöver planeras. Syftet med de planeringsbestämmelser som finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är att kommuner och regioner ska kunna fullgöra skyldigheterna att erbjuda god vård och följa andra rättsliga krav för hälso- och sjukvård. Vid planeringen måste kommuner och regioner ta särskild hänsyn till att det krävs beredskap för att kunna hantera särskilt utmanande situationer, i både fred och krig. Sådan planering måste bl.a. grunda sig på analyser av vilka hot och risker som kan innebära särskilda utmaningar för kommuner och regioner att bedriva hälso- och sjukvård.

Totalförsvarsplaneringen återupptogs 2015 utifrån det förändrade säkerhetspolitiska läget i Sveriges närområde. Nuvarande planeringssystem för totalförsvaret, såsom det presenteras av Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), vänder sig till statliga myndigheter. Det är dock viktigt att även kommuner och regioner på ett tydligt sätt knyts till planeringssystemet.

När det gäller förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens planering kan det konstateras att sjuklighet och sjukdoms- och skadepanoraman, dvs. den

samlade bilden över sjukdomar i befolkningen eller konsekvenserna efter skadehändelser, som regel är relativt stabila över tid. Vid planering av hälso- och sjukvård är det därför vanligtvis möjligt att med relativt god precision förutse vilka vårdbehov och vårdvolymerna som ska tillgodoses och det är därmed även möjligt att anpassa resurserna efter behoven.

Vårdbehov och förutsättningar att utföra vård kan dock förändras hastigt. Det kan ske vid t.ex. stora olyckshändelser, terrorattentat, epidemier eller olika krigshandlingar. Sådana händelser kan medföra att det uppkommer behov av tillgång till vårdresurser för att akut omhänderta ett stort antal skadade eller sjuka, samtidigt som tillgången till sådana resurser som vården behöver kan minska, t.ex. om de globala logistik- och värdekedjorna påverkas. Vid krig finns det anledning att räkna med att behoven av hälso- och sjukvård kan öka högst avsevärt, främst genom tillkommande krigsskador, men även genom ett ökat antal infektionssjukdomar och olycksfall. Vissa andra antagonistiska handlingar kan också leda till förändrade sjuk- och skadepanoraman, exempelvis genom användandet av biologiska, kemiska, radiologiska eller nukleära medel.

För att en god beredskap ska säkerställas behöver planeringen ske utifrån tydliga utgångspunkter och, som regeringen framhåller i propositionen Totalförsvaret 2021–2025, behövs det bl.a. förtydliganden om den vård som ska kunna fortsätta upprätthållas även vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig (prop. 2020/21:30 s. 130).

5.2 Skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård som är nödvändig för liv och hälsa under fredstida krissituationer och höjd beredskap

Regeringens förslag: Kommuner och regioner ska under fredstida krissituationer och höjd beredskap endast vara skyldiga att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Utredningens förslag (SOU 2021:19) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningen föreslår att hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig ska ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå.

Remissinstanserna: Flertalet av de remissinstanser som yttrar sig, däribland *Försvarsmakten*, *Socialstyrelsen*, *Göteborgs kommun*, *Prioriteringscentrum* och *Medicinska fakulteten vid Linköpings Universitet*, *Region Gotland*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Region Stockholm*, *Statens medicinsk-etiska råd (Smer)* och *Sveriges Läkarförbund*, välkomnar att det tydliggörs vilka förväntningar som ska finnas på vården vid kris och krig. Flera remissinstanser, såsom *Folkhälsomyndigheten* och *Socialstyrelsen*, instämmer i att den etiska plattformen bör gälla för den vård som ges under fredstida kriser och krig. Flera remissinstanser, som bl.a. *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)*, *Krigsvetenskapsakademien*, *Region Västmanland*, *Burlövs kommun*, *Göteborgs kommun*, *Region Halland* och *Region Skåne*, anser dock att innebörden av begreppet vård som inte kan anstå bör förtydligas. *Sveriges Läkarförbund* framför att vad som utgör vård som inte kan anstå är en fråga för den medicinska professionen att bedöma. *Region Gävleborg*

avstyrker utredningens författningsförslag med motiveringen att det saknas en entydig definition av begreppet vård som inte kan anstå, vilket innebär att det inte heller är fastslaget vilken kapacitet som krävs för att utföra denna vård. Ett ska-krav riskerar enligt regionen att leda till en osäker tillämpning.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och flera regioner och kommuner anser att det framstår som ett högt ställt krav att hälso- och sjukvården ska ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå. Flera regioner förordar att ordet ska byts ut till ordet bör. Bland annat SKR efterlyser ett tydligare stöd för att bestämma vilken vård som inte ska bedrivas, och lämnar förslag på hur en sådan bestämmelse kan utformas. Bland andra Göteborgs kommun anser att det behövs ett förtydligande av vad vård som inte kan anstå innebär för den kommunala hälso- och sjukvården. Försvarsmakten lyfter att det kan övervägas om bestämmelsen ska vara tillämplig även under höjd beredskap för att harmonisera med de bemyndiganden som föreslås. IVO anser att man i ett fortsatt lagstiftningsarbete närmare bör klargöra innebörden av begreppet fredstida kriser. Krigsvetenskapsakademien anser att begreppet vård som inte kan anstå kan fungera i den akuta situationen, men är för otydligt och inte tillräckligt förpliktande som dimensionerande planeringsmål. Prioriteringscentrum och Medicinska fakulteten vid Linköpings universitet ser en risk för att den målbild som utredningen föreslår inte kommer att ge bättre förutsättningar för stöd till prioritering i samband med fredstida kriser och krig.

Skälen för regeringens förslag

Reglering under kris och krig

Det finns bestämmelser som anger hur det svenska samhället ska fungera under fredstida krissituationer och höjd beredskap och för hur samhället ska planera och förbereda sig för sådana situationer.

I 15 kap. regeringsformen finns ett särskilt kapitel med bestämmelser om krig och krigsfara för att bl.a. underlätta beslutsfattande samt förutsättningar för staten att kunna ingripa i enskilda individers fri- och rättigheter. Vidare finns bestämmelser i lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap och i den anslutande förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap, som syftar till att samtliga statliga myndigheter genom sin verksamhet ska utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter inför och vid höjd beredskap.

Förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap innehåller bestämmelser om uppgifter som statliga myndigheter under regeringen har inför och vid fredstida krissituationer och höjd beredskap. Syftet med förordningen är att statliga myndigheter under regeringen genom sin verksamhet ska minska sårbarheten i samhället och utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter vid fredstida krissituationer och höjd beredskap (1 § samma förordning).

I lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH) och i den anslutande förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (FEH) finns bestämmelser som syftar till att kommuner och regioner

ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred samt uppnå en grundläggande förmåga till civilt försvar.

Riksdagen har beslutat ett antal andra lagar som ska stärka landets totalförsvar under krig eller krigsfara, s.k. fullmaktslagar. Vid krig tillämpas lagarna utan särskilt beslut om det. Vid krigsfara tillämpas lagarna efter regeringens beslut. Enligt 13 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap innebär beredskapslarm att vissa lagar omedelbart ska tillämpas i sin helhet. Exempel på sådana fullmaktslagar är lagen (1957:684) om betalningsväsendet under krigsförhållanden, krigshandelslagen (1964:19), förfogandelagen (1978:262), ransoneringslagen (1978:268), arbetsrättsliga beredskapslagen (1987:1262), lagen (1988:97) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m., prisregleringslagen (1989:978) och lagen (1992:1402) om undanförsel och förstöring. Det finns dock inga motsvarande regler som kan tillämpas i fredstida kris-situationer.

Vård i krig enligt den internationella humanitära rätten

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller inga särskilda bestämmelser om vilken hälso- och sjukvård som ska upprätthållas under kris eller krig. Däremot finns det inom den internationella humanitära rätten (krigets lagar) bestämmelser som hälso- och sjukvården måste ta hänsyn till. Kärnan i den humanitära rätten utgörs i dag av de fyra Genèvekonventionerna med tillhörande tilläggsprotokoll (Genèvekonventionen den 12 augusti 1949 angående förbättrande av sårades och sjukas behandling vid stridskrafterna i fält [SÖ 1953:14], Genèvekonventionen den 12 augusti 1949 angående förbättrande av behandlingen av sårade, sjuka och skeppsbrutna tillhörande stridskrafterna till sjöss [SÖ 1953:15], Genèvekonventionen den 12 augusti 1949 angående skydd för civilpersoner under krigstid [SÖ 1953:17], Genèvekonventionen den 12 augusti 1949 rörande skydd för offren i icke-internationella väpnade konflikter [SÖ 1953:14-17]), Tilläggsprotokoll I den 8 juni 1977 till Genèvekonventionerna den 12 augusti 1949 rörande skydd för offren i internationella väpnade konflikter [SÖ 1979:22], Tilläggsprotokoll II den 8 juni 1977 till Genèvekonventionerna den 12 augusti 1949 rörande skydd för offren i icke-internationella väpnade konflikter [SÖ 1979:23] och Tilläggsprotokoll III den 8 december 2005 till Genèvekonventionerna den 12 augusti 1949 rörande antagande av ytterligare ett kännetecken). Sverige är part i konventionerna och är således rättsligt bundet att följa traktaterna. Den internationella humanitära rättens regler är tillämpliga under väpnade konflikter, okkupation samt neutralitet.

Enligt Genèvekonventionerna ska sårade och sjuka få den sjukvård och omsorg som deras tillstånd kräver, oavsett om de är stridande eller civila eller vilken part i konflikten de tillhör. Ingen åtskillnad får göras mellan dem av andra skäl än medicinska. Förtur till vård mellan sårade och sjuka får endast grundas på trängande medicinska skäl (artikel 12 i Genèvekonventionen den 12 augusti 1949 rörande skydd för offren i icke-internationella väpnade konflikter [GKI], och artikel 10 i Tilläggsprotokoll I till Genèvekonventionerna den 12 augusti 1949 [TPI]). Detta gäller även

i icke-internationella väpnade konflikter. Enligt Internationella Rödakorskommittén (ICRC) klargör artikel 12 att andra faktorer än trängande medicinska skäl inte kan motivera förtur till vård. Av detta följer att militära behov aldrig får åberopas för att motivera sådana åtskillnader. Vad som närmare utgör trängande medicinska skäl anges inte i den humanitära rätten. Enligt ICRC är det allmänt accepterat att det är reglerna för medicinsk etik och accepterade standarder för den medicinska professionen som styr dessa beslut (§1421–1425 ICRC, Commentary on the First Geneva Convention: Convention [I] for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field, 2nd edition, 2016 och §451–454 I ICRC:s kommentarer till TPI, 1958).

Barn är särskilt sårbara i krig och konflikter. Enligt Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) har barn bl.a. rätt till bästa möjliga hälsa (artikel 24), barn som utsätts för eller upplever våld, övergrepp och väpnade konflikter har rätt till skydd, stöd och rehabilitering (artikel 19 och 39).

Grundläggande skyldigheter och etiska principer för hälso- och sjukvården

Kommuner och regioner är enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att tillgodose befolkningens behov av vård i alla lägen, dvs. i ett normalläge och vid kris och krig. Skyldigheter att erbjuda vård regleras i 8 och 12 kap. HSL och omfattar sjukvårdshuvudmännen, dvs. regioner och kommuner.

Regionen ska enligt 8 kap. 1 § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Enligt förarbetena ska tolkningen av bosättningsbegreppet utgå från bestämmelserna i folkbokföringslagen (1991:481). Regionens ansvar för hälso- och sjukvården är dock inte alltid begränsat till dem som omfattas av bosättningskravet. Detta framgår av bestämmelserna i andra meningen i samma bestämmelse och i 8 kap. 2–4 §§ HSL. Ansvaret kan också utökas enligt 8 kap. 5 § HSL.

Kommunernas skyldigheter regleras i 12 kap. HSL och omfattar bl.a. personer i vissa boendeformer. I 12 kap. 1 § HSL anges vem som omfattas av kommunens ansvar för hälso- och sjukvård och i bestämmelsen hänvisas till 5 kap. socialtjänstlagen (2001:453). En ny socialtjänstlag föreslås träda i kraft den 1 juli 2025, i fortsättningen benämnd nya socialtjänstlagen eller nya SoL (se prop. 2024/25:89). Därför görs hänvisningar till paragrafer i den nya socialtjänstlagen i det följande. Av 8 kap. 4 § nya SoL framgår att kommunens skyldighet gäller i särskilt boende för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. Den gäller också bostäder med särskilt stöd för dem som till följd av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring (8 kap. 11 § nya SoL). Av propositionen om stöd och service till vissa funktionshindrade framgår att ansvaret också gäller för barn och ungdomar respektive vuxna personer som vistas i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (prop. 1992/93:159 s. 182).

Det övergripande målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § första stycket HSL). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av

hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § andra stycket HSL). Den hälso- och sjukvård som ges ska vara av god kvalitet och stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, se 5 kap. HSL, 3 kap. och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821). Det innebär bl.a. att det ska finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att en god vård ska kunna ges. En god vård innebär också att en patient snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövt. I 4 kap. 1 § HSL anges vidare att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

De aktuella bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och patientlagen bygger på människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer brukar sammantaget benämnas den nationella prioriteringsplattformen eller den etiska plattformen och beskrivs i propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60). I propositionen redovisas även vissa riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som ska vara vägledande för dem som i olika sammanhang har att fatta beslut som rör prioriteringar i vården.

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurserna bör fördelas efter behov. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de båda andra principerna.

Riktlinjerna för prioriteringar av vård och behandling exemplifieras i propositionen i breda prioriteringsgrupper (I–IV). I prioriteringsgrupp I ingår vård av livshotande akuta sjukdomar och skador, vård av sjukdomar och skador som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede, och vård av människor med nedsatt autonomi. I prioriteringsgrupp II ingår prevention och habilitering/rehabilitering. I grupp III och IV ingår vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar respektive vård av andra skäl än sjukdom eller skada. I propositionen understryks att vårdbehovet i varje enskilt fall måste bedömas utifrån förutsättningar i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad hos en och samma patient vid olika tidpunkter, och därmed förändras även behovet av vård (prop. 1996/97:60 s. 31–38).

Det finns kunskapsstöd för vårdens prioriteringar i kris och krig

I Socialstyrelsens kunskapsstöd Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer – Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap (www.socialstyrelsen.se, juni 2022) finns riktlinjer för högt prioriterad vård. Myndigheten har utgått från de riktlinjer för prioritering och exempel på vad som är högt prioriterad vård som framgår av prop. 1996/97:60.

Stödet syftar till att vara en övergripande vägledning för hälso- och sjukvårdens beredskap på nationell, regional och lokal nivå. Det ska bl.a. kunna ligga till grund för en nationell masskadeplan, ett nationellt system för masskadetriage (sortering och prioritering av patienter vid en masskadehändelse) och regionala masskadeplaner. Syftet är ytterst att stödja regioner och kommuner i förberedelsearbetet inför svåra prioriteringssituationer så att högt prioriterad vård inte ska riskera att ransoneras före lågt prioriterad vård. Dokumentet vänder sig framför allt till beslutsfattare i hälso- och sjukvården i regioner och kommuner, t.ex. tjänstemän, verksamhetschefer eller politiker. Kunskapsstödet ska ge vägledning för den strategiska inriktningen och planeringen för prioriteringar på gruppnivå. Stödet kan även vara en etisk grund för vårdpersonalen i samband med konkreta beslut om prioriteringar på individnivå.

Det ska införas regler om vilken vård som ska erbjudas i kris och krig

Vid krig förutsätts den civila hälso- och sjukvården hantera huvuddelen av de samlade civila och militära sjukvårdsbehoven. I sådana situationer, liksom vid fredstida krissituationer, kommer de vårdbehov som finns normalt att kvarstå, samtidigt som det tillkommer behov av att även kunna omhänderta ett mycket stort antal andra sjuka eller skadade. I propositionen Totalförsvaret 2021–2025 betonas att vård inte kommer att kunna bedrivas på samma sätt i krig som i vardagen och att alla fredstida krav i lagstiftningen inte kommer att kunna upprätthållas (prop. 2020/21:30 s. 139). Enligt propositionen behövs det därför vägledning på nationell nivå kring vilken vård som kommuner och regioner kan prioritera bort och vilken vård som alltid ska kunna upprätthållas. Sådan vård ska säkerställas för såväl civila som för militär personal. I propositionen uttalas även att den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen gäller vid prioritering av vårdbehov. Trots att den allmänna vårdstandarden inte kan vara densamma bör de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt som möjligt motsvara den nivå som gäller vid ett normalläge i fred (prop. 2020/21:30 s. 139).

Utredningen instämmer i att det behöver tydliggöras på nationell nivå vilken vård som kommuner och regioner kan prioritera bort och vilken vård som alltid ska kunna upprätthållas. Eftersom någon sådan vägledning inte finns i hälso- och sjukvårdslagen i dag föreslår utredningen att det ska införas en bestämmelse i lagen som slår fast vilken kapacitet hälso- och sjukvården ska ha vid fredstida kriser och i krig. Enligt utredningens förslag ska kravet avse en kapacitet att utföra vård som inte kan anstå.

Flertalet av de remissinstanser som yttrar sig, däribland *Försvarsmakten*, *Göteborgs kommun*, *Region Gotland*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Region Stockholm*, *Statens medicinsk-etiska råd (Smer)* och *Sveriges Läkarförbund*, välkomnar utredningens förslag om vilka förväntningar som ska finnas på vården vid kris och krig. *Socialstyrelsen* tillstyrker förslaget och delar bedömningen att det behövs tydlig vägledning på nationell nivå kring vilken vård som kommuner och regioner kan prioritera bort och vilken vård som alltid ska kunna upprätthållas. *Region Västmanland* och *Region Örebro* bedömer det som nödvändigt att slå fast lägstanivåer för den hälso- och sjukvård som ska

kunna upprätthållas vid kris och krig för att målen för krisberedskapen ska kunna nås. Detta skulle ge bättre förutsättningar för att kunna bygga det civila försvaret som en fortsättning på krisberedskapen.

Mot denna bakgrund anser regeringen att det finns skäl att i hälso- och sjukvårdslagen förtydliga vilken vård som ska kunna erbjudas vid fredstida kriser och i krig. Av en sådan reglering följer även indirekt vilken vård som kan prioriteras bort i de angivna situationerna.

Några remissinstanser, bl.a. *Region Dalarna*, *Region Skåne*, *Malmö kommun* och *Burlövs kommun*, invänder mot utredningens förslag att det i lag ska införas ett "ska-krav". Det kan enligt remissinstanserna medföra orimligt höga krav på kommuner och regioner. *SKR* och *Region Kronoberg* för fram att det i ett krig kommer vara utomordentligt svårt att i alla situationer upprätthålla vård som inte kan anstå. *SKR* framför att om ett eller flera sjukhus i en region slås ut kommer detta att vara omöjligt. Att leverera vård som inte kan anstå innebär enligt *SKR* väldigt stora krav på redundans och det skulle medföra mycket stora ekonomiska konsekvenser för regionen att i fredstid dimensionera sin organisation för att ha sådan kapacitet under höjd beredskap. *SKR* föreslår därför att bestämmelsen i stället ska ha följande utformning: "All offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska samordnas vid fredstida kriser och krig för att varje vårdgivares kapacitet att utföra eller bidra, inom ramen för tillgängliga resurser, till den hälso- och sjukvård som vid varje tidpunkt bedöms ha högst prioritet eller som inte kan anstå erbjuds befolkningen." En sådan skrivning skulle enligt *SKR* t.ex. ge sjukvårdshuvudmännen legala möjligheter att nyttja offentligt finansierade privata vårdgivares kapacitet vid fredstida kriser och krig utan föregående kompletterande upphandling. En liknande utformning föreslås av *Region Skåne*.

Till skillnad från *SKR* och flera kommuner och regioner anser regeringen att det behövs ett uttryckligt ska-krav i lag som anger vilken vård som ska kunna erbjudas. De förslag på utformning av bestämmelsen, som *SKR* m.fl. föreslår, innebär enligt regeringen inte ett tillräckligt tydligt krav på sjukvårdshuvudmännen att säkerställa en viss kapacitet att bedriva vård. Regeringen delar dock de farhågor som framkommer bl.a. i remissvar från *SKR* och *Region Kronoberg*, om att det kommer att vara mycket svårt eller omöjligt för en region eller en kommun att under extrema förhållanden, t.ex. krig, upprätthålla vård i den omfattning som utredningen föreslår. Därför föreslår regeringen bl.a. att det införs en bestämmelse om skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra när det finns brister i kapaciteten att upprätthålla viss vård (se avsnitt 5.6). Regeringen lämnar därtill förslag om ytterligare sänkta vårdkrav på kommuner, regioner och vårdgivare i sådana situationer där inte ens hjälp från bl.a. kommuner och regioner eller staten kan häva resursbristen (se avsnitt 5.7).

Kommuner och regioner ska erbjuda viss vård i kris och krig

När det gäller utformningen av bestämmelsen om den vård som ska kunna erbjudas i kris och krig föreslår utredningen att den begränsade vårdskyldigheten som ska införas i hälso- och sjukvårdslagen ska avse en kapacitet att utföra vård som inte kan anstå. Regeringen anser dock att utredningens förslag om ett krav på en viss kapacitet inte på ett tillräckligt

tydligt sätt ger stöd för vilken vård som kan prioriteras bort och vilken vård som alltid ska upprätthållas i kris och i krig. Kravet bör i stället utformas så att det uttryckligen framgår att kommuner och regioner endast ska vara skyldiga att erbjuda viss vård i kris och krig. En sådan utformning tydliggör i högre utsträckning vilken vård som kommuner och regioner förväntas utföra i kris och krig. Kravet innebär att det sätts en miniminivå för vilken vård som alltid ska upprätthållas under sådana svåra förhållanden. Om det finns kapacitet att utföra mer vård än det som följer av den begränsade skyldigheten, får den givetvis också utföras. Med en sådan utformning blir det även tydligare att kravet innebär en begränsning till viss del av det vårdansvar som kommuner och regioner har enligt bl.a. 8 kap. 1 § och 12 kap. 1 § HSL. I nämnda bestämmelser anges vilken vård som kommuner och region ska erbjuda, utan några begränsningar med hänsyn till särskilda förhållanden såsom fredstida krissituationer eller höjd beredskap. Kommuners och regioners vårdskyldighet är omfattande och innefattar i princip all vård som är medicinskt motiverad. Regeringens förslag innebär därför att den befintliga vårdskyldigheten sänks i kris och krig. Av detta följer även att det sänkta kravet på vilken vård som ska erbjudas under sådana förhållanden kommer att omfatta de särskilt definierade grupper av människor som framgår av bestämmelserna i 8 och 12 kap.

Det begränsade kravet ska däremot inte innebära att det görs undantag från andra skyldigheter som följer av hälso- och sjukvårdslagen, som exempelvis krav på en viss kvalitet på den vård som erbjuds (se t.ex. 5 kap. 1 § HSL).

Utredningen föreslår att det aktuella förslaget införs i 5 kap. HSL. Regeringen anser att förslaget bättre lämpar sig i ett nytt kapitel i hälso- och sjukvårdslagen, 16 a kap., som avser att samla bestämmelser om kommuners och regioners särskilda skyldigheter under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd (se avsnitt 5.6 och 5.7).

Regler om den vård som ska erbjudas i kris och krig ska endast omfatta sjukvårdshuvudmännen

Utredningen föreslår att den kapacitet som ska gälla vid kris och krig ska omfatta "hälso- och sjukvården". Flera remissinstanser, däribland SKR och flera kommuner och regioner, lyfter frågan om privata vårdgivares ansvar till följd av utredningens föreslagna bestämmelse, och svårigheterna för dessa att leva upp till det krav som uppställs. *Region Skåne* framför att det inte är rimligt att ge varje vårdgivare ett sådant ansvar som föreslås i utredningen, eftersom ett sådant uppdrag inte ingår i deras vardagsuppdrag. Regionen föreslår bl.a. att formuleringen ändras så att den ska omfatta offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Av 8 kap. 1 § och 12 kap. 1 § HSL följer att kommuner och regioner har ett ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som är folkbokförda i kommunen respektive i regionen. Motsvarande ansvar finns inte för vårdgivare. Privata aktörer inom hälso- och sjukvård kan ha vårdavtal med en kommun eller en region eller bedriva vård inom vårdvalssystem. Ansvaret för att erbjuda vård definieras då av avtalet eller den vård man valt att erbjuda inom vårdvalssystemet, men det handlar då om avgränsade delar av den hälso- och sjukvård som kommuner och regioner är skyldiga

att erbjuda. Huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården går dock inte att avtala bort, dvs. det är alltid regionen eller kommunen som har det yttersta ansvaret för att erbjuda vård (jfr 15 kap. 1 § HSL). Det finns också vård-aktörer som bedriver offentligt finansierad vård utan att ha vårdavtal med en kommun eller region eller ingå i vårdvalssystem.

Regeringen delar remissinstansernas uppfattning att det inte är rimligt att kräva att alla vårdgivare ska upprätthålla vård av en viss omfattning i kris och krig. Regeringen anser därför att kravet inte bör formuleras som ett generellt krav på hälso- och sjukvården. I stället ska det omfatta kommuner och regioner i deras egenskap av sjukvårdshuvudmän.

Regeringen anser dock att det finns behov av att det etableras en långsiktig samverkan mellan offentliga och privata aktörer på den centrala, regionala och lokala nivån inom totalförsvaret. Detta ligger även i linje med propositionen Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30 s. 131).

Vilken omfattning ska skyldigheten att erbjuda vård i kris och krig ha?

Utredningen föreslår att hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och krig ska ha en kapacitet att utföra ”vård som inte kan anstå”. Med vård som inte kan anstå menas enligt utredningen vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten. Utredningen utgår i sitt resonemang bl.a. från principerna i den etiska plattformen. Remissinstanser som bl.a. *Region Dalarna*, *Region Skåne* och *Malmö kommun* anser dock att förslaget ställer allt för höga krav på sjukvården.

I Sverige erbjuds i dag, inom ramen för den offentliga vården, vård av olika omfattning: fullständig vård, omedelbar vård och vård som inte kan anstå. De nu nämnda uttrycken är främst avsedda att precisera omfattningen av en viss vårdskyldighet. Fullständig vård, som utgör huvudregel i Sverige, innebär tillgång till all vård som tillhandahålls. Uttrycket används inte i författning. Uttrycket omedelbar vård är reglerat i hälso- och sjukvårdslagen (8 kap. 4 § HSL). Av förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen framgår bl.a. att denna vårdskyldighet avser akuta vårdbehov som inte kan anstå till dess patienten kan få vård i sin hemregion (prop. 1981/82:97 s. 120).

Uttrycket vård som inte kan anstå används i fråga om den vård som bl.a. asylsökande och andra utlänningar ska erbjudas, se lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande. Uttrycket förekommer således i författning.

Lagstiftaren har avstått från att definiera begreppet vård som inte kan anstå närmare i förarbetena till dessa författningar, eftersom det har bedömts leda till en alltför snäv tolkning. I stället ansåg regeringen att vidare förtydliganden och riktlinjer angående tillämpningen av begreppet skulle lämnas av Socialstyrelsen (prop. 2007/08:105 s. 29–31).

Socialstyrelsens slutsats, i rapporten *Vård för papperslösa – vård som inte kan anstå*, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd (2014), var dock att det varken var etiskt eller medicinskt möjligt eller lämpligt att i listor ange vilka diagnoser, tillstånd

eller åtgärder som omfattas av begreppet vård som inte kan anstå, eftersom man aldrig kan täcka in alla tänkbara situationer. Myndigheten lyfte bl.a. att samma diagnos i vissa fall kan innebära att vården kan anstå medan den i andra fall inte kan anstå. Socialstyrelsen ansåg därför att vad som är vård som inte kan anstå ska bedömas av vårdpersonal i varje enskilt fall.

I propositionen Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd anges att begreppet vård som inte kan anstå är avsett att vara en utvidgning av den vård som definieras som omedelbar (prop. 2012/13:109 s. 42). Enligt författningskommentaren till 6 § lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. innefattar begreppet vård som inte kan anstå, vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten. Likaså innefattas följdinsatser till sådan vård och psykiatrisk vård. Vård ska kunna erbjudas i ett tidigt skede när detta kan motverka att ett mer allvarligt sjukdomstillstånd utvecklas och behov av en mer omfattande behandling uppstår (prop. 2007:08:165).

Frågan är då om den vårdnivå som utredningen föreslår och som uttrycks genom termen vård som inte anstå är en rimlig vårdnivå eller om det är lämpligt att sänka kraven på den av utredningen föreslagna vårdförmågan ytterligare, såsom vissa remissinstanser önskar. Vård som inte kan anstå innebär en utvidgning av den vård som definieras som omedelbar, dvs. akut vård. Det är enligt regeringen nödvändigt att den vårdförmåga som ska upprätthållas hos hälso- och sjukvården under kris och krig är högre än att endast omfatta akut vård. Detta är även i linje med vad som uttalas i propositionen Totalförsvaret 2021–2025 där det bl.a. anges att den civila hälso- och sjukvården vid krig bör ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå (se prop. 2020/21:30 s. 139). Även i bl.a. försvarsbeslutet år 1992 angav regeringen att den avsåg att fastställa ett mål för funktionen hälso- och sjukvård som bl.a. skulle innebära att kapaciteten ska vara tillräcklig för att tillgodose såväl de krigsskadade patienternas behov som sådan fredsmässig vård som inte kan anstå (prop. 1991/92:102 s. 257). Mot den bakgrunden anser regeringen i likhet med utredningen att det vårdkrav som ska ställas på hälso- och sjukvården i kris och krig ska motsvara vård som inte kan anstå.

Vård som är nödvändig för liv och hälsa ska erbjudas under fredstida krissituationer och höjd beredskap

Flera remissinstanser som yttrar sig över förslagen i SOU 2021:19 och i SOU 2022:6 är kritiska till användningen av uttrycket vård som inte kan anstå. Kritiken handlar dels om att begreppet i sig är otydligt och svårt att tillämpa, dels om risker med att använda samma uttryck i skilda situationer där bestämmelserna har olika syften. Av remissyttrandena över betänkandet SOU 2021:19 framgår att ett flertal kommuner och regioner anser att uttrycket är otydligt och svårt att tillämpa. *Krigsvetenskapsakademien* anser att begreppet kan fungera i den akuta situationen, men är för otydligt och inte tillräckligt förpliktande som dimensionerande planeringsmål. Även i remissvaren över betänkandet SOU 2022:6 framför flera remissinstanser, bl.a. *Region Norrbotten*, *Svenska Röda Korset* och *Region Skåne*, att begreppet måste definieras och klargöras för att det inte ska uppstå allt för stora tolkningssvårigheter. *Norrköpings kommun* m.fl.

framhåller att det finns behov av nationellt överenskomna kriterier för vård som inte kan anstå. *Smer* anser att begreppet är problematiskt och hänvisar bl.a. till att Socialstyrelsen inte ansett sig kunna definiera och ge anvisningar för tillämpning av begreppet.

Socialstyrelsen framhåller att det måste förtydligas att användningen av det föreslagna begreppet i beredskapssammanhang skiljer sig från när begreppet används i andra sammanhang som syftar till vårdbegränsningar för vissa persongrupper, t.ex. asylsökande. Socialstyrelsen menar att de nationella prioriteringsprinciper och vägledningar som myndigheten förväntas ta fram inte kan utgöra vägledning för vårdbegränsningar till vissa persongrupper. *Svensk sjuksköterskeförening* har invändningar mot vård som inte kan anstå och anser att hårdare prioriteringar i kris och krig efter de resurser som finns att tillgå, är förståeligt. Föreningen undrar dock var asylsökande och papperslösa personers rätt till vård då hamnar och hur detta kan särskiljas. *Svensk sjuksköterskeförening* anser att begreppet vård som inte kan anstå inte är användbart och hänvisar till att Sverige har en prioriteringsplattform som kan användas för att prioritera även i kris och krig.

Regeringen delar den uppfattning som framkommer i många remissvar om att det finns en risk för otydlighet med hänsyn till den nuvarande användningen av vård som inte kan anstå. Uttrycket i sig är också otydligt och behöver klargöras för att kunna användas i den nya bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen. Det finns därför ett behov av att tydliggöra vad uttrycket innebär i högre utsträckning än vad utredningen har gjort i både SOU 2021:19 och SOU 2022:6, så att kommuner och regioner får tydliga förutsättningar för vilken vård som de förväntas utföra i kris och krig. Den innebörd som uttrycket har när det används för att definiera den hälso- och sjukvård som generellt ska kunna ges i olika situationer kommer då att i viss mån skilja sig från den beskrivning som används för vården som ges till bl.a. asylsökande. Det är också möjligt att uttrycket kommer att utvecklas på ett sätt i ett beredskapssammanhang som skiljer sig från tillämpningen inom ramen för asylsökandes rätt till vård. Samma uttryck riskerar alltså att definieras på olika sätt när det används i skilda sammanhang för olika syften. Detta kan medföra svårigheter vid tillämpningen och det går inte att bortse från risken för att definitionerna blandas ihop eller tillämpas i fel sammanhang. Mot denna bakgrund anser regeringen att uttrycket vård som inte kan anstå inte framstår som lämpligt att använda när det gäller bestämmelser om krisberedskap och civilt försvar inom hälso- och sjukvården. Den vårdnivå som ska upprätthållas bör därför uttryckas på ett annat sätt.

I beredskapssammanhang används uttrycket liv och hälsa som ett av de ändamål som ska skyddas. Krisberedskapen syftar bl.a. till att skydda människors liv och hälsa och försörjningsberedskap kan beskrivas som förmågan att både upprätthålla samhällsviktiga funktioner och förse befolkningen med de varor och tjänster som krävs för att upprätthålla liv och hälsa.

Ett sätt att uttrycka kravet på den hälso- och sjukvård som ska erbjudas i kris och krig skulle därmed kunna vara vård som är nödvändig för liv och hälsa. Med detta uttryck ska förstås att det handlar om sådan vård som är nödvändig för att rädda liv och förhindra att patienter drabbas av allvarliga följder för sitt hälsotillstånd på grund av utebliven vård. Att vården ska

vara nödvändig innebär att den inte kan skjutas upp under en längre tid. Innebörden avses vara densamma som i utredningens förslag, dvs. att även en måttlig fördröjning kan medföra allvarliga konsekvenser för patienten.

Uttrycket vård som är nödvändig för liv och hälsa används inte i andra författningar och därför bedöms det inte finnas någon risk för sammanblandning med andra uttryck som beskriver vårdskyldigheter i andra sammanhang. Regeringen anser därför att uttrycket vård som är nödvändig för liv och hälsa är ett uttryck som lämpar sig väl i beredskapssammanhang och som därmed på ett ändamålsenligt sätt beskriver vilken vård som ska prioriteras i kris och krig.

Utredningen bedömer i sitt slutbetänkande att den nationella plattformen för etik och prioritering (den etiska plattformen) bör gälla under fredstida kriser och krig (SOU 2022:6 s. 942). Regeringen delar den bedömningen i likhet med flera remissinstanser, som exempelvis *Folkhälsomyndigheten* och Socialstyrelsen.

Närmare beskrivning av vad som avses med begreppet vård som är nödvändig för liv och hälsa

Med vård som är nödvändig för liv och hälsa ska övergripande avses vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten. Beredskapsplaneringen, resurstillskott och andra åtgärder ska syfta till att säkerställa kapacitet för att utföra sådan vård inför och under såväl fredstida krissituationer som höjd beredskap och ytterst krig.

De vårdbehov som omfattas av vård som är nödvändig för liv och hälsa bör bedömas med utgångspunkt från förväntad medicinsk nytta och svårighetsgraden hos det tillstånd det rör sig om. Begreppet omfattar förutom vård för livshotande akuta tillstånd även vård av sjukdomar som utan behandling leder till ett varaktigt invalidiserande tillstånd. Sådana tillstånd kan vara av olika svårighetsgrad, men vård för att förhindra att ett tillstånd medför allvarliga permanenta funktionsnedsättningar bedöms utgöra sådan vård som är nödvändig för liv och hälsa. Vidare bedöms vård av tillstånd som normalt leder till förtida död, vård av svåra kroniska sjukdomar samt vård i livets slutskede utgöra sådan vård som är nödvändig för liv och hälsa. Även vårdåtgärder som avser vissa smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen (2004:168) inkluderas. I detta kan vissa preventiva hälso- och sjukvårdsåtgärder ingå, såsom vaccinationer. Därutöver bör även bl.a. förlossningsvård utgöra sådan vård som är nödvändig för liv och hälsa. Det som här anförs om vård som omfattas av begreppet vård som är nödvändig för liv och hälsa avser såväl somatiska som psykiska tillstånd. Det måste därför även finnas beredskap för att vårda personer med allvarliga psykiska störningar eller allvarlig psykisk sjukdom. Detta gäller även sådan psykiatrisk vård som måste ges med tvång. I beredskapsplaneringen behöver det beaktas att behovet av psykiatrisk vård under och efter krig typiskt sett ökar.

Planering och andra åtgärder ska utgå från att människor med nedsatt autonomi och människor med full autonomi med samma vårdbehov ska behandlas lika. På samma sätt ska krigsskadades vårdbehov tillgodoses. Enbart den omständigheten att en skada orsakats av krig kommer således inte medföra att den ges medicinsk prioritet framför andra skador eller

sjukdomstillstånd av motsvarande eller högre svårighetsgrad (jfr artikel 12 i Genèvekonventionen den 12 augusti 1949 rörande skydd för offren i icke-internationella väpnade konflikter [GKI], och artikel 10 i Tilläggsprotokoll I till Genèvekonventionerna den 12 augusti 1949 [TPI]).

Prioriteringscentrum och Medicinska fakulteten vid Linköpings universitet framför att den etiska plattformens individperspektiv till viss del kan hamna i konflikt med det populationsperspektiv som smittskyddsverksamhet med nödvändighet måste ha. Under pandemin har framför allt diskussionen om hur prioriteringen mellan att vaccinera riskgrupper som själva riskerar att drabbas av allvarlig sjukdom, och vaccination av grupper som riskerar att bidra till smittspridning men inte själva kommer att drabbas, allvarligt indikerat denna problematik. Regeringen konstaterar att konflikter mellan olika perspektiv kan uppstå och att det är något som bl.a. får beaktas under arbetet med att ta fram ytterligare föreskrifter och vägledning om den vård och behandling som ska kunna erbjudas även under fredstida kriser och krig.

En generell utgångspunkt är att vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten utgör vård som är nödvändig för liv och hälsa. Det är svårt att ange ett generellt mått för vad som ska anses vara en måttlig fördröjning. Viss vägledning finns i Socialstyrelsens delredovisning av uppdraget att ta fram underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap (Underlag för beredskapslagring av läkemedel och vissa förbrukningsartiklar – Delredovisning 2 i Socialstyrelsens uppdrag att ta fram underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap, maj 2023). I arbetet med uppdraget valde myndigheten att utgå från tre olika tidsperspektiv. De externa granskarna fick ange angelägenhetsgraden för läkemedelssubstanserna i det preliminära underlaget, bl.a. utifrån om substansen är nödvändig för att utföra akut/omedelbar vård, eller för att utföra vård som inte kan anstå under tre respektive sex månader. Socialstyrelsen utgick från utredningens förslag till bestämmelse om vårdens kapacitet vid fredstida kriser och i krig, där uttrycket vård som inte kan anstå, som tidigare framgått, motsvarar uttrycket vård som är nödvändig för liv och hälsa, som används i lagrådsremissen. Socialstyrelsens kostnadsberäkningar tyder på att skillnaderna är små mellan tidsperspektiven tre och sex månader. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att en uttömmande uppräkningslista av vilken vård som ryms under uttrycket vård som inte kan anstå inte är möjlig att göra och att en bedömning får göras i varje enskilt fall av den behandlande läkaren eller annan ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal.

Både vid planering av hälso- och sjukvården och under hantering av en pågående kris eller höjd beredskap behöver det beaktas att vård som i ett första läge kan prioriteras ned kan behöva ges högre prioritet när en viss tid gått och därmed kan anses vara sådan vård som är nödvändig för liv och hälsa. Under en pågående kris av viss varaktighet kommer prioriteringarna att behöva omprövas.

Vad kännetecknar en fredstida krissituation?

Utredningen föreslår att hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig ska ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. IVO framför att det bör tydliggöras vad fredstida kriser innebär. Regeringen har tidigare definierat kris som en händelse som drabbar många människor och stora delar av samhället och hotar grundläggande värden och funktioner, är ett tillstånd som inte kan hanteras med normala resurser och organisation, är oväntad, utanför det vanliga och vardagliga och för sin lösning kräver samordnade åtgärder från flera aktörer (prop. 2007/08:92 s. 77). Det handlar således om händelser av en viss omfattning och ett visst allvar. Mindre olyckor med begränsade skadeverkningar betraktas inte som kriser från ett samhällsperspektiv eller rättsligt perspektiv, även om de naturligtvis kan innebära stora svårigheter för dem som drabbas. En kris kan omfatta händelser som vanligtvis inträffar i fredstid, som t.ex. naturkatastrofer, stora olyckor och pandemier, men även olika typer av krigssituationer. Krig och krigsfara beskrivs ofta som den yttersta krisen (se bl.a. SOU 2008:61 s. 21).

I begreppet fredstida kriser ligger att det rör sig om händelser och situationer som inträffar när det råder fred. Det finns ingen tydlig juridisk definition av ordet fredstid. Fred betraktas ofta som ett normaltillstånd som anses råda om krig eller krigsfara inte föreligger (Försvärshögskolan, Förutsättningar för krisberedskap och totalförsvaret i Sverige, 2023, bilaga 2 s. 5). I begreppet civil (fredstida) kris har således ansetts föreligga när situationen inte omfattas av reglerna i 15 kap. regeringsformen, dvs. att den inte anses utgöra krig, krigsfara eller sådana extraordinära förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som riket har befunnit sig i (SOU 2008:61 s. 62). Uttrycket fredstida kriser förekommer inte sedan tidigare i lagstiftning. Inom svensk krishantering används i stället en rad andra termer och uttryck för att beskriva kriser.

Fredstida krissituationer används i en bestämmelse om Riksbankens föreskriftsrätt (8 kap. 13 § regeringsformen). Begreppet används också i bl.a. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, radio- och tv-lagen (2010:696), lagen om resolution (2015:1016), lagen (2022:1568) om Sveriges riksbank och förordningen om totalförsvaret och höjd beredskap. Dessutom används samma begrepp i förordningen om statliga myndigheters beredskap.

I Utredningen om civilt försvars slutbetänkande Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25 s. 294 och 295) och i förordningen om statliga myndigheters beredskap, som innehåller bestämmelser om uppgifter som statliga myndigheter under regeringen har inför och vid fredstida krissituationer och höjd beredskap, definieras begreppet fredstida krissituationer. I 6 § nämnd förordning anges att med fredstida krissituationer avses situationer som

- avviker från det normala, drabbar många människor, stora delar av samhället eller hotar grundläggande värden,
- innebär en allvarlig störning eller en överhängande risk för en allvarlig störning av viktiga samhällsfunktioner, och
- kräver samordnade och skyndsamma åtgärder från flera aktörer.

I Utredningen om kommuners och regioners beredskaps betänkande Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig (SOU 2024:65) finns förslag om att en definition av fredstida krissituationer ska införas i lag. Förslaget till definition av fredstida krissituationer överensstämmer med den definition som framgår av 6 § förordningen om statliga myndigheters beredskap. Av betänkandet framgår att syftet med bestämmelsen i 6 § i den nämnda förordningen bl.a. är att utgöra en vägledning för ansvariga beslutsfattare inom kommuner och regioner när det gäller att ta ställning till om en situation är av sådan art och omfattning att en fredstida krissituation föreligger.

Enligt regeringen är det viktigt att enhetliga begrepp och termer används i författningar på beredskapsområdet. Mot den bakgrunden och med beaktande av det ovan anförda anser regeringen att fredstida krissituationer ska användas i hälso- och sjukvårdslagen i stället för utredningens förslag fredstida kriser. Regeringen anser även att fredstida krissituationer bör ha samma innebörd som fredstida krissituationer har i 6 § förordningen om statliga myndigheters beredskap.

Hur hälso- och sjukvården påverkas av en fredstida krissituation

I dag finns bestämmelser i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap om förfarandet för kommuner och regioner när en extraordinär händelse ställer krav på särskilda åtgärder. Bedömningen av situationens karaktär förutsätts då göras av beslutsfattare i den kommun eller region som berörs. En extraordinär händelse definieras i lagen som en händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region. Kriterierna liknar till stor del de som ingår i definitionen av en fredstida krissituation (jfr 6 § förordningen om statliga myndigheters beredskap). Av 2 kap. 2 § LEH framgår att det i kommuner och regioner ska finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (krisledningsnämnd). I 2 kap. 3 § LEH regleras att ordföranden i krisledningsnämnden bedömer när en extraordinär händelse medför att nämnden ska träda i funktion och beslutar i sådana fall att så ska ske. Krisledningsnämnden kan bl.a. besluta om att överta hela eller delar av verksamhetsområden från övriga nämnder i kommunen eller regionen i den utsträckning som är nödvändig med hänsyn till den extraordinära händelsens art och omfattning.

Mot bakgrund av detta anser regeringen att ansvaret för att bedöma om en situation är av sådan art och omfattning att det är fråga om en fredstida krissituation bör ligga på den drabbade kommunen eller regionen i likhet med vad som följer av lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Den drabbade kommunen eller regionen bedöms också ha bäst förutsättningar att bedöma hur möjligheterna att bedriva hälso- och sjukvård i regionen eller kommunen påverkas, t.ex. om situationen avviker från det normala, drabbar många människor, och om det krävs samordnade och skyndsamma åtgärder från flera aktörer. En sådan ordning är även i enlighet med ansvarsprincipen som innebär att den som har ett ansvar för en verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar även under

krissituationer. Det kan dock allmänt sägas att om en fredstida kris-situation är av sådant slag att den endast påverkar andra viktiga samhälls-funktioner än just hälso- och sjukvården eller endast påverkar hälso- och sjukvården i liten utsträckning eller först på längre sikt bör det enligt regeringens mening inte anses vara en sådan situation då kravet på vården sänks enligt förslaget att kommuner och regioner under fredstida kris-situationer och höjd beredskap endast ska vara skyldiga att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Vad kännetecknar höjd beredskap?

Begreppet krig och krigsfara finns i regeringsformen och det ankommer i första hand på regeringen att tolka begreppen (SOU 1972:15 s. 216, prop. 1973:90 s. 446 och 447 och prop. 2009/10:80 s. 204). Det är alltså regeringen som under konstitutionellt ansvar bedömer en situation och avgör om Sverige är i krig eller krigsfara (jfr prop. 2022/23:74 s. 32). Regeringens bedömning att Sverige är i krig eller krigsfara kan komma till uttryck på flera sätt. I förarbetena till regeringsformen (RF) hänvisas det till följande befogenheter (prop. 1973:90 s. 446):

- Regeringen kan kalla riksdagen till sammanträde i händelse av krig eller krigsfara (nuvarande 15 kap. 1 § RF).
- Regeringen kan fullgöra riksdagens uppgifter, om riket är i krig och varken riksdagen eller krigsdelegationen till följd av detta kan fullgöra sina uppgifter (nuvarande 15 kap. 5 § RF).
- Regeringen kan, efter bemyndigande av riksdagen, vid krig och krigsfara och i vissa andra fall meddela sådana föreskrifter som annars ska meddelas genom lag (nuvarande 15 kap. 6 § RF).
- Regeringen kan, efter bemyndigande av riksdagen, vid krig eller omedelbar krigsfara besluta att en uppgift som enligt grundlag ska fullgöras av regeringen i stället ska fullgöras av en annan myndighet (nuvarande 15 kap. 8 § RF).
- Regeringen får sätta in rikets försvarsmakt för att möta ett väpnat angrepp mot riket eller för att hindra en kränkning av rikets territorium (nuvarande 15 kap. 13 § RF).
- Regeringen kan formellt förklara att riket är i krig, låt vara att riksdagens medgivande krävs i andra situationer än vid ett väpnat angrepp mot riket (nuvarande 15 kap. 14 § RF).
- Regeringen ska kungöra att krigstillstånd har inträtt om riket har kommit i krig (motsvarar 9 § förordningen [2015:1053] om totalförsvar och höjd beredskap).

När det gäller höjd beredskap framgår det av 1 § lagen om totalförsvar och höjd beredskap att höjd beredskap är antingen skärpt beredskap eller högsta beredskap. Enligt 3 § samma lag framgår att det råder högsta beredskap om Sverige är i krig och att regeringen får besluta om skärpt eller högsta beredskap om Sverige är i krigsfara eller det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara. Ett beslut om skärpt eller högsta beredskap får avse en viss del av landet eller en viss verksamhet. När krigsförhållanden inte längre råder ska regeringen besluta att höjd beredskap inte längre ska gälla. Av samma bestämmelse

följer dock att det råder högsta beredskap när Sverige är i krig. Regeln utgör en garanti för att ansträngningarna att försvara landet i ett krigsläge kommer i gång även om regeringen av någon anledning hindras att fatta beslut om höjd beredskap. Varje myndighet, kommun och region som kan konstatera att Sverige befinner sig i krig har att handla som om beslut om högsta beredskap fattats. Som huvudregel bör man dock räkna med att regeringen vid ett krigsutbrott, trots den automatik som regeln innebär, på något sätt ger till känna att Sverige kommit i krig.

Av 3 kap. 1 § LEH framgår att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap. Av 3 kap. 2 och 3 §§ LEH framgår att kommunstyrelsen under höjd beredskap ansvarar för ledningen av den del av det civila försvaret som kommunen ska bedriva och att regionstyrelsen ansvarar för ledningen av den civila hälso- och sjukvården samt den övriga verksamhet för det civila försvaret som regionen ska bedriva.

Ytterligare vägledning om hur bestämmelsen om hälso- och sjukvård som ska erbjudas vid fredstida krissituationer och höjd beredskap ska tillämpas

Utredningen bedömer att det finns behov av kompletterande föreskrifter som förtydligar innebörden av bestämmelsen om vårdens kapacitet i kris och krig. Utredningen nämner bl.a. att ytterligare vägledning från myndigheter är en förutsättning för att skapa jämlik beredskap över hela landet och lämnar förslag på hur bestämmelser innehållande bemyndiganden ska utformas (se avsnitt 5.5). Flera remissinstanser, som bl.a. Socialstyrelsen och Försvarsmakten, instämmer i utredningens bedömning om ytterligare vägledning. *IVO* uttrycker behovet av att förtydliga innebörden av vård som inte kan anstå. *Göteborgs kommun* framför bl.a. att det behövs ett förtydligande av vad vård som inte kan anstå innebär för den kommunala hälso- och sjukvården.

Mot denna bakgrund bedömer regeringen att det kan finnas ett behov av föreskrifter som närmare beskriver hur bestämmelsen om skyldighet att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa under fredstida krissituationer och höjd beredskap ska tillämpas (se avsnitt 5.5). Vägledning kan också tas fram i form av kunskapsstöd för den närmare innebörden av vård som är nödvändig för liv och hälsa.

5.3 Det ska införas ett nytt begrepp i hälso- och sjukvårdslagen för situationer då resurserna är otillräckliga

Regeringens förslag: Med katastroftillstånd ska i hälso- och sjukvårdslagen avses att en kommun eller region inte kan erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa av den anledningen att resurserna är otillräckliga, och det inte är möjligt för den kommunen eller regionen att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna.

Utredningens förslag (SOU 2022:6) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningens förslag har dock en delvis annan språklig utformning.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är allmänt sett positiva till att begreppet katastrof definieras i hälso- och sjukvårdslagen. När det gäller utformningen av definitionerna av uttrycken katastrof och vård som inte kan anstå finns det dock en del invändningar (avseende vård som inte kan anstå, se även avsnitt 5.2). *Socialstyrelsen* tillstyrker att det i hälso- och sjukvårdslagen införs en definition av vad som avses med en katastrof. Myndigheten anser dock att uttrycket omedelbar vård bör användas i stället för vård som inte kan anstå.

Flera länsstyrelser, såsom *Länsstyrelsen i Jämtlands län* och *Länsstyrelsen i Västernorrlands län*, framför att betydelsen av katastrof inte stämmer överens med det som utredningen avser och föreslår andra uttryck eller ytterligare utredning eller förtydliganden i fråga om vilka begrepp som ska användas. *MSB* framför att begreppet katastrof har en bredare innebörd hos allmänheten.

Flera regioner anser också att det behövs förtydliganden eller ytterligare överväganden innan ett nytt begrepp införs. *SKR* anser att definitionen av katastrof behöver förtydligas så att det framgår att det är en katastrof i hälso- och sjukvården. *Region Skåne* anser att normala kvalitetskrav bör ersättas med en hänvisning till kraven för en god vård enligt 5 kap. 1 § HSL.

Smer anser att det krävs ytterligare föreskrifter för att det ska vara tillräckligt tydligt vad som utgör en katastrof och därmed vilka situationer kommuner och regioner ska ha beredskap för.

Skälen för regeringens förslag

Det behövs ett tydligt definierat begrepp för vissa situationer i hälso- och sjukvården

Utredningen föreslår att ett nytt begrepp, som betecknas katastrof, införs och definieras i hälso- och sjukvårdslagen. Utredningen menar att det finns ett behov av ett begrepp som avser svåra situationer där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till behovet. Med katastrof avses enligt utredningens definition en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna.

Remissutfallet är generellt positivt till att det införs en bestämmelse i lag som definierar begreppet katastrof, även om många remissinstanser efterlyser förtydliganden. Regeringen delar mot den bakgrunden utredningens bedömning att det behövs ett tydligt definierat begrepp i lagstiftningen för situationer i hälso- och sjukvården då resurserna är otillräckliga för den vård som ska bedrivas.

Flera länsstyrelser framför dock att betydelsen av katastrof är en stor olycka med omfattande förstörelse eller en personlig olycka och att den inte stämmer överens med det som utredningen avser. Länsstyrelserna framför att orden nödläge eller nödsituation bör användas i stället, eftersom dessa uttryck bättre signalerar att händelsen inte behöver vara direkt kopplad till hälso- och sjukvård utan också kan handla om andra

händelser eller tillstånd i samhället, som har omfattande påverkan på hälso- och sjukvården. *Länsstyrelsen i Skåne län* anser att det uttryck som ska införas behöver utredas vidare för att säkerställa lämpligheten och minska risken för begreppsförvirring. Ett sådant uttryck skulle t.ex. kunna vara kris och krisläge, som är mer precist än katastrof. *Länsstyrelsen i Uppsala län* anser att en definition av begreppet katastrof tydligt måste markera att det då handlar om ett läge som är ovanligt och extremt i någon bemärkelse. Utredningens definition är enligt länsstyrelsen inte tydlig i att det är en situation som skiljer sig från en vardag där normala kvalitetskrav ibland är svåra att upprätthålla. *MSB* anför i sitt remissvar att uttrycket katastrof förekommer i olika sammanhang inom hälso- och sjukvårdsområdet, men att det även har en bredare innebörd hos allmänheten och ofta jämföras med begreppet kris, eller en mycket allvarlig kris. *Region Skåne* betonar vikten av en enhetlig nomenklatur och kommunikation vid förändring av centrala och väl etablerade begrepp, vilket kommer att kräva särskilda insatser och kommunikation.

Region Östergötland anser att begreppet katastrof bör utgöra planeringsgrund inom hälso- och sjukvården men användandet bör vara i situationer då belastningen till följd av oplanerad händelse är så hög att normala kvalitetskrav inte kan upprätthållas trots adekvata åtgärder och stöd från andra regioner eller kommuner. *Region Östergötland* ser att utredningen bedömt detta som nästa nivå, katastroftillstånd, vilket kan bidra till begreppsförvirring. *Region Östergötland* anser att definitionerna bör ses över ytterligare innan en lagändring genomförs. *Örebro kommun* anser att det innan nya begrepp införs måste göras noggranna överväganden av hur olika begrepp förhåller sig till varandra och lämpligheten i att införa nya begrepp. *Region Västerbotten* framhåller att begreppet katastrofmedicinsk beredskap är väl etablerat och att ett byte för att vara motiverat bör vara bättre grundat med tydligare definition av det nya begreppet.

Regeringen kan konstatera att begreppet katastrof används inom katastrofmedicinen, där det avser omfattningen av en händelse. Begreppet katastrof är inte definierat i svensk författning. Däremot finns det en definition i Socialstyrelsens termbank, som innehåller begrepp för fackområdet vård och omsorg. Enligt den avses med katastrof en särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas. I Socialstyrelsens definition av både katastrof och stor olycka är resurserna otillräckliga i förhållande till det akuta behovet. Skillnaden mellan de två begreppen är huruvida kvalitetskraven kan upprätthållas genom anpassning eller inte. FN har, i den internationella strategin för att förebygga katastrof (på engelska förkortat UNDDR), en definition av katastrof som en allvarlig störning i samhällets funktionalitet som inbegriper omfattande mänskliga, materiella, ekonomiska eller miljömässiga effekter eller förluster och som överskrider det påverkade samhällets förmåga att med egna resurser klara situationen (<https://www.unddr.org/terminology/disaster>). Även WHO har en liknande definition.

Regeringen kan konstatera att begreppet katastrof på hälso- och sjukvårdsområdet allmänt sett beskriver en händelse som innebär att behoven överstiger de samhälleliga resurserna. Regeringen har förståelse för att den

närmare innebörden och användningen av begreppet katastrof inom hälso- och sjukvård kan vara obekant för många och att ordet katastrof kan användas i många andra sammanhang för att beskriva en mycket allvarlig situation eller händelse. I allmänt språkbruk används ordet på många olika sätt och då även i mindre allvarliga situationer där ordets innebörd kan sägas bli kraftigt devalverad. Det finns dock inom hälso- och sjukvård liksom inom alla andra fackområden behov av att kunna använda vissa termer som kan vara främmande för andra. Regeringen delar dock flera remissinstansers synpunkt att innebörden av ett katastrofbegrepp behöver definieras tydligt.

Termen bör vara katastroftillstånd

Termen katastrof, som utredningen föreslår, har en anknytning till katastrofmedicin och används inom hälso- och sjukvården i Sverige och internationellt för situationer där behoven överstiger de samhälleliga resurserna. Regeringen delar utredningens bedömning att det begrepp och den definition som ska användas ska fokusera på brister i resurskapacitet och förmåga att ge viss vård, snarare än orsaken – som t.ex. olycka, pandemi eller krig. Det bör vidare betonas att det inte måste handla om många sjuka eller många skadade. Antalet sjuka eller skadade är inte avgörande, utan det bör handla om situationer där det saknas tillräckliga resurser för att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa och där det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna.

Regeringen konstaterar att många av remissinstanserna är positiva till den definition som utredningen föreslår, men att det också är ett flertal remissinstanser som ifrågasätter om termen katastrof är lämplig att använda i detta sammanhang. Regeringen delar utredningens uppfattning om innebörden av det begrepp som ska användas. När det gäller termen katastrof så används den i nuläget i hälso- och sjukvården. Begreppet katastrof definieras i Socialstyrelsens termbank och andra sammanhang som en händelse eller störning. Regeringen bedömer dock att det är lämpligare att använda en term som tydligare anger att det handlar om en situation, i detta fall en situation som kännetecknas av resursbrist. Termen bör också kunna särskiljas från andra termer med vedertagen betydelse som används i hälso- och sjukvården. Regeringen anser mot den bakgrunden att katastroftillstånd är en lämplig term. Utredningen har å sin sida föreslagit termen katastroftillstånd för situationer då en katastrof inte har kunnat hävas och regeringen har fattat ett beslut om att ett sådant tillstånd råder. Regeringen föreslår för sådana situationer i stället termen kvalificerat katastroftillstånd (se avsnitt 5.7).

Enligt SKR behöver termen katastrof följas av en skrivning att det avser hälso- och sjukvården. Med ett sådant förtydligande torde det enligt SKR inte finnas någon risk att begreppet katastrof i hälso- och sjukvården tolkas som något som gäller hela regionens och kommunens verksamhet. Region Stockholm framför att definitionen av katastrof behöver förtydligas så att det framgår att det är en katastrof i hälso- och sjukvården. Regeringen konstaterar att det tydligt framgår av den definition som föreslås att det handlar om en situation i hälso- och sjukvården (se rubriken Definitionens närmare utformning). Därtill föreslås definitionen införas i hälso- och sjukvårdslagen vilket begränsar termens tillämpningsområde. Det bedöms

därför överflödigt att till termen lägga till orden ”i hälso- och sjukvården”. Ett sådant tillägg bedöms även tynga termen språkligt.

Definitionens närmare utformning

Utredningens förslag till definition av katastrof i hälso- och sjukvårdslagen är en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna. Uttrycket vård som inte kan anstå bör dock inte användas i definitionen av katastroftillstånd, av de skäl som anförs i avsnitt 5.2. Det föreslås i stället att uttrycket vård som är nödvändig för liv och hälsa används för att ange den vård som ska erbjudas vid fredstida krissituationer och under höjd beredskap. Samma uttryck bör enligt regeringen användas i definitionen av katastroftillstånd.

Socialstyrelsen anser att definitionen bör bindas till en mer avgränsad vårdverksamhet, så som läget i den akuta vården (omedelbara vården). Även om begreppet vård som inte kan anstå har en mer heltäckande ansats, anser Socialstyrelsen att omedelbar vård är en tillräcklig indikator, som även ger viktiga fördelar. Myndigheten bedömer t.ex. att ett mer avgränsat begrepp kommer att kunna leda till en snabbare bedömning av om hälso- och sjukvården befinner sig i ett katastroftillstånd eller inte. Den otydlighet som råder kring begreppet vård som inte kan anstå har tidigare lyfts av myndigheten och Socialstyrelsen anser att det finns en risk att införandet av begreppet i den föreslagna bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen kommer att försvåra och öka komplexiteten i bedömningen inför ett beslut om katastroftillstånd.

Regeringen bedömer att det sannolikt är enklare att fastställa att hälso- och sjukvården inte klarar av att erbjuda akut vård än att fastställa att hälso- och sjukvården inte klarar av att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa. Att knyta definitionen av katastroftillstånd endast till bristande förmåga att utföra akut eller omedelbar vård skulle dock innebära en betydande begränsning när det gäller både kraven på planering och möjligheterna att tillämpa de bestämmelser om hjälp som föreslås i denna lagrådsremiss (se avsnitt 5.6). Det kan inte uteslutas att det kan förekomma situationer där akut vård kan utföras på grund av att vårdens resurser omfördelas, men där förmågan att utföra annan vård som är nödvändig för liv och hälsa påverkas. Särskilt under ett mer långvarigt händelseförlopp är det viktigt att även förmågan att utföra annan vård som är nödvändig för liv och hälsa kan upprätthållas eller återställas.

Utredningen har föreslagit att uttrycket normala kvalitetskrav ska ingå i definitionen av katastrof. Med det avser utredningen att det föreligger en katastrof när resurserna är otillräckliga för att upprätthålla vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav. Region Skåne anser att uttrycket inte bör användas, utan i stället ersättas med en hänvisning till kraven för en god vård enligt 5 kap. 1 § HSL, som reglerar de kvalitetskrav som finns på hälso- och sjukvården.

Uttrycket normala kvalitetskrav finns inte entydigt definierat vare sig i utredningen, i tidigare förarbeten eller av Socialstyrelsen. En användning av uttrycket kan därför riskera att leda till oklarhet eller tolkningsproblem. Regeringen vill dessutom påminna om att all hälso- och sjukvård, oavsett

om det är vård som är nödvändig för liv och hälsa vid en fredstida krissituation eller krig eller vård som ges i ett normalläge, ska bedrivas i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens krav så länge inget annat anges (jfr avsnitt 5.7). När vård som är nödvändig för liv och hälsa inte kan erbjudas enligt dessa krav föreligger således ett katastroftillstånd. Regeringen menar dock, till skillnad från utredningen och Region Skåne, att detta inte bör uttryckas särskilt i lag.

Enligt utredningens förslag ska det även krävas, för att det ska anses vara fråga om en katastrof, att det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna. Vissa situationer, som t.ex. olyckor som medför ett stort antal skadade eller sjukdomsutbrott, t.ex. en epidemi eller pandemi som medför ett stort antal sjuka, innebär att alla resurser som krävs för att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa inte finns omedelbart tillgängliga. På exempelvis olycksplatser kan det ta viss tid innan tillräckliga resurser för prehospital akutsjukvård finns på plats eller tillräcklig kapacitet finns att avtransportera alla skadade. Detsamma gäller till viss del även i akutsjukvården där en svårt sjuk person kan få vänta viss tid på att omhändertas. Enligt regeringens mening bör en situation där det inte omedelbart finns tillgängliga resurser inte innebära att det föreligger ett katastroftillstånd. Mot den bakgrunden anser regeringen att det bör framgå av lagdefinitionen av ett katastroftillstånd att det krävs att det inte är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna för att kunna avhjälpa situationen.

Sammanfattningsvis bör, enligt regeringen, ett katastroftillstånd avse en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna.

Till skillnad från *Smer* och mot bakgrund av att omständigheterna kan vara mycket varierande anser regeringen inte att det finns skäl för att meddela föreskrifter som ytterligare förtydligar vad som utgör ett sådant katastroftillstånd.

5.4 Bestämmelser om regioners och kommuners planering av hälso- och sjukvården

Regeringens förslag: Kommuner och regioner ska planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för

- katastroftillstånd,
- händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, och
- andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård.

Kommuner och regioner ska särskilt beakta behovet av gemensam planering med varandra för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja i situationer som nämns ovan.

Nuvarande bestämmelse som anger att regionen även ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls ska utgå ur lagen.

Utredningens förslag (SOU 2022:6) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningens förslag har en delvis annan språklig och redaktionell utformning.

Remissinstanserna: Remissutfallet har generellt varit positivt till ett införande av nya planeringsbestämmelser och bl.a. *Region Norrbotten*, *Region Gävleborg*, *Region Gotland*, *Länsstyrelsen i Östergötlands län*, *Länsstyrelsen i Uppsala län*, *Länsstyrelsen i Jämtlands län*, *Läkemedelsverket*, *Järfälla kommun*, *Kalmar kommun* och *Funktionsrätt Sverige* är i huvudsak positiva till förslaget om planeringsbestämmelser, men har i vissa fall invändningar, t.ex. när det gäller katastrofbegreppet. *Region Stockholm* stöder förslaget om planeringsbestämmelser men framför att förslaget saknar bestämmelser om psykologiskt och socialt stöd.

Socialstyrelsen framhåller vikten av att förhållandet mellan planering utifrån smittskyddslagen och hälso- och sjukvårdslagen tydliggörs. Socialstyrelsen anser vidare att det blir ett för snävt fokus i bestämmelsen avseende behovet av planering endast för syftet att uppnå en sammanhängande vårdkedja.

Flera regioner anser att det behövs förtydliganden av vad som är ett stort antal skadade eller sjuka. *Region Kronoberg* anser att det behöver förtydligas att planering för många skadade är regionernas ansvar, inte kommunernas.

Ett flertal regioner, bl.a. *Region Norrbotten* och *Region Gotland*, och några kommuner, såsom *Göteborgs kommun* och *Uppsala kommun*, framför att det finns behov av en samlad reglering eller styrning av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap för fredstida kriser och krig. *Region Värmland* och *SKR* anser vidare att kommunernas uppgift, fortsatt vård och rehabilitering, behöver återspeglas tydligare i 11 kap 2 § andra stycket HSL.

Sveriges läkarförbund anser att perspektivet kring störning av viktig infrastruktur behöver beaktas ytterligare, medan *Vårdförbundet* framför att det behöver tydliggöras att det i planeringen särskilt ska beaktas att det ska finnas tillräckligt mycket personal med rätt kompetens.

Svenska Röda Korset ser ett stort behov av att inkludera civilsamhället i planeringen av hälso- och sjukvården krisberedskap, både på lokal, regional och nationell nivå, och hänvisar till civilsamhällets roll i att stödja och avlasta den offentliga hälso- och sjukvården i händelse av kris eller väpnad konflikt samt civilsamhällesorganisationernas lokala närvaro i hela landet och kunskaper om lokala utmaningar och behov.

Skälen för regeringens förslag

Nuvarande planeringsbestämmelser

Kommuner och regioner är enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att tillgodose befolkningens behov av vård i alla lägen, dvs. både i ett normalläge och vid fredstida krissituationer och höjd beredskap (se bl.a. 8 kap. 1 § HSL). För att detta ska vara möjligt måste hälso- och sjukvården planeras, ledas och organiseras effektivt och nödvändiga vårdresurser

avsättas. Enligt 7 kap. 2 § HSL ska regionen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Regionen ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare (7 kap. 7 § HSL). Motsvarande planeringsbestämmelser finns för kommuner, med undantag av det planeringskrav som gäller katastrofmedicinsk beredskap (jfr 11 kap. HSL). Vid planering av hälso- och sjukvård måste också beaktas att det finns särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård i lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Planeringsbestämmelser av betydelse för att upprätthålla hälso- och sjukvårdens verksamhet finns även i andra författningar, t.ex. i patient-säkerhetslagen och i lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

Bestämmelser om kommuners och regioners förberedelser inför och åtgärder under höjd beredskap finns i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Enligt lagen ska kommuner och regioner vidta förberedelser för och verksamhet under extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (beredskapsförberedelser). Av förordningen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (FEH) framgår bl.a. att varje kommun och region ska ha de planer som behövs för verksamheten under höjd beredskap (4 och 5 §§).

Innebörden av uttrycket katastrofmedicinsk beredskap kan anses oklar

En fråga som vållat problem för regionerna är hur bestämmelserna om krisberedskap i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap förhåller sig till andra bestämmelser om planering, inte minst kraven på planering för katastrofmedicinsk beredskap i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt utredningen upplever t.ex. många regioner att det är svårt att avgöra om störningar i exempelvis infrastruktur som el, vatten eller informations- och kommunikationsteknologi utgör delfrågor inom den katastrofmedicinska beredskapen enligt hälso- och sjukvårdslagen eller om det utgör frågor om förmågan att hantera extraordinära händelser enligt lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. I dag avhandlar Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap ett antal sådana frågor.

Förarbetena till bestämmelsen om katastrofmedicinsk beredskap i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL finns i propositionen Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158). Av propositionen framgår att med katastrofmedicinsk beredskap avses främst planering för att säkerställa nödvändiga medicinska förmågor och arbetssätt för att klara svåra påfrestningar under fredstida förhållanden (prop. 2001/02:158 s. 74–76). Till nödvändiga medicinska förmågor hör t.ex. att medicinskt kunna

hantera masskadeutfall. Andra förmågor som hör till katastrofmedicinsk beredskap är t.ex. förmågan att leda, att ställa om vården och att korrekt prioritera mellan olika vårdbehövande i situationer då ett stort antal patienter måste ges vård samtidigt som vården av andra patienter med lika omfattande vårdbehov ska upprätthållas. För att uppnå sådana förmågor krävs bl.a. planläggning, resurser, utbildning och övning.

Av 1 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap framgår att vissa bestämmelser i föreskrifterna ska tillämpas på regionernas verksamhet enligt 7 kap. 2 § tredje stycket HSL. I föreskrifterna anges vidare att katastrofmedicinsk beredskap avser beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt. Av lydelsen följer att definitionen inte är avgränsad till att endast avse stora olyckor och att den exempelvis kan omfatta situationer i den allmänna vården då det föreligger ett bortfall i teknisk försörjning. Enligt utredningens bedömning kan föreskrifterna sägas fokusera på behovet av förändrade ledningsförhållanden, omställning och prioritering och inte på tillskapande av resurser. Föreskrifterna tycks mer knyta an till bestämmelserna i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap än till 7 kap. 2 § tredje stycket HSL. Utredningen anser därför att nuvarande myndighetsföreskrifter inte bidrar till att skapa större klarhet i frågan om gränsdragning mellan vad som utgör katastrofmedicinsk beredskap och vad som utgör sådan mer allmän krisberedskap som lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap syftar till.

Mot den bakgrunden kan regeringen konstatera att det förekommer oklarheter vad gäller avgränsningarna mellan katastrofmedicinsk beredskap och den mer allmänna krisberedskapen, exempelvis frågan om den katastrofmedicinska beredskapen omfattar planering för hur sjukvården ska upprätthållas vid elbortfall eller bortfall av funktionalitet i informations- och kommunikationsteknologi. Det kan tänkas att allmän vårdplatsbrist, ett plötsligt elbortfall på ett sjukhus eller en cyberattack mot ett it-system kan innebära att sjukvården behöver organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt. I förarbetena till bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen om planering för katastrofmedicinsk beredskap finns dock endast exempel avseende hantering av masskadeutfall. Regeringen anser därför att det bör tydliggöras hur regioner ska planera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet med avseende på beredskap för t.ex. katastroftillstånd, masskadeutfall, stora sjukdomsutbrott och andra händelser som allvarligt påverkar kommuners och regioners möjligheter att erbjuda hälso- och sjukvård.

Bestämmelsen om katastrofmedicinsk beredskap bör ersättas med nya bestämmelser om planering för svåra situationer

Hälso- och sjukvårdsplaneringen hos kommuner och regioner måste bl.a. syfta till att stärka kommuner och regioners förmåga att hantera svåra händelser som masskadesituationer och stora sjukdomsutbrott. Vid planeringen måste också händelser som är av annat slag och som allvarligt kan inverka på kommunernas och regionernas förutsättningar att leva upp

till sina skyldigheter att erbjuda vård och andra rättsliga krav beaktas. Det behöver även planeras för vad som ska ske om det uppkommer situationer där resurserna trots planering och omställning inte räcker till för att utföra all vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Enligt tidigare redogörelse för planeringsbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen är det dock tydligt att katastrofmedicinsk beredskap fokuserar enbart på en beredskap för stora olyckor som medför ett stort antal skadade (se rubriken Nuvarande planeringsbestämmelser). Även om planering för sådan beredskap är viktig, så är den inte tillräcklig. Lika viktigt är det att hälso- och sjukvården planerar för att kunna hantera vårdbehov som uppstår genom stora sjukdomsutbrott. Detsamma gäller andra händelser som kan påverka hälso- och sjukvårdens förutsättningar att utföra sitt uppdrag, t.ex. ett omfattande avbrott i elförsörjningen.

Regeringen anser därför i likhet med utredningen och flera remissinstanser att det finns skäl för nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som tydligare anger vilka händelser som regioner särskilt ska ha beredskap för. Nuvarande bestämmelse om katastrofmedicinsk beredskap, i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL, bör därmed utgå. Det medför även att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap bör ses över.

Även kommuner måste planera sin hälso- och sjukvård så att de har beredskap att undvika eller, om det inte är möjligt, lindra effekter av svåra händelser. Av 11 kap. 2 § HSL framgår att kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Det saknas dock uttryckliga planeringsbestämmelser för krisberedskap i hälso- och sjukvårdslagen. Det finns visserligen vissa allmänna bestämmelser i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, om att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap, men några motsvarande bestämmelser för kriser i fred finns inte i den lagen. Det bör därför också införas förtydligande planeringsbestämmelser som avser krisberedskap för kommuner i hälso- och sjukvårdslagen.

Vilka situationer och händelser ska kommuner och regioner ha beredskap för?

I likhet med utredningen anser regeringen att kommuner och regioner särskilt ska beakta behovet av beredskap för att hantera katastroftillstånd, händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, samt andra händelser som allvarligt kan inverka på deras förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda en god hälso- och sjukvård eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Sådana händelser skulle kunna uppfylla kriterierna för fredstida krissituationer men behöver inte alltid göra det (se avsnitt 5.2). Händelser av detta slag kan självfallet också inträffa under höjd beredskap.

Utredningen framhåller även att hanteringen av de mest utmanande situationerna som kan uppstå i vården kräver ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Kommuner och regioner är därmed beroende av varandras resurser för att upprätthålla vård som är nödvändig för liv och hälsa (jfr avsnitt 5.2). Behovet av gemensam planering behöver därför

enligt regeringen särskilt beaktas för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid katastroftillstånd i hälso- och sjukvården, händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, samt andra händelser som allvarligt kan inverka på deras förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda en god hälso- och sjukvård eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård.

Närmare beskrivning av händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka

Händelser som medför många skadade kan t.ex. vara stora olyckor eller antagonistiska handlingar såsom terrorattentat och militära angrepp. Epidemier, pandemier och andra stora sjukdomsutbrott utgör exempel på händelser som medför ett stort antal sjuka.

Ett flertal remissinstanser, bl.a. flera regioner och några kommuner, lämnar synpunkter på att utredningen inte angett vad som avses med ett stort antal skadade eller sjuka. *Region Dalarna*, *Region Halland*, *Region Värmland* och *Göteborgs kommun* m.fl. anför att utan riktlinjer med nyckeltal blir det omöjligt för regionen att veta hur man ska dimensionera sin planering. *Hässelholms kommun* framför att det bör finnas nyckeltal för vad som anses vara ett stort antal skadade eller sjuka eller tydliggöras i föreskrifter vad som avses med uttrycket. *Region Västerbotten* delar däremot utredningens uppfattning om att det är svårt att ange ett nyckeltal eftersom förutsättningarna varierar mellan regionerna och vårdkapacitet förändras över tid. Regeringen gör heller ingen annan bedömning än utredningen och anser att det inte skulle vara lämpligt att i lag eller föreskrifter ange ett exakt tal för hur många skadade eller sjuka som utgör ett stort antal. Vad som utgör ett stort antal skadade eller sjuka måste således i viss mån avgöras utifrån den vårdkapacitet som finns i respektive kommun och region.

Socialstyrelsen fick 2022 i uppdrag av regeringen att ta fram nyckeltalsberäkningar och dimensionerande målbilder utifrån nyckeltalsberäkningarna för hälso- och sjukvårdens planering för civilt försvar (S2022/04257). Av uppdraget framgick att den försvarspolitiska inriktningen och beslutade anvisningar för totalförsvarsplaneringen skulle ligga till grund för nyckeltalsberäkningarna och målbilderna. Uppdraget slutredovisades i december 2023. Underlaget från Socialstyrelsen utgör enligt myndigheten ett stöd till regionerna i arbetet med att planera för förändrade behov under höjd beredskap och krig. Resultatet av uppdraget ska ses som ett första steg i en process där de dimensionerande målbilderna behöver utvecklas och revideras över tid. Socialstyrelsen ska enligt myndighetens regleringsbrev för 2024 utveckla och uppdatera underlaget för nyckeltalsberäkningar och dimensionerande målbilder. Socialstyrelsen ska inkludera den dimensionering som ett Natomedlemskap medför samt fortsätta arbetet med att delge informationen för respektive regions och civilområdes planering för civilt försvar. Socialstyrelsen har lämnat en delredovisning och ska senast den 31 december 2025 lämna en slutredovisning av uppdraget.

I Socialstyrelsens rapport Stärkt nationell och regional förmåga vid masskadehändelser lämnas förslag på vad regionernas beredskapsplanering inför masskadehändelser bör omfatta (S2023/01226). Inom

ramen för uppdraget definierar Socialstyrelsen en masskadehändelse som ”en särskild händelse som resulterar i ett betydande skadeutfall samt en obalans mellan vårdbehov och tillgängliga resurser som riskerar att leda till sänkt vårdkvalitet”. Socialstyrelsen rekommenderar att regionerna tar fram konkreta och uppföljningsbara (mätbara) planer för att kunna omhänderta ett betydande skadeutfall. Planerna bör bl.a. inkludera hur man på kort sikt kan öka antalet vårdplatser. I ett regeringsuppdrag som beslutades i maj 2024 har Socialstyrelsen fått i uppdrag att analysera, utveckla och stödja regionernas förmåga att öka vårdkapaciteten i fredstida krissituationer, vid höjd beredskap och ytterst i krig (S2024/01060). Uppdraget omfattar bl.a. att stödja regionerna i att ta fram åtgärdsplaner för kapacitetsökning vid kris och krig och att ta fram planeringsnycklar eller liknande planering för respektive region för att vid ett masskadeutfall möjliggöra en snabb initial fördelning av skadade patienter till sjukhus.

En masskadehändelse kan uppstå i både fredstid och krig. Det kan vara antingen en stor händelse eller flera mindre händelser som sammantagna bidrar till ett skadeutfall som är så stort att vårdbehoven överstiger tillgängliga resurser. Regeringen konstaterar att planering för sådana händelser också bör omfattas av kravet på planering för händelser som medför ett stort antal skadade.

Region Kronoberg anser att det behöver förtydligas att planering för många skadade är regionernas ansvar, inte kommunernas. Regeringen anser dock att bestämmelserna om planering måste ses i relation till regioners respektive kommuners olika ansvar för hälso- och sjukvården. En händelse med ett stort antal skadade kan innebära en stor belastning på en regions akutsjukvård medan det för en kommun kan handla om att ta över vården av patienter med mindre vårdbehov som behöver skickas hem, eller att vårda dem som skadats i händelsen i ett senare skede när behovet av sjukhusvård upphört. Regeringen anser därför inte att det särskilt bör anges att det är regionens ansvar att planera för många skadade eller sjuka.

Planering för katastroftillstånd

Det är givet att hälso- och sjukvård måste kunna utföras i katastrofsituationer trots att förutsättningarna att ge vård kan vara mycket dåliga. Vid en situation som uppfyller kriterierna för katastroftillstånd kommer inte all vård som är nödvändig för liv och hälsa att kunna utföras (se avsnitt 5.3). I en sådan situation kan det även bli nödvändigt att använda andra undersöknings- och behandlingsmetoder än de som normalt används (jfr avsnitt 5.7). Som tidigare framgått utgår katastrofbegreppet inte från den händelse eller situation som orsakat resursbristen. Ett katastroftillstånd kan uppstå till följd av många olika scenarier och få olika konsekvenser för vården beroende på hur resurstillgången och vårdbehovet påverkas. Sådana situationer bedöms främst kunna uppstå vid krig, men det kan inte uteslutas att katastrofsituationer uppkommer även i fredstid, såsom vid en omfattande pandemi. Det finns dock alltid en gräns för vilka åtgärder som är möjliga och rimliga att vidta för att upprätthålla beredskap.

Hälso- och sjukvårdens planering för katastrofsituationer bör enligt regeringen syfta till att säkerställa att de resurser som finns tillgängliga kan användas på bästa sätt, bl.a. genom att säkerställa en god katastrofmedicinsk förmåga. Med katastrofmedicinsk förmåga avses förmåga att

medicinskt hantera situationer då det föreligger en resursbrist och där det trots omfördelning av resurser inte är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Genom sådan beredskap kan skadeverkningarna av ett katastroftillstånd mildras.

Andra händelser som allvarligt kan påverka kommuners och regioners förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård

Vid planering av hälso- och sjukvård måste det finnas en beredskap för att det kan förekomma andra händelser än sådana som är beskrivna ovan som allvarligt kan inverka på kommuners och regioners förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård eller uppfylla andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Det kan t.ex. handla om klimat-händelser, störningar i informations- och kommunikationsteknologi och störningar i el- eller vattenförsörjningen. Sådana händelser kan självfallet också utvecklas till katastroftillstånd om resurserna visar sig otillräckliga för att hälso- och sjukvården ska kunna hantera dem och fortsätta att utföra sådan vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Kommuner och regioner ska vid behov planera gemensamt

Även om kommuner och regioner inte har samma vårdansvar, är de beroende av varandras resurser för att upprätthålla vård som är nödvändig för liv och hälsa. Patienter inom exempelvis regioners slutenvård som är utskrivningsklara kan behöva fortsatt vård som kommuner ska ansvara för. Patienter som kommuner har ett vårdansvar för kan behöva vård som regioner ansvarar för. Vid krig är det sannolikt att regioner kommer att få omhänderta ett större antal skadade än normalt och dessa kommer senare att behöva fortsatt vård och rehabilitering i en kommun. Det är därför rimligt att kommuner i sin planering beaktar vad det kan innebära för dem med ett ökat antal skadade.

Flera remissinstanser, som bl.a. *Funktionsrätt Sverige, Länsstyrelsen i Jämtlands län, Länsstyrelsen i Östergötlands län, Hässleholms kommun, Järfälla kommun, Kalmar kommun, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Norrbotten och Region Västernorrland*, tillstyrker utredningens förslag om att kommuner och regioner vid behov ska planera gemensamt för att säkerställa att det finns en sammanhängande vårdkedja mellan kommuner och regioner även under särskilt utmanande förhållanden. Regeringen delar den bedömningen.

Flera regioner, bl.a. *Region Värmland* och *Region Västerbotten*, och *Uppsala kommun* ser behov av en samlad reglering av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. Region Värmland och Uppsala kommun anser att det är av vikt att förtydliga att kommunens uppdrag inom hälso- och sjukvården är starkt integrerat i den samlade socialtjänsten. En vårdåtgärd är oftast kopplad till en socialtjänstinsats. Region Värmland uppger att den omsorg som bedrivs utifrån socialtjänstlagen är integrerad med såväl kommunal som regional hälso- och sjukvård och att de är beroende av varandra. *Region Västmanland* och *Region Örebro* anser att det bör finnas en samlad styrning av beredskapen i kommunens vård- och omsorgsverksamhet.

Socialstyrelsen anser att det blir ett för snävt fokus i bestämmelsen avseende behovet av planering endast för syftet att uppnå en samman-

hängande vårdkedja. Myndigheten anför att uppgiften för kommuner och regioner bör vara att gemensamt planera så att vård kan prioriteras efter behov både i fredstid och vid krig. Planeringsbestämmelserna ska även innebära att kommuner och regioner vid sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering mellan regionen och kommunerna i regionen för att säkerställa att de samlade resurserna kan användas så optimalt som möjligt utifrån invånarnas behov.

Regeringen delar remissinstansernas syn på vikten av planering av beredskapen i kommunens vård- och omsorgsverksamhet. Planering av en verksamhet som en kommun eller region ansvarar för kan många gånger ha betydelse för en annan verksamhet som kommunen eller regionen också ansvarar för. För att kunna frigöra vårdplatser på sjukhus behöver kommunerna kunna ta emot medicinskt färdigbehandlade patienter som är i behov av kommunal hälso- och sjukvård. I andra situationer kan personer som normalt får kommunal hälso- och sjukvård behöva tas in på sjukhus, t.ex. vid en pandemi. Hela vårdstrukturen måste därför beaktas i totalförsvarsplaneringen. Regeringen instämmer även i Socialstyrelsens uppfattning att det finns skäl för att beakta behovet av en gemensam planering mellan regionen och kommunerna i regionen för att säkerställa att de samlade resurserna kan användas så optimalt som möjligt utifrån invånarnas behov. Att särskilt reglera en sådan samordning av kommuners och regioners samlade resurser, såsom bl.a. SKR föreslår, skulle dock kräva ytterligare analys och beredningsunderlag.

Utformning av bestämmelsen

Nuvarande skyldighet för regionerna innebär att de ska planera sin verksamhet så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Regeringen anser att de nya planeringsbestämmelserna för kommuner och regioner bör utformas på motsvarande sätt, dvs. att planera för att upprätthålla viss beredskap. Detta skiljer sig från utredningens förslag som innebär ett krav på att beakta behovet av beredskap för vissa situationer. Regeringen föreslår därför att kommunen och regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls dels för katastroftillstånd, dels för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka och andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter enligt 8 kap. respektive 12 kap. HSL eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Region Värmland och SKR menar att kommunernas uppgift, fortsatt vård och rehabilitering, behöver återspeglas tydligare i planeringsbestämmelserna. Regeringen bedömer dock inte att det behövs något sådant förtydligande, eftersom regioners respektive kommuners ansvar för hälso- och sjukvården framgår av andra bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och planeringsbestämmelserna inte medför någon ändring i detta avseende.

I övrigt gör regeringen mindre redaktionella ändringar i förhållande till utredningens förslag i förtydligande syfte.

Ytterligare förutsättningar och faktorer som kan behöva beaktas vid planeringen bör inte regleras

Några remissinstanser framför att ytterligare faktorer bör beaktas vid kommunernas och regionernas planering av beredskap. *Region Stockholm*, som stöder förslaget avseende bl.a. planeringsbestämmelserna, menar att det saknas aspekter som psykologiskt och socialt stöd. *Sveriges läkarförbund* anser att perspektivet kring störning av viktig infrastruktur såsom vatten, el, livsmedel och globala produktions- och leveranskedjor av sjukvårdsmaterial eller annan för vården viktig utrustning, behöver beaktas ytterligare. *Vårdförbundet* framför att det behöver tydliggöras att det i planeringen särskilt ska beaktas att det ska finnas tillräckligt mycket personal med rätt kompetens. Regeringen konstaterar att det finns många faktorer som behöver beaktas vid planeringen. Tillgången till infrastruktur, sjukvårdsprodukter, andra förnödenheter och personal är avgörande för att erbjuda en god vård och måste därför alltid ingå i planeringen. Även psykologiskt och socialt stöd är viktigt. Regeringen bedömer dock att detta inte bör anges särskilt i bestämmelserna om planering.

Socialstyrelsen framhåller vikten av att förhållandet mellan planering utifrån smittskyddslagen och hälso- och sjukvårdslagen tydliggörs. Enligt myndigheten är det oklart om den föreslagna planeringsbestämmelsen ska omfatta även nödvändiga smittskyddsåtgärder, t.ex. pandemiberedskap. Regeringen konstaterar att förslaget till nya planeringsbestämmelser uttryckligen avser planering för bl.a. situationer med många sjuka. Bestämmelserna omfattar därmed även sådan pandemiberedskap som ingår i hälso- och sjukvården. Syftet med ändringarna i planeringsbestämmelserna är inte att ändra nuvarande planeringsansvar utan att förtydliga det ansvar som redan finns. Det bedöms därför att förslaget inte påverkar det ansvar som regionerna i övrigt har enligt smittskyddslagen.

Det kan nämnas att regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning (dir. 2023:106). I uppdraget ingår att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, att se över vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare samt att lämna förslag på utformning av ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor. Syftet är att stärka beredskapen inför framtida pandemier. Enligt tilläggsdirektiv som bl.a. innebär en utvidgning av uppdraget ska uppdraget slutredovisas senast den 30 januari 2026 (dir. 2024:88). Enligt ytterligare tilläggsdirektiv ska utredaren dock senast den 25 april 2025 lämna ett delbetänkande avseende vissa frågor (dir. 2025:9). I likhet med vad Svenska Röda Korset framför, anser regeringen att det är viktigt att samverkan sker mellan sjukvårdshuvudmännen och organisationer, som t.ex. Röda Korset. I 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL finns även en skyldighet för regioner och kommuner att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

5.4.1 Skyldighet för kommuner och regioner att följa planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap

Regeringens förslag: Kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa de föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap som har meddelats av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämt.

Kommuner och regioner ska på begäran lämna de uppgifter som behövs för att ta fram föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. Uppgifterna ska lämnas till den myndighet som regeringen bestämmer. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om uppgiftsskyldigheten.

Utredningens förslag (SOU 2022:6) överensstämmer i sak med regeringens. Utredningen föreslår att kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård och utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt och att de uppgifter som kommuner och regioner ska lämna, ska lämnas efter begäran. Utredningens förslag har även en annan redaktionell utformning.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker utredningens förslag om kommuners och regioners skyldighet att följa planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård. *Socialstyrelsen*, som är positiv till förslagen, anser att bestämmelserna bör införas i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i stället för i hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen betonar vikten av att det sker en samordning med syfte att öka kvaliteten och minska den administrativa bördan för både sjukvårdshuvudmännen och berörda myndigheter. *SKR* anser att förslaget om skyldighet att följa planeringsanvisningar är ytterst oklart och framför att det bör tydliggöras vilken juridisk form som planeringsanvisningarna ska ha. *Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI)* framför att det finns svårigheter i att avgränsa de särskilda åtgärderna i förhållande till ordinarie vård. FOI ser vidare en risk för att kraven i sin utformning kommer att göra avsteg från systemets principer, såsom självstyrelsen, och att man låser fast sig vid ett system som inte möjliggör flexibilitet. *Försvarsmakten* framför att det bör säkerställas att myndigheten deltar i beredningsprocessen inom ramen för planeringsanvisningar, vilket kan ske genom ett författningsreglerat samrådskrav. *SKR, Göteborgs kommun* m.fl. anser att bestämmelsen för kommunernas del behöver kompletteras med att det avser kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård enligt 12 kap. HSL. Flera regioner betonar att statlig finansiering behöver säkerställas och regleras i hälso- och sjukvårdslagen. *Region Kalmar* saknar ett förtydligande om hur samordningen ska ske och vem som ansvarar för samordningen mellan kommuner och region. *Region Västerbotten* ser det som en förutsättning att både kommuner och regioner involveras i planeringen.

Endast ett fåtal av remissinstanserna yttrar sig särskilt över förslaget om en bestämmelse om uppgiftsskyldighet. Av de remissinstanser som

kommenterar förslaget är majoriteten positiv. SKR m.fl. anser att uppgiftsskyldigheten kommer att innebära en tung administrativ börda på kommuner och regioner, vilket staten behöver finansiera. *Region Blekinge* framför att flera av de uppgifter som föreslås kunna lämnas från regionerna i planeringsbestämmelserna är av den karaktären att de kan komma att bedömas som skyddsvärda och omfattas av sekretess. Det behöver finnas ett adekvat sekretesskydd för dessa uppgifter.

Skälen för regeringens förslag

Regioner och kommuner omfattas i nuläget inte av totalförsvarsplaneringen

Craven på totalförsvarets förmåga har sin grund i det försvarspolitiska ramverket som har fastställts genom bl.a. propositionen Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30) och som omsätts av regeringen och vidare av bl.a. Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) genom konkreta planeringsanvisningar. Försvarsmakten och MSB presenterar i Handlingskraft – Handlingsplan för att främja och utveckla en sammanhängande planering för Totalförsvaret 2021–2025 (Försvarsmakten och MSB, augusti 2021) en ordning där krav, förmågor och behov av utveckling knyts till den statliga budgetprocessen.

I propositionen Totalförsvaret 2025–2030, som överlämnades till riksdagen den 14 oktober 2024 och antogs av riksdagen den 17 december 2024, anges bl.a. att regeringen inför en ekonomisk planeringsram för det civila försvaret i syfte att förbereda Sverige för höjd beredskap och ytterst krig. Med en ekonomisk planeringsram skapas förutsägbarhet, långsiktighet och transparens i inriktningen av det civila försvaret liksom en ökad möjlighet att prioritera och följa upp resultatet av de åtgärder som vidtas. Med utgångspunkt i den ekonomiska planeringsramen för det civila försvaret avser regeringen därför att stärka styrningen och uppföljningen inom området (prop. 2024/25:34 s. 170). Regeringen har därefter fattat nya beslut om inriktning för totalförsvaret och det militära och civila försvaret 2025–2030. Av regeringens beslut om Gemensamma förutsättningar för utvecklingen av totalförsvaret framgår bl.a. att Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ges i uppdrag att fortsatt främja och utveckla en samordnad planering inom totalförsvaret under perioden 2025–2030 (Fö2024/02054).

Kommuner och regioner har viktiga roller i totalförsvarsplaneringen såvitt avser bl.a. hälso- och sjukvård (jfr prop. 2020/21:30 s. 139 och prop. 2024/25:34 s. 126 och 133–135). Det finns dock i nuläget inga krav på kommuner och regioner att följa statens planeringsanvisningar för totalförsvaret.

Kommuner och regioner är i dag skyldiga att vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (2 kap. 1 § och 3 kap. 1 § LEH). Detta är ett allmänt krav och det kan vara svårt att bedöma vilka åtgärder som behöver vidtas. Kommuner och regioner omfattas även av rapporteringsskyldigheter som anges i 2 kap. 9 § och 3 kap. 5 § LEH. Vidare finns bestämmelser i 7 § lagen om totalförsvar och höjd beredskap som anger att vid höjd beredskap ska kommuner och regioner vidta de särskilda åtgärder i fråga om planering och inriktning av verksamheten, tjänstgöring och ledighet för

personal samt användning av tillgängliga resurser som är nödvändiga för att de under de rådande förhållandena ska kunna fullgöra sina uppgifter inom totalförsvaret.

Det bör införas en skyldighet att följa planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap

Utredningen föreslår att det införs bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård och utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt. Dessa särskilda åtgärder framgår, enligt utredningen, av planeringen av totalförsvaret och avser exempelvis särskild dimensionering av antalet vårdplatser, anskaffning av särskild skydds- eller saneringsutrustning för att klara vård av krigsskadade eller utbildning för att skapa särskild förmåga att omhänderta skade- eller sjukdomspanoraman som inte förekommer normalt utan är relaterade till krigshandlingar.

Regeringen konstaterar i propositionen Totalförsvaret 2021–2025 att det civila och det militära försvaret behöver utvecklas samordnat och att det bör finnas en sammanhängande planering för totalförsvaret. Eftersom det ömsesidiga beroendet mellan civilt och militärt försvar påverkar den samlade förmågan i totalförsvaret är det viktigt att uthålligheten och förmågan till ömsesidigt stöd stärks. I händelse av krigsfara eller krig kommer totalförsvarets ansträngningar inledningsvis att kraftsamlas till det militära försvaret, samtidigt som de viktigaste samhällsfunktionerna behöver säkerställas och civilbefolkningen skyddas. Samhället behöver snabbt kunna ställas om till krigsförhållanden, genomföra en nationell kraftsamling samt mobilisera militära och civila resurser som gynnar försvarsansträngningarna. Inom det civila försvaret ska berörda aktörer planera för att under höjd beredskap och ytterst krig kunna stödja Försvarsmakten. Vid ett väpnat angrepp ska civilbefolkningen skyddas samtidigt som de viktigaste samhällsfunktionerna ska säkerställas, även om de inte kan bedrivas med samma ambitionsnivå som i fredstid. Stöd ska ges för att bidra till det militära försvarets förmåga och befolkningens försvarsvilja och motståndskraft ska stärkas (prop. 2020/21:30 s. 128).

Regeringen konstaterar vidare i propositionen att sjukvården måste ses som ett gemensamt system för totalförsvarets behov där militär och civil sjukvård behöver kunna stödja varandra. Den civila sjukvården behöver för sin planering veta vad den förväntas klara av och vad Försvarsmakten avser att klara själv. Den närmare preciseringen av vad Försvarsmakten ska ansvara för följer av regeringens inriktningar av det militära försvaret. Gränsytan mellan militär och civil sjukvård behöver vara tydlig, även om man i praktiken kommer att behöva arbeta tillsammans i många situationer (prop. 2020/21:30 s. 140). Enligt Försvarsberedningen riskerar allmänhetens förtroende för statsledningen och det offentliga att urholkas, vilket i sin tur kommer att påverka försvarsviljan och motståndskraften, om sjukvården inte kan lösa grundläggande uppgifter (Ds 2017:66 s. 189).

Det är statens ansvar att uttrycka vilka behov som föreligger och vad som behöver uppnås inom totalförsvaret genom anvisningar för planering och krav på särskilda åtgärder. Eftersom kommuner och regioner är självstyrande kan staten inte kräva att dessa ska utföra uppgifter om det

inte finns stöd för det i lag. Även om det finns stöd för att kommuner och regioner ansvarar för hälso- och sjukvården i hela hotskalan, dvs. normalberedskap, höjd beredskap och ytterst krig, och att de ska vidta förberedelser för höjd beredskap saknas krav på att de ska följa av staten framtagna anvisningar för planering och genomföra sådana åtgärder som krävs.

Regeringen kan utifrån ovanstående konstatera att det är av största vikt att totalförsvarets planeringssystem inte bara omfattar riksdag, regering och statliga myndigheter som Försvarsmakten och MSB, utan även kommuners och regioners hälso- och sjukvårdsverksamhet. För att säkerställa att de planeringsåtgärder och andra särskilda åtgärder för totalförsvarets hälso- och sjukvård som staten beslutat om genomförs av alla kommuner och regioner, anser regeringen att det bör införas en skyldighet i lag för kommuner och regioner att följa den planering för totalförsvarets hälso- och sjukvård som staten beslutat om.

Enligt den definition som finns i lagen om totalförsvaret och höjd beredskap avses med totalförsvaret både militärt och civilt försvar. Den hälso- och sjukvård som kommuner och regioner ansvarar för att erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen är civil hälso- och sjukvård inom det civila försvaret. Regeringen anser därför att det är lämpligare att ange att kommuner och regioner ska följa planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. Med höjd beredskap avses detsamma som i 1 § lagen om totalförsvaret och höjd beredskap. I förhållande till utredningens förslag om planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård avses ingen saklig skillnad.

Socialstyrelsen framhåller att utredningens förslag skiljer sig från förslagen som lämnats av Utredningen om civilt försvars slutbetänkande Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), där kommuner och regioner ska ”beakta” totalförsvarets krav. Socialstyrelsen menar att det i den fortsatta beredningen bör analyseras vad dessa olika krav kommer att innebära för regioner och kommuner samt motiveras varför det ska finnas särskilda krav för hälso- och sjukvården som eventuellt inte kommer att gälla för annan samhällsviktig verksamhet som bedrivs av regioner och kommuner. Regeringen anser dock att den omständigheten att det inte finns motsvarande skyldigheter för annan samhällsviktig verksamhet som bedrivs av kommuner och regioner inte är ett tillräckligt tungt vägande skäl mot att införa den föreslagna skyldighet som avser hälso- och sjukvården. Regeringen anser vidare att det inte blir tillräckligt tydligt om kommuner och regioner endast har att beakta totalförsvarets krav. Då överlämnar man till kommuner och regioner att göra egna avvägningar i frågor som staten redan har beslutat om. Syftet är att det ska finnas ett likvärdigt totalförsvaret i hela landet – om kommuner och regioner gör olika bedömningar går det syftet förlorat.

Göteborgs kommun m.fl. framför att det bör förtydligas i den föreslagna bestämmelsen att skyldigheten endast omfattar kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård såsom det framgår av hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen vill med anledning av detta framhålla att skyldigheten att planera och följa planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap ska utgå från den vårdskyldighet som kommunen respektive regionen har enligt hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen anser dock inte att detta behöver förtydligas i lag.

Närmare om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap

Planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap kan inriktas på de särskilda behov som finns inom hälso- och sjukvårdssektorn och bör utgöra en precisering i förhållande till de övergripande anvisningar som tas fram av främst Försvarsmakten och MSB.

Av planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård kan exempelvis framgå hur många skadade som kan förväntas under vissa tidsperioder i aktuella scenarier och hur de skadade kan antas vara fördelade över olika regioner i Sverige. Det bör även framgå om en region förväntas ta emot de primärt skadade, förväntas ha en stödjande roll i eftervård eller för personalförstärkning, eller om en region i olika scenarier kan ha både den ena och den andra av dessa roller.

Av planeringsanvisningarna kan det även framgå sådana särskilda åtgärder som behöver vidtas. Det kan avse exempelvis särskild dimensionering av antalet vårdplatser, anskaffning av särskild skydds- eller saneringsutrustning för att klara vård av krigsskadade eller utbildning för att skapa särskild förmåga att omhänderta skade- eller sjukdomspanoraman som inte normalt förekommer utan är relaterade till krigshandlingar.

En myndighet, såsom Socialstyrelsen, bör ta fram planeringsanvisningarna för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. Anvisningarna bör tas fram i samverkan med andra myndigheter som är relevanta för de specifika anvisningarna. En sådan myndighet är givetvis Försvarsmakten. Även andra myndigheter som t.ex. beredskapsmyndigheterna E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, och Läkemedelsverket inom sektorn hälsa, vård och omsorg bör medverka vid framtagandet av planeringsanvisningarna i de delar det är relevant. Beredningsprocessen för att ta fram planeringsanvisningarna och innehållet i anvisningarna bör lämpligen framgå av författning på lägre föreskriftsnivå än lag. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör därför få meddela de föreskrifter som behövs för planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap (se rubriken Utformningen av planeringsanvisningar för hälso- och sjukvården inför och under höjd beredskap och avsnitt 5.5).

Region Kalmar efterfrågar ett förtydligande om hur samordning ska ske och vem som ansvarar för samordningen mellan kommuner och region. Beroende på planeringens innehåll kan det finnas anledning för regioner och kommuner att samverka vid genomförandet av olika åtgärder. Regeringen bedömer att det inte är något som behöver förtydligas i lag. Vid behov kan detta beaktas när föreskrifter om planeringsanvisningarna för hälso- och sjukvården inför och under höjd beredskap tas fram.

Skyldigheten bör införas i hälso- och sjukvårdslagen

Socialstyrelsen framhåller i sitt remissvar att det är viktigt att det skapas en enhetlig, tydlig och sammanhängande regelstruktur för totalförsvarsplaneringen i regioner och kommuner samt för de statliga myndigheterna. Därför anser myndigheten att förslagen bör införas i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och

höjd beredskap, i stället för i hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen konstaterar dock att det inte finns några sektorsspecifika bestämmelser i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Ett införande av de föreslagna bestämmelserna skulle därför innebära att den lagen förlorar sin generella struktur. Det vore därför inte lämpligt att föra in ändringar som enbart rör hälso- och sjukvård i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Regeringen tillsatte våren 2023 en särskild utredare med uppdrag att göra överväganden om kommuners och regioners grundläggande ansvar och huvudsakliga uppgifter inför och under fredstida kriser och höjd beredskap (dir. 2023:51). Utredningen redovisade sitt uppdrag den 30 september 2024 i betänkandet Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig (SOU 2024:65) som remitterades den 4 november 2024. I betänkandet föreslås en ny lag om kommuners och regioners grundläggande beredskap inför fredstida krissituationer och höjd beredskap men det lämnas inga sektorspecifika förslag.

Planeringsanvisningar för hälso- och sjukvården inför och under höjd beredskap bör framgå av föreskrifter

SKR framför i sitt remissvar att det måste tydliggöras vilken juridisk form som planeringsanvisningarna ska ha, dvs. om det är fråga om föreskrifter eller något annat. Av utredningen framgår att anvisningar och krav om särskilda åtgärder som rör totalförsvaret tidigare inte har tagits in i föreskrifter utan inom ramen för myndighetsuppdrag beslutade av regeringen. I Försvarsmaktens och MSB:s handlingsplan – Handlingskraft 2021 finns exempel på planeringsanvisningar för totalförsvaret. Den beslutade handlingsplanen från Försvarsmakten och MSB har sin grund i ett regeringsuppdrag som myndigheterna fick i samband med propositionen Totalförsvaret 2020–2025.

Skyldigheten för kommuner och regioner att följa planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap ska framgå av lag. Regeringen bedömer dock att innehållet i planeringsanvisningarna bör framgå av författning på lägre föreskriftsnivå än lag. Skälet till det är att det finns ett behov av flexibilitet då anvisningarna kan komma att behöva ändras mot bakgrund av totalförsvarsplaneringen och säkerhetsläget i omvärlden. Innehållet i planeringsanvisningarna ska därför kunna regleras i förordning eller myndighetsföreskrifter med stöd av det föreslagna bemyndigandet om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap (se avsnitt 5.5).

FOI skriver i sitt remissvar att det kan finnas svårigheter med att låta kommuner och regioner bedöma vilka konkreta åtgärder som ska följas. Om totalförsvarets planeringsanvisningar inom hälso- och sjukvårdsområdet får en generell karaktär finns det en risk att bestämmelser och föreskrifter rörande krav, förmågor och behov blir otydliga och öppnar för tolkningar, vilket i slutändan riskerar den sammanhållna planeringen för hälso- och sjukvården och vårdkedjan. Regeringen bedömer därför, i likhet med FOI, att staten behöver vara tydlig i utgångspunkterna och behoven och därmed kraven på förmåga hos kommuner och regioner.

FOI framför vidare att det finns svårigheter i att avgränsa de särskilda åtgärderna i förhållande till ordinarie vård. FOI ser vidare en risk för att kraven i sin utformning kommer att göra avsteg från systemets principer, såsom självstyrelsen och att man låser fast sig vid ett system som inte möjliggör flexibilitet. Regeringen har förståelse för att avgränsningen mellan åtgärder som ska tillgodose totalförsvarets behov och åtgärder som ligger inom ramen för sjukvårdshuvudmännens ordinarie skyldigheter att bedriva vård i vissa fall inte kommer att vara självklar. Detta är något som måste bedömas i samband med att de närmare anvisningarna för planeringen utformas. Åtgärder som exempelvis anskaffning av särskild skydds- eller saneringsutrustning för att utföra vård av krigsskadade eller utbildning för att ha förmåga att omhänderta skade- eller sjukdomspanoraman som är relaterade till krigshandlingar är dock tydliga exempel på åtgärder som tar sikte på totalförsvarets förmåga. Det är viktigt att planeringssystemet utformas på ett sådant sätt att det finns flexibilitet och möjlighet att ta hänsyn till omvärldsförändringar och att kommuner och regioner har olika förutsättningar.

Krav på rapportering för kommuner och regioner i olika situationer

När det gäller extraordinära händelser i fredstid finns det i 2 kap. 9 § LEH bestämmelser som innebär att kommuner och regioner ska hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om vilka åtgärder som vidtagits enligt 2 kap. LEH och hur åtgärderna påverkat krisberedskapsläget. Vidare ska kommuner och regioner vid en extraordinär händelse i fredstid ge den myndighet som regeringen bestämmer lägesrapporter och information om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen samt om vidtagna och planerade åtgärder. Under höjd beredskap följer av 3 kap. 5 § LEH att kommuner och regioner ska hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen respektive regionen.

För kommuner innebär rapporteringsskyldigheten att de ska hålla länsstyrelsen informerad. För regioner innebär skyldigheten att de ska hålla Socialstyrelsen och MSB informerade om förberedelser för extraordinära händelser samt informera Socialstyrelsen och länsstyrelsen under en extraordinär händelse. Vid höjd beredskap ska regionerna informera Socialstyrelsen och MSB om de förberedelser som vidtagits och Socialstyrelsen, MSB och länsstyrelsen om beredskapsläget vid höjd beredskap.

Det finns även andra händelsedrivna rapporteringsbestämmelser än de som finns i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Bestämmelser om rapportering av smitta framgår t.ex. särskilt av 2 kap. 5 § smittskyddslagen. Där anges att en behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom, utan dröjsmål ska anmäla detta till smittskyddsläkaren i den region där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Folkhälsomyndigheten. Anmälan ska göras även beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en

elakartad form. Denna bestämmelse är fundamental för Folkhälsomyndighetens möjligheter att genomföra epidemiologisk övervakning och kunna sammanställa en nationell lägesbild över smittläget. Informations-skyldighet av betydelse för smittområdet finns även i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Det får förutsättas att om ett utbrott av smitta är så omfattande att det utgör en extraordinär händelse är både rapporteringsskyldigheten i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap och i smittskyddslagen tillämpliga.

Behov av en uppgiftsskyldighet

Kommunernas och regionernas förmåga att hantera bl.a. händelser med många skadade och stora sjukdomsutbrott är av stor betydelse ur ett totalförsvarsperspektiv. För att staten ska kunna planera för totalförsvaret måste det enligt regeringen vara känt vilken förmåga kommuner och regioner har skapat för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka. Det är nödvändigt för att de krav som ska ställas på hälso- och sjukvården inom ramen för totalförsvarsplaneringen ska bli rimligt dimensionerade och för att staten ska kunna avgränsa och finansiera sådana krav. Regeringen anser därför, i likhet med utredningen, att det krävs att uppgifter om förmågor och relevanta behov löpande lämnas från kommuner och regioner.

Som redovisas under rubriken Krav på rapportering för kommuner och regioner i olika situationer finns det flera bestämmelser som bl.a. innebär att kommuner och regioner vid kris och krig ska informera staten om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen samt om vidtagna och planerade åtgärder. Flera av bestämmelserna, särskilt de som finns i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, saknar dock precisering av vilka åtgärder som ska rapporteras. Det finns därför skäl att ifrågasätta om nuvarande bestämmelser i tillräcklig grad säkerställer att staten får de uppgifter från kommuner och regioner som behövs för att genomföra totalförsvarsplanering. Regeringen anser därför att det finns ett behov av att det införs en bestämmelse om skyldighet för kommuner och regioner att på begäran lämna uppgifter som behövs för statens planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap till den myndighet som regeringen bestämmer. Det kan t.ex. handla om uppgifter om lägesbilder och om en kommuns eller regions vårdkapacitet att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka. Såsom *Region Blekinge* framför kan en sådan informationsöverföring innehålla uppgifter som enligt 15 kap. 2 § OSL omfattas av sekretess. Av bestämmelsen i offentlighets- och sekretesslagen framgår bl.a. att sekretess gäller för uppgift som rör verksamhet för att försvara landet eller planläggning eller annan förberedelse av sådan verksamhet eller som i övrigt rör totalförsvaret, om det kan antas att det skadar landets försvar eller på annat sätt vållar fara för rikets säkerhet om uppgiften röjs.

Uppgifter om förmåga att ge vård som kommuner och regioner lämnar i lägesbilder skulle kunna omfattas av sekretess enligt 18 kap. 13 § OSL. Enligt den bestämmelsen omfattas uppgifter av sekretess när de hänför sig till en myndighets verksamhet som består i risk- och sårbarhetsanalyser

avseende fredstida krissituationer, planering och förberedelser inför sådana situationer eller hantering av sådana situationer, om det kan antas att det allmännas möjligheter att förebygga och hantera fredstida kriser motverkas om uppgiften röjs.

Enligt 10 kap. 28 § första stycket OSL hindrar sekretess inte att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. En uppgiftsskyldighet i lag skulle därmed säkerställa att kommuner och regioner, trots eventuell sekretess, kan lämna uppgifter till den myndighet som regeringen bestämmer. En bestämmelse om uppgiftsskyldighet skulle därmed även ha en sekretessbrytande effekt.

Mot denna bakgrund anser regeringen att det ska införas en skyldighet i hälso- och sjukvårdslagen för kommuner och regioner att lämna sådana uppgifter som behövs för framtagande av planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap till den myndighet som regeringen bestämmer.

Region Blekinge framhåller vikten av att de uppgifter som ska lämnas över, och som omfattas av sekretess hos kommuner och regioner, även erhåller ett adekvat skydd hos staten. Med anledning härav konstaterar regeringen att de uppgifter som omfattas av sekretess enligt 15 kap. 2 § och 18 kap. 13 § OSL hos kommuner och regioner, och som kan lämnas över till den myndighet som regeringen bestämmer, såsom Socialstyrelsen eller andra myndigheter, även bör omfattas av sekretess enligt samma bestämmelser hos de mottagande myndigheterna. Med hänsyn härtill bedömer regeringen att de uppgifter som omfattas av den föreslagna uppgiftsskyldigheten kommer ha samma sekretesskydd hos den mottagande myndigheten och det finns därför inte skäl för att införa ytterligare sekretessbestämmelser.

Vid en intresseavvägning mellan de intressen som de nämnda sekretessbestämmelserna avses skydda å ena sidan och det allmännas intresse av planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård å andra sidan bedömer regeringen att det allmännas intresse väger tungt och att förslaget om uppgiftsskyldighet är proportionerligt.

Regeringen anser vidare att det finns behov av föreskrifter som preciserar vilka uppgifter som regioner ska lämna och när uppgifter ska lämnas. Regeringen föreslår därför, i likhet med utredningen, att det införs ett bemyndigande som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgiftsskyldigheten.

5.5 Nya och ändrade bemyndiganden i hälso- och sjukvårdslagen

Regeringens förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om

- hälso- och sjukvård under fredstida krissituationer och höjd beredskap,
- planering för att hantera katastroftillstånd och händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, och
- planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap.

Bemyndigandet i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att regeringen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara, ska utgå ur lagen.

Bemyndigandet i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, ska utgå ur lagen.

Utredningens förslag (SOU 2021:19) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningen föreslår att bemyndigandet i 6 kap 2 § 3 HSL ska avse sådana situationer när det i fredstida kriser finns behov av andra nationellt samordnade åtgärder till skydd för enskildas hälsa. Utredningens förslag skiljer sig även språkligt och redaktionellt från regeringens.

Utredningens förslag (SOU 2022:6) överensstämmer i sak med regeringens. Utredningens förslag skiljer sig språkligt och redaktionellt från regeringens.

Remissinstanserna: Flera regioner och kommuner avstyrker eller är tveksamma till utredningens förslag i SOU 2021:19 om att införa en möjlighet för regeringen att delegera föreskrifträtten avseende hälso- och sjukvården i krig till Socialstyrelsen. *SKR* framhåller bl.a. att regeringen bör äga föreskrifträtten och att det därmed är regeringen som också får ta ansvar för uppkomna konsekvenser till följd av denna föreskrifträtt. *Region Dalarna* och *Region Uppsala* ser inte att det är realistiskt eller ändamålsenligt att Socialstyrelsen i kris eller krig ska kunna ta ansvar för de komplexa verksamheter som regionerna har ansvar för i fredstid eftersom den relevanta kompetensen finns upparbetad i regionerna.

Samtliga remissinstanser som lämnar synpunkter på utredningens förslag i SOU 2022:6 tillstyrker, däribland *SKR*, *Socialstyrelsen* och *Försvarsmakten*. Socialstyrelsen framhåller dock bl.a. att det i utredningen saknas en närmare redogörelse för vad de föreslagna föreskrifterna om planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård ska innehålla och att bemyndigandet bör föras in i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Flera av remissinstanserna, såsom *Region Dalarna*, *Region Halland*, *Göteborgs kommun* och *Hässleholms kommun*, anser att det finns ett behov av att tydliggöra vad som menas med ett stort antal skadade eller sjuka.

Skälen för regeringens förslag

Bemyndigande avseende hälso- och sjukvård under fredstida krisituationer och höjd beredskap

Regeringen anser att det är viktigt att uppnå en nationellt samordnad beredskap på hälso- och sjukvårdsområdet inför och under fredstida kris-situationer och höjd beredskap. Hälso- och sjukvården måste kunna bedrivas så att den tillgodoser de särskilda krav som ställs på den under svåra förhållanden. För att skapa så goda förutsättningar för detta som möjligt anser regeringen, i likhet med utredningen, att såväl regeringen

som den myndighet som regeringen bestämmer (som t.ex. Socialstyrelsen) ska kunna, i erforderlig utsträckning, meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstida krissituationer, t.ex. vid pandemier, och höjd beredskap, t.ex. i krigssituationer. Det kan t.ex. handla om föreskrifter om vissa undantag från bestämmelser i bl.a. 9 kap. 1 § HSL om vårdgaranti eller 10 kap. 1 och 3 §§ HSL om möjlighet att välja behandlingsmetoder och att få en ny medicinsk bedömning. Det kan även finnas behov av föreskrifter om vad vård som är nödvändig för liv och hälsa innebär (se avsnitt 5.2).

I 6 kap. HSL finns redan i dag ett visst utrymme för regeringen och ansvarig myndighet att föreskriva om hälso- och sjukvård i fredstida krissituationer och höjd beredskap. När det gäller hälso- och sjukvård i fredstid får regeringen enligt 6 kap. 2 § 3 HSL föreskriva, eller bemyndiga en myndighet att meddela föreskrifter, om hälso- och sjukvården om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att det avser att täcka behovet av föreskrifter som tar sikte på beredskapsplanering, prioritering och fördelning av resurser, men det finns ingen närmare beskrivning av valet av begreppet katastrofmedicinska insatser (prop. 2001/02:158 s. 74–76). Enligt 2 § 5 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. får Socialstyrelsen meddela de föreskrifter som behövs för att den katastrofmedicinska beredskapen och beredskapsplanläggningen inför höjd beredskap ska få en samordnad inriktning.

När det gäller föreskriftsrätt om hälso- och sjukvård under höjd beredskap är det endast regeringen som, enligt 6 kap. 1 § 2 HSL, får föreskriva om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara. Enligt förarbeten framgår att regeringen med stöd av denna paragraf får meddela bestämmelser för krigssituationer som i erforderlig utsträckning tar över den lagstiftning rörande sjukvården som gäller under fredstid (prop. 1981/82:97 s. 46). Det finns i dag inga möjligheter för regeringen att vid krig vidaredelegera föreskriftsrätten till en myndighet.

Utredningen föreslår i betänkandet SOU 2021:19 att det införs bemyndiganden i hälso- och sjukvårdslagen för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter som avser hälso- och sjukvård under fredstida krissituationer och höjd beredskap. Utredningen föreslår att regeringens bemyndigande i 6 kap. 1 § 2 HSL flyttas till 6 kap. 2 § HSL så att bemyndigandet avseende hälso- och sjukvård under höjd beredskap även omfattar den myndighet som regeringen bestämmer. Utredningen föreslår även att bemyndigandet i 6 kap. 2 § 3 HSL om fredstida krissituationer också ska avse situationer där det finns behov av andra nationellt samordnade åtgärder till skydd för enskildas hälsa.

Enligt *SKR* är det emellertid regeringen som lämpligen bör äga föreskriftsrätten som möjliggör synnerligen ingripande åtgärder i hälso- och sjukvården, såsom prioritering, ransonering eller omfördelning av resurser, och därmed är det regeringen som också får ta ansvar för uppkomna konsekvenser till följd av denna föreskriftsrätt. Regeringen anser, som sagt, att det behövs ett bemyndigande om hälso- och sjukvård

i fredstida krissituationer för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. Eftersom det föreslås att begreppet katastrofmedicinska insatser ska utgå ur hälso- och sjukvårdslagen bör bestämmelsen i 6 kap. 2 § 3 HSL ändras (se avsnitt 5.4 och nedan). Utredningens förslag i SOU 2021:19 om ett tillägg i aktuell bestämmelse, om situationer där det finns behov av andra nationellt samordnade åtgärder till skydd för enskildas hälsa, är inte nödvändigt på grund av regeringens möjligheter att besluta om hjälp (se avsnitt 5.5). Regeringen bedömer därför att bemyndigandet i 6 kap. 2 § HSL bör ändras på så sätt att tredje punkten om katastrofmedicinska insatser utgår. Det bedöms tillräckligt att bemyndigandet avser hälso- och sjukvård under fredstida krissituationer. Ett sådant bemyndigande är förenligt med utredningens bedömning av behovet av ett bemyndigande om hälso- och sjukvården i fredstida kriser.

Regeringen delar även utredningens bedömning att det behövs ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård under höjd beredskap. Regeringen föreslår därför, i likhet med utredningen, att bemyndigandet i 6 kap. 1 § 2 HSL flyttas till 6 kap. 2 § 3 HSL så att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård under höjd beredskap.

Ett bemyndigande om hälso- och sjukvården under fredstida krissituationer och höjd beredskap bör enligt regeringen, och i likhet med vad SKR framför, inte omfatta en möjlighet att meddela föreskrifter om omfördelning av resurser. I avsnitt 5.6 lämnas nämligen förslag om regeringens möjlighet att besluta om sådan omfördelning inom ramen för ett beslut om hjälp.

Regeringen anser vidare att det är viktigt att enhetliga begrepp används i författningar på beredskapsområdet (se avsnitt 5.2). Regeringen föreslår därför en annan språklig utformning av bemyndigandena än den utredningen föreslår i SOU 2021:19. Utredningen föreslår att bemyndigandet ska avse hälso- och sjukvård i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara. Utredningens förslag motsvarar definitionen av höjd beredskap enligt 1 och 3 §§ lagen om totalförsvar och höjd beredskap. Regeringen anser emellertid att begreppet höjd beredskap i stället bör användas i hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen anser vidare att begreppet fredstida krissituationer ska användas i hälso- och sjukvårdslagen, i stället för utredningens förslag hälso- och sjukvård i fredstida kriser (jfr avsnitt 5.2).

Regeringen anser, till skillnad från några remissinstanser, som t.ex. *Region Dalarna* och *Region Uppsala*, att Socialstyrelsen, som är central statlig myndighet på hälso- och sjukvårdsområdet, har goda förutsättningar att ta fram föreskrifter om vård i kris och krig. Dessutom är Socialstyrelsen sedan den 1 oktober 2022 sektorsansvarig myndighet för beredskapsarbetet inom sektorn hälsa, vård och omsorg. Det innebär att myndigheten har ett utökat ansvar att stärka samordningen och driva på utvecklingen av beredskapen vid fredstida krissituationer och höjd beredskap (jfr förordningen om statliga myndigheters beredskap).

Sammanfattningsvis föreslår regeringen att det ska införas ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer om

att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården under fredstida krissituationer och höjd beredskap.

Bemyndigande avseende planering för hälso- och sjukvården i kris och krig

Föreskrifter om planering för kris och krig bedöms i dag kunna beslutas med stöd av bemyndigandena i ovan nämnda bestämmelser i 6 kap. 2 § 3 och 4 och 6 kap. 1 § HSL. Vidare får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer enligt 2 kap. 1 § LEH meddela närmare föreskrifter om risk- och sårbarhetsanalyser samt planer för hanteringen av extraordinära händelser.

Det saknas dock ett tydligt bemyndigande i hälso- och sjukvårdslagen avseende sådana planeringsaspekter som förslagen om planeringsbestämmelser i avsnitt 5.4 innehåller. Det blir särskilt tydligt då förslagen om planering bl.a. innebär att uttrycket katastrofmedicinsk beredskap utmönstras ur hälso- och sjukvårdslagen och då bemyndigandet i 6 kap. 2 § 3, som omfattar situationer där det finns behov av katastrofmedicinska insatser, föreslås utgå ur lagen (se ovan).

Det bör därför, enligt utredningens förslag i betänkandet SOU 2022:6, i hälso- och sjukvårdslagen införas ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastroftillstånd. Bemyndigandet bör omfatta all planering som är nödvändig och omfattar således även planering för situationer som omfattas av begreppet höjd beredskap. Exempel på sådana föreskrifter kan enligt utredningen handla om bl.a. närmare krav på vad kommuner och regioner särskilt ska beakta vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för ett katastroftillstånd.

När det gäller remissynpunkterna på att formuleringen ”ett stort antal skadade eller sjuka” är otydlig så har utredningen framhållit att det är svårt att definiera detta på något annat sätt, t.ex. med mer exakta nyckeltal. Som framgår av avsnitt 5.4 delar regeringen utredningens bedömning att det inte vore lämpligt att ange ett exakt tal för vad som är ett stort antal i lag.

Eftersom det föreslagna bemyndigandet även omfattar ändamålet med det nuvarande bemyndigandet i 6 kap. 2 § 3 HSL, som avser hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, så ska de nuvarande bestämmelserna upphävas.

Bemyndigande avseende planeringsanvisningar för hälso- och sjukvården inför och under höjd beredskap

I avsnitt 5.4.1 föreslås att det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. Det föreslås även att innehållet i sådana anvisningar bör framgå av föreskrifter på lägre författningsnivå än lag. För närmare vägledning vid tillämpningen av denna skyldighet bedöms det därtill finnas behov föreskrifter om t.ex. hur anvisningarna ska tas fram, vilken myndighet som får meddela föreskrifter om sådana anvisningar och vilka andra myndigheter som bör medverka när föreskrifterna tas fram. Regeringen

anser därför att det bör införas ett bemyndigande som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela sådana föreskrifter. Det bör dock tydliggöras, som *Socialstyrelsen* också efterfrågar, att aktuellt bemyndigande ska särskiljas från bemyndigandet om den uppgiftsskyldighet som föreslås i avsnitt 5.4.1, dvs. att kommuner och regioner på begäran ska lämna de uppgifter som behövs för att ta fram föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap till den myndighet som regeringen bestämmer.

Försvarsmakten framför att det i förslaget till bemyndigande om planeringsanvisningar bör framgå att föreskrifter endast får meddelas efter samråd med Försvarsmakten. Regeringen delar inte Försvarsmaktens uppfattning att ett krav på sådant samråd ska framgå av lag. Det kan dock övervägas om ett sådant krav bör framgå av förordning.

Med anledning av de överväganden som görs i avsnitt 5.4.1, att skyldigheten för kommuner och regioner att följa föreskrifter om planeringsanvisningarna ska regleras i hälso- och sjukvårdslagen, anser regeringen att det inte finns skäl, som *Socialstyrelsen* framför, att reglera det aktuella bemyndigandet i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

5.6 Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra under ett katastroftillstånd

Regeringens förslag: Kommuner och regioner ska skyndsamt lämna hjälp till andra kommuner eller regioner där det råder katastroftillstånd. En kommun eller region ska inte vara skyldig att lämna hjälp om det i den kommunen eller regionen råder katastroftillstånd eller om kommunen eller regionen inom överskådlig tid kan antas hamna i ett sådant tillstånd. Kommuner och regioner ska trots detta vara skyldiga att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.

En kommun eller region som behöver eller kan antas komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta till den myndighet som regeringen bestämmer. Kommuner, regioner och statliga myndigheter ska samverka särskilt i frågor om att lämna hjälp på begäran av den myndighet som regeringen bestämmer.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska i ett enskilt fall få besluta om hjälp i enlighet med den skyldighet som kommuner och regioner har att lämna hjälp, om det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region saknar förutsättningar att ordna tillräcklig hjälp på egen hand eller genom samverkan. Beslutet om hjälp ska även ange omfattningen av hjälpen. Beslut om hjälp ska inte kunna överklagas.

Kommuner och regioner ska på begäran lämna de uppgifter som behövs i ärenden om hjälp. Uppgifterna ska lämnas till den myndighet som regeringen bestämmer. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter om uppgiftsskyldigheten.

Regeringen ska få meddela ytterligare föreskrifter om ärenden om hjälp. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter om anmälan om hjälp och samverkan i frågor om att lämna hjälp.

En kommun eller region som efter beslut om hjälp har lämnat hjälp ska ha rätt till skälig ersättning för hjälpen. Ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har fått hjälp.

Bestämmelsen om skyldighet att i skälig omfattning lämna hjälp till de kommuner och regioner som i större omfattning får ta emot befolkningen på grund av utrymning, i lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap, ska inte gälla om annat följer av bestämmelserna om hjälp i hälso- och sjukvårdslagen.

Utredningens förslag (SOU 2022:6) överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslår inget skyndsamhetskrav för de kommuner och regioner som är skyldiga att lämna hjälp. Utredningen föreslår att det i lag ska införas en bestämmelse som reglerar att beslut om hjälp ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna och att sådan hjälp som kan ordnas genom staten särskilt ska beaktas. Utredningen föreslår att 1 kap. 3 § LEH ska ändras så att det som sägs i den lagen inte ska gälla om annat följer av 16 a kap. HSL. Utredningens förslag skiljer sig även språkligt och redaktionellt från regeringens.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna stöder utredningens förslag. *Region Östergötland* tillstyrker förslaget, men delar inte uppfattningen att det saknas mindre ingripande alternativ. *Region Gävleborg* avstyrker att det ska införas bestämmelser om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få besluta om hjälp, eftersom det inte finns fakta som styrker att detta inte fungerar redan i dag på frivillig basis och inom ramen för befintlig samverkan. *Region Norrbotten* är tveksam till förslaget då regionen anser att det strider mot det kommunala självstyret. *SKR* och flera regioner betonar att ett statligt beslut om omfördelning sker i ett läge där enskilda kommuner och regioner inte längre kan skydda människors liv och hälsa, men föreslår också att det införs en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om att kommuner och regioner på frivillig grund kan hjälpa varandra. De anser vidare att det klart ska framgå att när staten fattar beslut om hjälp är det en absolut sista utväg. *Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI)* anför bl.a. att förslagen innebär ett avsteg från ansvarsprincipen och principerna i den svenska förvaltningsmodellen och underminerar demokratin genom en ökad tjänstemannamakt över lokala och regionala politiska gemenskaper. *Statskontoret* bedömer att utredningens förslag genom att öka enhetligheten, ger förutsättningar för en ökad nationell likvärdighet och jämlikhet. *Länsstyrelsen i Uppsala län* upplever de föreslagna paragraferna som mycket svårtolkade och motsägelsefulla. *Göteborgs kommun* är frågande till om systemet är tillräckligt snabbt för att omhänderta riktigt allvarliga katastrofer, exempelvis krig.

Socialstyrelsen tillstyrker förslagen i sak men anser att dessa ska införas i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i stället för i hälso- och sjukvårdslagen. *Region Skåne* anser att det finns en risk för oklarheter om

olika lagstiftningar gäller för olika uppdrag och verksamheter inom ramen för regionens verksamhetsområde.

Socialstyrelsen anser att uttrycket vård som inte kan anstå bör ersättas med begreppet omedelbar vård. *Region Skåne* och *Region Norrbotten* framför att begreppet vård som inte kan anstå behöver förtydligas. *Funktionsrätt Sverige* befarar vissa gränsdragningsproblem, även om man tillstyrker förslagen, och lyfter i likhet med *Järfälla kommun* fram vikten av gemensamma kriterier för vad som menas med vård som inte kan anstå och inom vilken tid den medicinska vården behöver ske för att undvika risk för sådant som vårdskador.

Enligt Socialstyrelsen bör det uttryckligen framgå att andra kommuner och regioner är skyldiga att skyndsamt lämna hjälp. *Läkemedelsverket* framför att det behöver övervägas om begreppet lämna hjälp behöver förtydligas i termer av t.ex. lämna bistånd, utföra, överta eller motsvarande.

Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Uppsala län delar inte uppfattningen att Socialstyrelsen bör fatta beslut om hjälp. *Försvarsmakten* förordar att ett krav på samråd med Försvarsmakten regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Flera länsstyrelser, som t.ex. *Länsstyrelsen i Norrbottens län*, framhåller den regionala nivåns roll vid beslut, bl.a. när det handlar om att väga olika intressen mot varandra, och framför bl.a. att den civilområdesansvariga länsstyrelsen bör ha mandat att fatta beslut om omfördelning av resurser i situationer där kommunikation mellan myndigheterna inte är möjlig.

Försvarshögskolan framför att ett beslut om hjälp kan behöva omprövas om förhållandena hos den hjälplämnande aktören, eller inom dess geografiska verksamhetsområde, skulle förändras efter det att stödet till mottagaren av hjälpen har påbörjats. Med anledning av detta kan det, enligt högskolan, finnas ett kontinuerligt behov av rapportering efter det att ett beslut om hjälp har fattats.

SKR och flera andra regioner betonar vikten av ansvarsutkrävande av regeringen eller den statliga myndighet som har beslutat om hjälp, eller i vissa fall kanske även ansvar för beslut som inte har tagits. *IVO* anser att det bör förtydligas att IVO inte kan utkräva ansvar för själva beslutet om hjälp men att IVO kan utkräva ansvar för huruvida själva genomförande av ett sådant beslut påverkade kvalitet och patientsäkerhet för befolkningen som bor i de berörda regionerna eller kommunerna.

SKR m.fl. anser vidare att i de fall kommuner och regioner drabbas av en katastrof har också staten en given roll när det gäller att med bl.a. statliga ekonomiska resurser stödja såväl hjälpbehövande som givande kommuner och regioner.

Svenska Röda Korset ser ett stort behov av att inkludera civilsamhället i planeringen av hälso- och sjukvårdens krisberedskap, både på lokal, regional och nationell nivå. Representationen behövs eftersom civilsamhället i händelse av en kris eller väpnad konflikt i många fall kommer att ha en roll genom att stödja och avlasta den offentliga hälso- och sjukvården.

Förvaltningsrätten i Malmö framför att den, utifrån de aspekter som domstolen har att beakta, inte har något att erinra mot utredningens förslag. *Stockholms tingsrätt* framför att den inte har några invändningar mot utredningens ställningstaganden avseende överklagandeförbudet.

Skälen för regeringens förslag

Förutsättningar för hjälp mellan kommuner och regioner enligt nuvarande reglering

Utgångspunkten är att kommuner och regioner har att var för sig se till att befolkningens vårdbehov tillgodoses och att de inte har något ansvar för andra kommuners eller regioners eventuella resursbrist (jfr bl.a. kommunallagen [2017:725] och hälso- och sjukvårdslagen). Ingen kommun eller region är överordnad någon annan kommun eller region. De har inget ansvar för ledning av andra kommuner och regioner och kan inte säkerställa samordning av vård eller vårdhjälp sinsemellan annat än på frivillig grund.

Staten har inte möjlighet att ta över kommuners och regioners skyldighet att erbjuda befolkningen vård, men kan lämna stöd till kommuner och regioner, exempelvis genom att tillhandahålla vissa resurser som lagerhålls för beredskap. Staten kan i vissa fall även begära hjälp från andra länder och internationella sammanslutningar. Inom EU finns det flera mekanismer för krisstöd, exempelvis EU:s civilskyddsmekanism. Sådana internationella hjälpinsatser till Sverige, nationella försörjningsåtgärder och statens ansvar för planering och samordning av civilt och militärt försvar måste beaktas i situationer då läget i hela eller delar av samhället, t.ex. hälso- och sjukvården, är synnerligen ansträngt och det finns behov av nationell samordning av resurser.

Det finns specifika bestämmelser om möjligheter eller skyldigheter för kommuner och regioner att hjälpa varandra. I 4 kap. 1 § LEH finns bestämmelser om frivillig hjälp mellan kommuner och regioner som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Enligt bestämmelsen får kommuner och regioner på begäran lämna hjälp till andra kommuner och regioner som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Om hjälp har lämnats har kommunen eller regionen rätt till skälig ersättning av den andra kommunen eller regionen. I bestämmelsen anges även att när en enskild persons vistelse i en kommun är föranledd av en extraordinär händelse i fredstid, har vistelsekommunen rätt till ersättning från den kommun som drabbats av den extraordinära händelsen. Av 8 kap. 3 § HSL följer att personer som tas emot från en annan kommun eller en annan region, t.ex. enligt 4 kap. 1 § LEH, ska erbjudas öppen vård på i princip samma villkor som gäller för de egna invånarna.

När det gäller bl.a. krig eller krigsfara finns det även bestämmelser som medför skyldigheter för kommuner och regioner att lämna hjälp (4 kap. 2 § LEH). Om en kommun eller en region har en för totalförsvaret viktig uppgift och denna blir oskäligt betungande till följd av krigsskada eller andra utomordentliga förhållanden som orsakats av krig eller krigsfara, är andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. Omfattningen av hjälpen beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

En region får enligt 8 kap. 5 § 1 HSL erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, om regionerna kommer överens om det. Enligt 14 kap. HSL kan en region också överlåta ansvar för viss vård till en kommun.

Det finns även bestämmelser i andra författningar som medför skyldigheter för bl.a. kommuner att lämna hjälp. Exempelvis följer av

6 kap. 7 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor att en statlig myndighet eller en kommun är skyldig att med personal och egendom delta i en räddningsinsats på anmodan av räddningsledaren och vid sanering efter utsläpp av radioaktiva ämnen på anmodan av den myndighet som ansvarar för saneringen. En sådan skyldighet föreligger dock endast om myndigheten eller kommunen har lämpliga resurser och ett deltagande inte allvarligt hindrar dess vanliga verksamhet. Vidare följer av 6 kap. 8 a § första stycket samma lag att om det vid omfattande kommunala räddningsinsatser finns ett konkurrerande behov av förstärkningsresurser får Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, på begäran av en eller flera räddningschefer, prioritera och fördela tillgängliga resurser. Det finns även en bestämmelse i 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap som behandlar hjälp. Av denna bestämmelse följer att kommuner och regioner som befolkningen lämnar på grund av utrymning är skyldiga att i skälighetsomfattning lämna hjälp till de kommuner och regioner som i större omfattning får ta emot befolkningen.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det inte finns någon lagstadgad generell skyldighet för kommuner och regioner att i fredstid hjälpa andra kommuner och regioner med vård. Det kan även konstateras att det finns stöd i lag för kommuner och regioner att under vissa förutsättningar frivilligt hjälpa varandra med vård.

Erfarenheter från covid-19-pandemin och Rysslands invasion av Ukraina

I rapporten Stärkt nationell och regional förmåga vid masskadehändelser redogör Socialstyrelsen för erfarenheter från covid-19-pandemin och kriget i Ukraina som har tydliggjort behovet av nationell samordning vid hantering av särskilda händelser (2023/01226). Under pandemin fick Socialstyrelsens regeringens uppdrag att inrätta en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser med syfte att stödja regionerna med att samordna tillgängliga intensivvårdsplatser. I uppdraget ingick bl.a. att skapa en nationell lägesbild över antalet tillgängliga intensivvårdsplatser och intensivvårdsplatser för ECMO (Extracorporeal Membran Oxygenation) hos både offentliga och privata vårdgivare, kontinuerligt förmedla aktuella lägesbilder till regionerna och stödja regionernas arbete med att utöka antalet intensivvårdsplatser. Inom ramen för uppdraget utvecklades samverkan till att i huvudsak bedrivs i en samordningsgrupp i regionernas regi, men med stöd och medverkan från Socialstyrelsen.

Sedan den ryska invasionen av Ukraina 2022 har Sverige tagit emot ett stort antal ukrainska patienter genom så kallad MEDEVAC (medicinska evakueringar). Katastrofmedicinskt centrum i Region Östergötland har genom avtal med Socialstyrelsen samordnat fördelningen av patienter mellan olika regioner. Socialstyrelsen gör bedömningen att den typ av samordning som skett både under pandemin och vid mottagande av patienter från Ukraina inte kommer att vara möjlig vid en masskadehändelse eller väpnad konflikt, eftersom antalet skadade då kommer att vara så stort att det inte går att göra separata ställningstaganden kring varje enskild patient.

Socialstyrelsens nationella masskadeplan

En masskadehändelse definieras i Socialstyrelsens rapport Stärkt nationell och regional förmåga vid masskadehändelser som ”en särskild händelse som resulterar i ett betydande skadeutfall samt en obalans mellan vårdbehov och tillgängliga resurser som riskerar att leda till sänkt vårdkvalitet”. Utgångspunkten vid en masskadehändelse är att den drabbade regionen kommer att sakna resurser för att möta vårdbehovet som uppstått till följd av masskadehändelsen. Behovet av nationell samordning och inriktning förutsätts vara stort vid händelser där obalans råder mellan den vård som ska bedrivas och den drabbade regionens tillgängliga resurser. Syftet med nationell samordning vid en masskadehändelse är därför att erbjuda stöd till regioner vars resurser inte räcker till. Det nationella stödet kan exempelvis ges genom att Socialstyrelsen samordnar resurser mellan icke drabbade regioner och den drabbade regionen. Implementeringen av den nationella masskadeplanen fokuserar i dagsläget på omfördelning av resurser mellan regionerna genom samordning.

I rapporten lämnar Socialstyrelsen ett förslag om ett nationellt masskadelarm och på förhand överenskomna åtgärder. Socialstyrelsen föreslår bl.a. att masskadelarmet, som aktiveras genom beslut av den drabbade regionen, eller Socialstyrelsen i dialog med regionen, bör leda till att närliggande regioner till den drabbade regionen omgående påbörjar en inventering för att vid behov kunna ge stöd till den drabbade regionen.

Vård som är nödvändig för liv och hälsa måste kunna säkerställas så långt möjligt

I avsnitt 5.2 föreslås att kommuner och regioner vid fredstida kris-situationer och höjd beredskap ska erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa. Vid ett katastroftillstånd, som kan – men inte nödvändigtvis behöver – vara förorsakat av en omfattande pandemi eller krig, måste vård som är nödvändig för liv och hälsa så långt möjligt kunna säkerställas i hela landet. Skulle det råda katastroftillstånd i en kommun eller region är det ur ett allmänt samhällligt perspektiv i det närmaste självklart att staten eller en annan kommun eller region försöker bistå med hjälp. Effektiva hjälpinsatser kräver samordning av statliga, regionala och kommunala insatser. Om flera delar av det allmänna kan lämna hjälp, bör hjälpen lämnas av den eller de aktörer som sammantaget har bäst förutsättningar att göra det.

Kommuner och regioner kan på frivillig grund ge hjälp till varandra och detta sker också regelmässigt om det är möjligt utan alltför stora olägenheter för den egna verksamheten. Det kan dock inte uteslutas att det kan förekomma situationer då kommuner och regioner avstår från att lämna varandra hjälp trots att det finns utrymme för det. Det kan innebära att resurser som en kommun eller region kan undvara, men som de för säkerhets skull väljer att behålla för att kunna ge vård om läget skulle förvärras, inte kommer till användning där de för tillfället behövs för att skydda liv och hälsa.

Att neka en svårt sjuk patient från en annan region den vård som han eller hon behöver för att säkerställa att det ska finnas resurser om det blir nödvändigt att ge vård till en lika svårt sjuk patient i framtiden är knappast en godtagbar ordning. Det kan inte heller anses förenligt med 3 kap. 1 §

HSL som anger att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Av bestämmelsen framgår också att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Det behövs en ordning för att säkerställa att hjälp lämnas vid katastroftillstånd

Den lämpligaste ordningen för att undvika eller mildra katastroftillstånd är att kommuner och regioner i första hand själva, genom frivilliga åtgärder, löser uppkomna hjälpbehov. När en kommun eller region inte längre på frivillig grund kan få den hjälp som behövs för att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa måste det dock finnas en ordning som säkerställer att kommuner och regioner som har förutsättningar att ge hjälp också gör det och att hjälpen kan samordnas med hjälpinsatser från staten. I 4 kap. 1 och 2 §§ LEH finns bestämmelser om frivillig hjälp mellan kommuner och regioner som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid och under vissa förutsättningar finns även en sådan skyldighet vid krig. Det saknas dock bestämmelser som gör det möjligt att effektivt samordna hjälpinsatser med staten. Det finns heller ingen lagstadgad allmän skyldighet för kommuner och regioner att i fredstid hjälpa andra kommuner och regioner med viss vård.

Utredningen föreslår att det införs bestämmelser som medför en skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra och bestämmelser som ger ledningsmandat för staten att samordna och besluta om hjälp. En majoritet av remissinstanserna, såsom SKR, Socialstyrelsen, Statskontoret, Region Östergötland, Region Värmland, Region Stockholm, Region Jönköping, Region Gotland, Länsstyrelsen i Östergötlands län, Länsstyrelsen i Skåne län, Länsstyrelsen i Jämtlands län, Läkemedelsverket, Järfälla kommun, Sveriges läkarförbund och Funktionsrätt Sverige, ställer sig positiv till utredningens förslag. Några remissinstanser motsätter sig dock förslagen. Region Östergötland tillstyrker visserligen förslaget, men delar inte uppfattningen att det saknas mindre ingripande alternativ. FOI anser att kommuner och regioner inte ska tvingas hjälpa andra kommuner eller regioner om de riskerar att drabbas av krisen eller kriget. Sådana lösningar riskerar, enligt FOI, också att undergräva tydligheter kring roller och ansvar, vilket utgör en grundläggande förutsättning vid behov av samverkan emellan olika aktörer i krissituationer. Enligt FOI innebär förslagen att staten tar över beslutanderätten för en del av en kommuns eller regions hälso- och sjukvårdsresurser för att allokera den till en annan kommun eller region. Staten tar då över resurser och förmågor som kommunens eller regionens beslutande politiska organ genom beslut har dimensionerat och finansierat via kommunalskatter och avgifter. Ett statligt ingripande innebär enligt FOI att dessa lokala och regionala politiska beslut delvis sätts ur spel. Besluten har fattats för att på bästa sätt dimensionera och prioritera bland olika åtaganden för den egna befolkningen i kommunen eller regionen. Detta är enligt FOI ett avsteg från ansvarsprincipen och principerna i den svenska förvaltningsmodellen. FOI framför även, likt Region Gävleborg, att pandemin har visat på

mycket god samarbetsförmåga kring prioritering och fördelning hos regionerna.

Regeringen delar FOI:s uppfattning att flera av utredningens förslag om hjälp kan anses innebära ett avsteg från ansvarsprincipen och även andra principer inom ramen för den svenska förvaltningsmodellen. Ansvarsprincipen innebär att den som har ansvar för en verksamhet i normala situationer också har motsvarande ansvar vid störningar i samhället. I 2 kap. 1 § kommunallagen kommer den s.k. lokaliseringsprincipen till uttryck. Lokaliseringsprincipen innebär att en kommunal åtgärd måste vara knuten till kommunens eller regionens eget område eller dess medlemmar för att den ska ses som en kommunal angelägenhet (se prop. 2016/17:171 s. 299). Av detta följer att avsteg från lokaliseringsprincipen bör ske med återhållsamhet. När det gäller hälso- och sjukvård har staten dock, främst genom riksdagen och regeringen, på en övergripande nivå det yttersta ansvaret för befolkningens liv och hälsa och för att bestämmelserna om jämlik vård över hela landet upprätthålls. Erfarenheterna från covid-19-pandemin har visat att den nationella styrningen av hälso- och sjukvårdens beredskap behöver stärkas. Det decentraliserade hälso- och sjukvårdssystemet innebar således en begränsning av statens möjlighet att säkerställa en god beredskap, ett tillräckligt effektivt utnyttjande av resurser och jämlikhet över hela landet. Enligt Corona-kommissionens slutbetänkande Sverige under pandemin – Volym 2 Föresattningar, vägval och utvärdering (SOU 2022:10) innebar bl.a. den kommunala självstyrelsen och ansvarsprincipen ett hinder för regeringen att ta ledarskapet för den nationella krisledningen. Dessutom framgår det i Socialstyrelsens rapport Stärkt nationell och regional förmåga vid masskadehändelser att den typ av samordning som skett både under pandemin och vid mottagande av patienter från Ukraina inte kommer att vara möjlig vid en masskadehändelse eller väpnad konflikt, eftersom antalet skadade då kommer att vara så stort att det inte går att göra separata ställningstaganden kring varje enskild patient.

Utredningens förslag till hjälpbestämmelser innebär ingen ny företeelse i beredskapssammanhang (se bl.a. 4 kap. 1 och 2 § LEH, 6 kap. 7 och 8 a §§ lagen om skydd mot olyckor och 2 kap. 5 § lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap).

Mot denna bakgrund föreslår regeringen, likt utredningen, att det ska införas bestämmelser som medför en skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra. Det finns också behov av att införa bestämmelser som ger ledningsmandat för staten att samordna och besluta om hjälp. Sådana bestämmelser är motiverade mot bakgrund av behovet av att skydda människors liv och hälsa och får därmed anses nödvändiga. Regeringen anser, till skillnad från *Region Östergötland*, att det inte finns mindre ingripande alternativ. Det är därför enligt regeringen i detta sammanhang motiverat att frånga ansvarsprincipen och lokaliseringsprincipen. Regeringen anser dock, i likhet med bl.a. *SKR*, att ett beslut om hjälp som meddelats av staten ska utgöra en sista utväg när kommuner och regioner inte själva kan lösa hjälpbehoven på frivillig väg. Till skillnad från bl.a. *SKR* anser regeringen dock att det inte finns behov av att i lag reglera att kommuner och regioner frivilligt får hjälpa varandra, eftersom det bedöms framgå med tillräcklig tydlighet i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd

beredskap och i hälso- och sjukvårdslagen. Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen beskrivs i avsnitt 10.5.1.

Skyldighet att lämna hjälp och vissa förutsättningar för hjälpen

Vid tillämpningen av bestämmelserna om hjälp bör det inte ha avgörande betydelse vad som orsakat katastroftillståndet eller om det inträffar i fred eller i krig. En sådan ordning bedöms ge bättre förutsättningar att möta det som brukar beskrivas som hybridhot eller gråzonsproblematik.

En grundläggande förutsättning för att skyldigheten att lämna hjälp till en annan kommun eller region ska aktualiseras, bör vara att det uppstått en situation som uppfyller kriterierna för ett katastroftillstånd. Förhållandena kan dock variera avsevärt när det råder katastroftillstånd i hälso- och sjukvården i en kommun eller region. Det kommer att kunna vara en sådan situation i en kommun eller region utan att det är det i andra kommuner eller regioner. Det kan även förekomma avsevärda variationer i olika kommuners och regioners förutsättningar att ge vård, vilket gäller även de kommuner eller regioner där det inte råder katastroftillstånd. Möjligheterna att lämna hjälp till en drabbad kommun eller region kan därför se mycket olika ut beroende på den aktuella situationen. Det har självklart även stor betydelse vilken typ av resurser som det råder brist på i den drabbade kommunen eller regionen. Det kan inte uteslutas att samtliga kommuner och regioner skulle kunna hamna i en situation som uppfyller kriterierna för ett katastroftillstånd, t.ex. vid en omfattande pandemi.

Regeringen anser därför, i likhet med utredningen, att skyldigheten att lämna hjälp som huvudregel endast ska gälla under förutsättning att en kommun eller region inte själv är eller inom överskådlig tid kan antas bli hjälpbehövande. Ett beslut om hjälp som fattas av staten ska därför som regel inte få leda till att en kommun eller region som lämnar hjälp själv blir hjälpbehövande. Trots det bör dock en kommun eller region som befinner sig i en sådan situation vara skyldig att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa. Hjälp bör lämnas av den eller de kommuner eller regioner som sammantaget har bäst förutsättningar för att lämna hjälp.

Länsstyrelsen i Uppsala län framför att en sådan ordning kan komma att skapa svårigheter i tolkningen av när och om en kommun eller en region har en skyldighet att hjälpa eller inte. Även FOI lyfter frågan om var gränsen går när en kommun eller region kan anses mer utsatt än en annan. Regeringen bedömer att det inte är möjligt att ange annat än mer allmänna utgångspunkter för bedömningen av om en kommun eller region har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa än andra. Bestämmelserna ska dock syfta till att utjämna avsevärda skillnader som kan uppstå vid ett katastroftillstånd så att en mer jämlik vård kan erbjudas över hela landet. Bedömningen av om det finns avsevärda skillnader i förutsättningarna att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa bör bl.a. utgå från kriterier för vilken medicinskt motiverad tid vården behöver ges inom. Sådana kriterier framgår av nationella riktlinjer och kunskapsstöd som tas fram av t.ex. myndigheter. Bedömningen måste vidare göras med utgångspunkt i hur stora skillnader

som kvarstår mellan patientgrupper med samma eller liknande vårdbehov efter att den drabbade kommunen eller regionen vidtagit de åtgärder som är möjliga för att mobilisera tillgängliga resurser och ställa om verksamheten. Det får i övrigt lämnas åt den som ska besluta om hjälp att bedöma vad som kan anses utgöra en avsevärd skillnad i samband med beslut om hjälp.

Vad som utgör överskådlig tid måste också avgöras med beaktande av omständigheterna i det enskilda fallet. Allmänt kan sägas att det i situationer med omfattande störningar i samhället, såsom vid s.k. gråzonsproblematik eller hybridhot, som kännetecknas av att det föreligger ett antal kombinerade antagonistiska aktiviteter som angriparen avser inte ska uppfattas som krigföring, eller vid krig, många gånger endast är möjligt att göra bedömningar utifrån korta tidshorisonter. I andra situationer kan det vara möjligt att göra bedömningar som sträcker sig över en något längre tid. Under rubriken Samverkan ska initieras så snart som möjligt finns överväganden om förslag om samverkan och skyldighet att lämna vissa uppgifter som kan ge underlag för bedömningen av kommuners och regioners förutsättningar att utföra vård.

Region Västernorrland anser att det behöver förtydligas om regioner och kommuner förväntas hjälpa varandra eller om regioner endast ska hjälpa regioner och vice versa. Regeringen anser att hjälp bör kunna lämnas av en kommun till en region och tvärtom om det är lämpligt med hänsyn till de resurser som behövs i det enskilda fallet.

Flera remissinstanser lämnar synpunkter på de uttryck som används och framför att det behövs förtydliganden. Det gäller framför allt uttrycken vård som inte kan anstå och katastrof. Regeringens bedömningar i dessa avseenden finns i avsnitten 5.2. och 5.3 och slutsatsen är där att termerna vård som är nödvändig för liv och hälsa och katastroftillstånd bör användas i relevanta bestämmelser, dvs. även i bestämmelser om hjälp mellan regioner och kommuner.

Vad kan hjälpen bestå av?

Den hjälp som kan behövas kan vara av olika karaktär. Hjälp kan t.ex. bestå av att patienter flyttas till en annan kommun eller region för vård. Den kan också bestå av att en kommun, en region, eller staten skickar de resurser som krävs för vården till den hjälpbehövande kommunen eller regionen. Sådana resurser kan utgöras av förstärkningsenheter, dvs. grupper med tillhörande utrustning, personal, sjukvårdsprodukter eller annan utrustning. Det kan också krävas sjuktransporter, drivmedel, vatten, värmesystem, fläktar och andra liknande resurser som inte används vid själva utförandet av vården. Skyldighet att lämna hjälp omfattar alla sorters resurser som behövs för att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa, men kan aldrig avse andra resurser än de som en kommun eller region kan förfoga över. Läkemedelsverket framför att det behöver övervägas om begreppet lämna hjälp behöver förtydligas i termer av t.ex. lämna bistånd, utföra, överta eller motsvarande. Mot bakgrund av de många olika former av hjälp som kan bli aktuella bedömer regeringen i likhet med utredningen att det inte är lämpligt att, som Läkemedelsverket föreslår, på förhand närmare ange vad hjälpen kan bestå av.

Det ska införas ett skyndsamhetskrav i bestämmelsen om skyldighet att lämna hjälp

Göteborgs kommun framför att en katastrof kan innefatta många olika situationer och graderingar och är frågande till om det system som utredningen föreslår är tillräckligt snabbt för att omhänderta riktigt allvarliga katastrofer, exempelvis krig. Även Socialstyrelsen tar upp behovet av ett snabbt agerande och anser att det uttryckligen bör framgå att andra kommuner och regioner är skyldiga att skyndsamt lämna hjälp. Regeringen anser visserligen att det ligger i sakens natur att frågor om hjälp måste hanteras skyndsamt. För att säkerställa att så sker föreslår dock regeringen att det införs ett uttryckligt krav i lag om att hjälp ska lämnas skyndsamt.

Anmälan av hjälpbehov ska göras till Socialstyrelsen

Det behövs en tydlig process för att frågor om hjälp ska hanteras på ett snabbt och effektivt sätt. Vid vissa händelser kan det mycket snabbt stå klart för en kommun eller region att det kommer att behövas hjälp. I andra situationer kan det vara svårare att bedöma om det kommer att uppkomma ett hjälpbehov.

Regeringen föreslår därför, i enlighet med utredningens förslag, att det ska införas en bestämmelse som innebär att den kommun eller region som behöver hjälp ska anmäla detta. Regeringen anser även, i likhet med utredningen, att en kommun eller region som kan antas komma att behöva hjälp av andra kommuner och regioner ska anmäla detta. Som exempel på situationer när en kommun eller region kan antas komma att behöva hjälp kan nämnas störningar i samhället som påverkar t.ex. el- eller vattenförsörjning och som bedöms allvarligt kunna påverka hälso- och sjukvården, men där det inte uppstår omedelbara effekter.

En anmälan om hjälp bör göras omgående, om en kommun eller region konstaterar att ett hjälpbehov uppstått, eller så snart det bedöms finnas en konkret risk för ett katastroftillstånd.

Enligt utredningens förslag ska anmälan göras till den som får besluta om hjälp. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska besluta om hjälp och tillika ta emot anmälan om hjälp. Regeringen bedömer dock att det är regeringen som bör besluta om hjälp (se rubriken Beslut om hjälp bör fattas av regeringen). Samtidigt anser regeringen att Socialstyrelsen, i egenskap av förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvårdsfrågor och sektorsansvarig beredskapsmyndighet, bör ha en central roll i beredningen av beslut om hjälp. Det är därför lämpligt att Socialstyrelsen tar emot anmälningar om hjälp. Föreskrifter som ytterligare anger när och på vilket sätt anmälan ska göra, vilka uppgifter en anmälan ska innehålla och när och hur Socialstyrelsen ska meddela regeringen om hjälpbehovet bedöms nödvändiga (se rubriken Föreskrifter som reglerar regeringens förutsättningar att meddela beslut om hjälp).

Samverkan ska initieras så snart som möjligt

När en anmälan om hjälpbehov har gjorts behöver det skapas en första lägesbild av problemen och vilka kommuner, regioner eller statliga aktörer som kan vara lämpliga hjälplämnare. En samverkan med bl.a. berörda kommuner och regioner och myndigheter behöver därför inledas snarast

möjligt. Under samverkan behöver bl.a. omfattningen av hjälpbehovet utredas, vilka möjligheter till frivillig hjälp som finns och om det finns behov av att fatta beslut om hjälp. Även efter det att ett beslut har fattats kan det enligt regeringens bedömning finnas ett behov av fortsatt samverkan så länge katastrofstillståndet inte har hävts, för att vidtagna åtgärder ska kunna följas upp och ytterligare åtgärder vidtas vid behov.

Det bör säkerställas att samverkan kommer till stånd och det bör därför finnas en skyldighet att delta i samverkan på begäran av den myndighet som regeringen bestämt. En generellt tillämplig bestämmelse om samverkan finns i 8 § förvaltningslagen (2017:900). Denna bestämmelse gäller för all förvaltningsverksamhet hos såväl förvaltningsmyndigheter som domstolar och skulle möjligen räcka för den samverkan som krävs i samband med beslut om hjälp. Regeringen anser dock, i likhet med utredningen, att det är tydligare om en bestämmelse om samverkansskyldighet kopplas direkt till bestämmelserna om hjälp.

Enligt regeringen bör samverkan omfatta kommuner och regioner, myndigheter och andra statliga aktörer som har ansvar för frågor av betydelse för att kunna lösa de problem som föranlett hjälpbehovet eller som är av betydelse för att kunna tillgodose hjälpbehovet. Det kan t.ex. handla om statliga aktörer med ansvar för frisläppande av statliga resurser såsom sjukvårdsprodukter samt länsstyrelser eller eventuellt civilområdeschefer som har kunskaper om regionala förhållanden som kan påverka möjligheterna att ge hjälp. Som flera länsstyrelser, som t.ex. *Länsstyrelsen i Norrbottens län*, framhåller har den regionala nivån också en viktig roll vid beslut, bl.a. när det handlar om att väga olika intressen mot varandra. Regeringen delar även *Försvarsmakten* syn på myndighetens betydande roll vid en sådan samverkan. Försvarsmakten förordar att det i hälso- och sjukvårdslagen införs ett samrådskrav med myndigheten. Regeringen bedömer dock att ett sådant krav inte bör införas i lag.

I en samverkansgrupp bör enligt regeringen endast de aktörer som bedöms vara berörda ingå. Samverkansgruppens sammansättning måste således anpassas efter situationen och det innebär att sammansättningen av gruppen kan ändras över tid. Även kommuner, regioner och statliga myndigheter som inte ingår i samverkansgruppen kan behöva information om läget och vad som framkommer vid samverkan.

När det finns förutsättningar för det bör det inledande skedet av samverkan syfta till att underlätta kommuners och regioners arbete med att lösa uppkomna problem på frivillig grund utan att ett beslut om hjälp behöver fattas. Genom samverkan kommer det sannolikt bli tydligare för de inblandade vilka hjälpbehov som faktiskt föreligger. Det bör också bli enklare att ytterligare avgränsa och precisera hjälpbehoven.

Hjälp syftar till att en kommun eller region ska kunna utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa och det är viktigt att beakta att hantering av hjälpbehov har en direkt koppling till den tid inom vilken det ur medicinsk synpunkt är nödvändigt att utföra vården. Frågor om hjälp kommer därmed att behöva hanteras med stor skyndsamhet. I situationer då ett hjälpbehov ännu inte har uppkommit finns det sannolikt mer tid att samverka kring lösningar, men när ett hjälpbehov väl föreligger kommer det att krävas skyndsamma ställningstaganden och beslut i fråga om vilka åtgärder som ska vidtas.

I lagrådsremissen redogörs för att regeringen bör besluta om hjälp, inte Socialstyrelsen, och utredningen föreslår att den som beslutar om hjälp även ska initiera en samverkan (se rubriken Beslut om hjälp bör fattas av regeringen). Regeringen anser dock att Socialstyrelsen bör ha en central roll i beredningen av beslut om hjälp och därför bör vara den som snarast möjligt ska initiera samverkan med berörda aktörer.

Mot ovanstående bakgrund föreslår regeringen att det införs en uttrycklig skyldighet för kommuner, regioner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov på begäran av den myndighet som regeringen har bestämt.

Beslut om hjälp bör fattas av regeringen

För det fall hjälpbehovet inte kan förväntas lösas av kommunen eller regionen själv eller genom samverkan bör en statlig aktör kunna fatta beslut om att hjälp ska lämnas.

Utredningen föreslår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få besluta att en kommun eller region ska lämna hjälp. Enligt utredningen är Socialstyrelsen den myndighet som lämpligen bör besluta om hjälp. Utredningen framhåller att Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård och socialtjänst. Socialstyrelsen har bl.a. ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde.

Av Socialstyrelsens remissvar framgår det att myndigheten inte delar utredningens bedömning att myndigheten ska ta beslut om hjälp. Socialstyrelsen menar att sådana beslut på nationell nivå bör fattas av regeringen, som har en bättre överblick över de nationella behoven. Även Länsstyrelsen i Uppsala län är av uppfattningen att beslut om hjälp bör fattas av regeringen. FOI anför att lösningar som innebär mandat till vissa centrala myndigheter att meddela föreskrifter gentemot kommuner och regioner när det gäller prioriteringar och omfördelningar av resurser utgör betydande ingrepp i dessa aktörers uppdrag. FOI anser även att utredningens förslag underminerar demokratin genom en ökad tjänstemannamakt över lokala och regionala politiska gemenskaper.

Det är uppenbart att ett ärende om hjälp kan vara komplext och innebära svåra avvägningar och bedömningar. Enligt regeringens bedömning, och inte minst med beaktande av det som FOI framför om att ett beslut om hjälp kommer innebära ett betydande ingrepp i kommuner och regioners uppdrag, bör regeringen vara den aktör som fattar beslut om hjälp och om omfattningen av sådan hjälp. Samtidigt anser regeringen att det bör finnas en möjlighet för regeringen att delegera ansvaret att fatta beslut om hjälp till en myndighet, för att möjliggöra större flexibilitet under mycket svåra och ansträngda förhållanden då hjälpbehoven kan vara stora och förhållandena ändras snabbt. Det bör därför, såsom utredningen föreslår, anges i lag att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får besluta om hjälp.

Även om beslut om hjälp bör fattas av regeringen behöver Socialstyrelsen ha en central roll i beredningen av beslut om hjälp. Socialstyrelsen är beredskapsmyndighet och sektorsansvarig myndighet

och har ett ansvar att bl.a. samordna och övervaka planeringen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap (se förordningen om statliga myndigheters beredskap). På Socialstyrelsen finns sakkunskap som behövs för bl.a. de medicinska bedömningar som kan behöva göras. För prioritering och fördelning av vårdresurser krävs särskilda kunskaper om hur bl.a. hälso- och sjukvården fungerar och även insikter i rent medicinska frågor för att det ska vara möjligt att rätt värdera konsekvenserna av en utebliven eller beviljad hjälpinsats.

Flera länsstyrelser, som t.ex. Länsstyrelsen i Norrbottens län, framhåller den regionala nivåns roll vid beslut, bl.a. när det handlar om att väga olika intressen mot varandra. De framför bl.a. att den civilområdesansvariga länsstyrelsen bör ha mandat att fatta beslut om omfördelning av resurser i situationer där kommunikation mellan myndigheterna inte är möjlig. Regeringen anser att den regionala nivåns roll är viktig och särskilt i den samverkan som ska ske inför regeringens beslut om hjälp. I propositionen Totalförsvaret 2025–2030 görs bedömningen att formerna för hur sektorsansvariga myndigheter och civilområdesansvariga länsstyrelser kan förstärkas bör analyseras vidare (prop. 2024/25:34 s. 113). Regeringen avser återkomma i frågan. Frågan om länsstyrelsens roll behandlas inte vidare inom ramen för denna lagrådsremiss.

Närmare om beslut om hjälp

En förutsättning för beslut om hjälp bör vara att den hjälpbehövande kommunen eller regionen först har uttömt de egna möjligheterna att lösa situationen på kort sikt. Vidare är det en förutsättning att behoven inte har gått att lösa genom samverkan eller på annan väg.

Beslut om hjälp ska som regel inte få medföra att en kommun eller region som ska lämna hjälp själv blir hjälpbehövande (se rubriken Skyldighet att lämna hjälp och vissa förutsättningar för hjälpen). Beslutet ska syfta till att utjämna sådana mycket stora skillnader i förmågan att erbjuda vård som kan uppstå vid ett katastroftillstånd.

Vid bedömningar av hjälpbehov bör statens möjligheter att ge hjälp särskilt beaktas. Här kan exempelvis lager med sjukvårdsprodukter och andra resurser som staten förfogar över vara av betydelse. Vid denna bedömning bör även möjligheten till internationellt stöd beaktas och som *Svenska Röda Korset* framhåller har även civilsamhället en roll att avlasta den offentliga hälso- och sjukvården. Även sådana möjligheter till hjälp bör beaktas.

En annan omständighet som behöver beaktas vid beslut om hjälp är att det framstår som sannolikt att beslutet kan verkställas. Inte minst vid krig kan det finnas stora svårigheter att transportera patienter eller resurser mellan vårdgivare i olika delar av landet. Även i fredstid kan de särskilda krav som gäller för transporter av vissa produkter, t.ex. krav på kylförvaring, medföra problem att flytta resurser. Det kan därför finnas skäl att beakta det geografiska avståndet mellan den kommun eller region som ska svara för hjälpen och den hjälpsökande kommunen eller regionen.

Ett beslut om hjälp bör så långt möjligt avgränsas i tid för att undvika att nya omständigheter medför att ett beslut om hjälp inte leder till avsett resultat, exempelvis genom att en hjälplämnande kommun eller region själv blir hjälpbehövande. Att på förhand slå fast en generell gräns för ett

hjälpbesluts avgränsning i tid i författning är knappast möjligt, utan detta måste avgöras med hänsyn till rådande omständigheter. Allmänt kan sägas att det i situationer med omfattande störningar i samhället, såsom vid hybridhot och gråzonsproblematik eller vid krig, många gånger endast är möjligt att göra bedömningar utifrån korta tidshorisonter. I andra situationer kan det vara möjligt att göra bedömningar som sträcker sig över en något längre tid. Efter ett beslut om hjälp behöver beslutsfattaren följa utvecklingen och ha beredskap för att skyndsamt ompröva beslutet eller vid behov fatta nya beslut om hjälp.

Beslutet bör även enligt regeringen avse omfattningen av den hjälp som ska lämnas och beslutet måste därför utformas och avgränsas så att det är tydligt vad hjälpen ska bestå av. Om det finns flera möjliga alternativ till hjälp måste det övervägas vilket av alternativen som med hänsyn till omständigheterna är lämpligast. Många gånger kan det vara fråga om det är lämpligast att flytta sjuka patienter från en hjälpbehövande kommun eller region eller om resurserna som behövs för att vårda patienter ska föras till den hjälpbehövande kommunen eller regionen.

Utredningen föreslår att det i lag införs en bestämmelse om att beslut om hjälp ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna, varvid sådan hjälp som kan ordnas genom staten särskilt ska beaktas. Regeringen anser att ytterligare bestämmelser om utformning av beslut om hjälp i stället bör regleras i förordning. Även andra bestämmelser om vad beslut om hjälp ska innehålla kan dock behöva tas fram. Det bedöms att sådana föreskrifter kan beslutas med stöd av det föreslagna bemyndigandet (se rubriken Föreskrifter som reglerar regeringens förutsättningar att meddela beslut om hjälp).

Göteborgs kommun är frågande till om systemet är tillräckligt snabbt för att omhänderta riktigt allvarliga händelser såsom krig. Som tidigare nämnts bedömer regeringen att frågor om hjälp måste hanteras med skyndsamhet, vilket måste beaktas i alla led, från det att hjälpbehovet blir känt och anmälan görs till dess att hjälpbehovet upphör.

Andra regleringar som påverkar möjligheten att lämna hjälp

Hänsyn behöver också tas till att det kan finnas andra regleringar som påverkar möjligheterna att lämna viss hjälp. Som exempel kan nämnas krav som ställs i lagstiftningen om handel och annan hantering av läkemedel. Omfördelning av läkemedel mellan apotek är inte tillåtet enligt lagen om handel med läkemedel. I Läkemedelsverkets rapport Uppdrag att förebygga rest- och bristsituationer (Läkemedelsverket, maj 2024) lämnas vissa förslag i syfte att möjliggöra viss omfördelning av läkemedel mellan apotek. Läkemedelsverkets förslag innebär dock inte att andra aktörer än apotek får omfördela läkemedel.

Informationsöverföring behövs för adekvata beslutsunderlag

Beslut om hjälp kan i många fall behöva fattas skyndsamt och det är därför viktigt att regeringen snabbt kan överblicka situationen och skapa sig en tillräckligt god lägesuppfattning så att adekvata åtgärder kan vidtas. I sådana kritiska situationer är kommunernas och regionernas kunskap om aktuell egen förmåga att hantera bl.a. händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka mycket viktig. För att kunna besluta och samordna

hjälpinsatser behöver det därför, som Socialstyrelsen lyfter, finnas tillgång till ett adekvat beslutsunderlag. Beslutsunderlaget bör innehålla lägesbilder och relevanta uppgifter om exempelvis vissa av kommuners och regioners fastställda kapacitetsgränser samt hur förhållandet mellan vårdresurser och vårdbelastning är och utvecklas. Det bör också finnas information om vidtagna och planerade åtgärder. Sådana uppgifter måste kunna inhämtas från alla berörda regioner och kommuner, både hjälpbehövande och de som kan bli aktuella för att lämna hjälp.

Det kan även finnas behov av att få in uppgifter om situationen i andra kommuner och regioner som skulle kunna påverkas, för att få en helhetsbild. Beslut om hjälp kan inte vila på att det endast är den drabbade kommunen eller regionen som rapporterar lägesbilder. Det kan behövas en samlad lägesbild av situationen i flera kommuner och regioner.

Mot denna bakgrund konstaterar regeringen att det finns behov av informationsöverföring från kommuner och regioner så att det finns adekvata beslutsunderlag för att beslut om hjälp och samordning av hjälpinsatser ska kunna ske.

Det finns behov av en skyldighet för kommuner och regioner att lämna uppgifter

Flera av de uppgifter som är relevanta för beslut om hjälp, som bl.a. förmåga och tillgänglig kapacitet i hälso- och sjukvården, kan vara skyddsvärd av flera anledningar och kan därför omfattas av sekretess enligt bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen.

Uppgifter om förmåga som kommuner och regioner lämnar i lägesbilder skulle kunna omfattas av sekretess enligt 18 kap. 13 § OSL. Enligt den bestämmelsen omfattas uppgifter av sekretess när de förekommer i en myndighets verksamhet som består i risk- och sårbarhetsanalyser avseende fredstida krissituationer, planering och förberedelser inför sådana situationer eller hantering av sådana situationer, om det kan antas att det allmännas möjligheter att förebygga och hantera fredstida kriser motverkas om uppgiften röjs.

Uppgifter i lägesbilder om kapaciteten i sjukvården kan också omfattas av sekretess till skydd för Sveriges säkerhet, enligt 15 kap. 2 § OSL. Enligt 15 kap. 2 § OSL gäller sekretess för uppgift som rör verksamhet för att försvara landet eller planläggning eller annan förberedelse av sådan verksamhet eller som i övrigt rör totalförsvaret, om det kan antas att det skadar landets försvar eller på annat sätt vållar fara för rikets säkerhet om uppgiften röjs. Totalförsvaret består av både militärt försvar och civilt försvar. I förarbetena till bestämmelsen anges att det civila försvaret omfattar alla de beredskapsförberedelser som bl.a. statliga civila myndigheter vidtar i fredstid och all den civila verksamhet som behövs under krigsförhållanden för att stödja Försvarmakten, skydda och rädda liv och egendom, trygga en livsnödvändig försörjning och upprätthålla viktiga samhällsfunktioner (se prop. 1994/95:7 s. 49–52).

Med hänsyn till ovan nämnda sekretessbestämmelser bedömer regeringen att det finns behov av en sekretessbrytande bestämmelse för att kommuner och regioner ska kunna lämna över vissa uppgifter till regeringen eller Socialstyrelsen för beslut om hjälp. I 10 kap. OSL finns sekretessbrytande bestämmelser och bestämmelser om undantag från

sekretess. Enligt 10 kap. 28 § OSL hindrar inte sekretess att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. Regeringen föreslår därför att det ska införas en uppgiftsskyldighet för att säkerställa att nödvändiga uppgifter kan lämnas från kommuner och regioner så att beslut om hjälp kan fattas. En bestämmelse om en uppgiftsskyldighet tydliggör även kommunernas och regionernas ansvar för sådan informationsöverföring och säkerställer, som Socialstyrelsen framhåller, tillgång till adekvata beslutsunderlag så att beslut om hjälp kan fattas.

Uppgiftsskyldigheten bör omfatta information om bl.a. lägesbilder och annan nödvändig information som behövs för att regeringen ska kunna fatta beslut om hjälp. Närmare beskrivning av vilka uppgifter som ska omfattas av uppgiftsskyldigheten bör dock framgå av föreskrifter som beslutats av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer (se rubriken Föreskrifter som reglerar regeringens förutsättningar att meddela beslut om hjälp). Uppgiftsskyldigheten ska endast omfatta de uppgifter som behövs för regeringens beslut om hjälp. Syftet med uppgiftsskyldigheten är att skapa en bild över hälso- och sjukvårdens kapacitet i Sverige så att ett beslut om att hjälp ska kunna meddelas för kommuner och regioner där det råder katastrofstillstånd. Beslut om hjälp syftar i sin tur ytterst till att avvärja ett akut eller överhängande hot mot befolkningens liv och hälsa. Uppgiftsskyldigheten bedöms därmed som nödvändig för att regeringen ska kunna besluta om hjälp. Åtgärden bedöms också vara proportionerlig då några mindre ingripande åtgärder inte bedöms kunna uppfylla det angivna syftet. Personuppgiftsbehandling med anledning av förslagen om uppgiftsskyldighet behandlas närmare i avsnitt 8.

Utredningen bedömer att skyldigheten att lämna uppgifter bör kunna fullgöras i princip omedelbart. *Region Skåne* anser dock att det behöver förtydligas vad som avses med att uppgiftsskyldigheten ska kunna fullgöras omedelbart. Regeringen anser att det är viktigt att uppgiftsskyldigheten hanteras skyndsamt. För att uppgifterna ska vara aktuella krävs det att kommuner och regioner som kan behöva lämna uppgifter kan uppdatera uppgifterna löpande. En sådan förmåga bör dock enligt regeringen vara nödvändig även för att kommuners och regioners beslutsfattare snabbt ska kunna hantera kritiska situationer i den egna verksamheten.

Eftersom händelseutvecklingen kan vara osäker anser regeringen i likhet med *Försvarshögskolan* att ett beslut om hjälp kan behöva omprövas om förhållandena hos den hjälplämnande aktören, eller inom dess geografiska verksamhetsområde, skulle förändras efter det att stödet till mottagaren av hjälpen har påbörjats. Med anledning av detta kan det finnas ett kontinuerligt behov av uppgiftslämnande efter det att ett beslut om hjälp har fattats. Det kan t.ex. handla om en situation där en hjälplämnade aktör under höjd beredskap drabbats av en allvarlig krigsskada och den aktörens resurser behövs inom den egna verksamheten i stället för hos den hjälpmottagande aktören. Det kan även finnas situationer där hjälpinsatser har gjorts, men där det ändå inte gått att häva katastrofstillståndet och uppgiftslämnande behövs för nya hjälpbeslut. Sådana uppgifter som lämnas kan även ligga till grund för beslut om kvalificerat katastrofstillstånd (se avsnitt 5.7). Regeringen utgår dock från att överföring av uppgifter föregås av kontakter mellan berörda för att

säkerställa att endast relevanta uppgifter som behövs för mottagande myndighets verksamhet lämnas ut.

Utredningen föreslår att uppgifterna ska lämnas till den som beslutar om hjälp. Med hänsyn till att det nu föreslås att regeringen ska fatta beslut om hjälp och att en myndighet såsom Socialstyrelsen bör ha en central roll i beredningen av beslutet är det dock, enligt regeringen, lämpligare att den myndighet som regeringen bestämmer är mottagare av uppgifterna från kommuner och regioner. Mottagaren av dessa uppgifter bör sammanställa informationen som en del i ett beslutsunderlag till regeringen.

Befintliga sekretessbestämmelser bedöms tillräckliga

De uppgifter som omfattas av sekretess enligt 15 kap. 2 § och 18 kap. 13 § OSL hos kommuner och regioner, och som kan lämnas över till Socialstyrelsen, bör även omfattas av sekretess enligt samma bestämmelser hos regeringen och Socialstyrelsen efter överlämnandet.

Regeringen bedömer därför att de uppgifter som kan komma att omfattas av den föreslagna uppgiftsskyldigheten kommer att ha ett tillfredsställande sekretesskydd hos regeringen och den mottagande myndigheten. Det finns därför inte skäl att införa ytterligare sekretessbestämmelser.

Ersättning för lämnad hjälp

På samma sätt som enligt bestämmelserna i 4 kap. 1 § LEH om ersättning för lämnad hjälp, bör kommuner och regioner som lämnar hjälp enligt de föreslagna bestämmelserna i denna lagrådsremiss ha rätt till skälig ersättning. Ersättningen bör betalas av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen. Regeringen föreslår därför att det i lag införs en bestämmelse som innebär att den kommun eller region som har lämnat hjälp ska ha rätt till skälig ersättning av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen. Detta torde i flertalet fall medföra att de faktiska kostnaderna för hjälpen ersätts. I enstaka fall kan det dock inte uteslutas att hjälp lämnats på ett sådant sätt att det medfört oskäligt höga kostnader. Vad som är skäligt får avgöras genom en helhetsbedömning av omständigheterna i det enskilda fallet. En utgångspunkt kan vara de avtal som finns mellan regionerna som gäller i de fall en person får vård utanför sin hemregion, t.ex. Riksavtalet för utomlänsvård.

SKR m.fl. framför att i de fall kommuner och regioner drabbas av en katastrof har också staten en given roll att med bl.a. statliga ekonomiska resurser stödja såväl hjälpbehövande som givande kommuner och regioner. Regeringen bedömer att en kommun eller region ibland kan stå inför stora utmaningar även efter det att ett katastroftillstånd har hävts, inte minst ekonomiskt. Sådana situationer får hanteras med utgångspunkt i bl.a. tillämpliga finansieringsprinciper och omständigheterna i den aktuella situationen.

Föreskrifter som reglerar regeringens förutsättningar att meddela beslut om hjälp

Regeringen bedömer, i likhet med utredningen, att det finns behov av föreskrifter som ytterligare reglerar förutsättningarna för beslut om hjälp. Det finns också behov av föreskrifter som ytterligare beskriver på vilket sätt anmälan om hjälpbehov ska göras och vilka uppgifter en anmälan ska

inhålla. Det bedöms även nödvändigt att ta fram föreskrifter som ytterligare beskriver t.ex. hur samverkan ska gå till och vilka myndigheter som ska delta i en sådan samverkan. Det behövs också föreskrifter som ytterligare anger vilka uppgifter som ska lämnas, hur uppgifterna ska lämnas och hur ofta de ska lämnas. Föreskrifter som ytterligare anger t.ex. vad som särskilt bör beaktas vid beslut om hjälp och vad ett sådant beslut bör innehålla bedöms dessutom nödvändiga. Det kan vidare finnas skäl att föreskriva om vad som ska beaktas vid bedömningar av om en kommun eller region ska anses ha avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa än andra kommuner eller regioner. Det kan inte heller uteslutas att det kan behövas även andra föreskrifter.

En del av de föreskrifter som kan behövas bör kunna meddelas av regeringen med stöd av 8 kap. 7 § första stycket 1 regeringsformen och regeringen kan då också med stöd av 8 kap. 11 § samma lag bemyndiga en myndighet under regeringen att meddela sådana föreskrifter. Det bedöms dock vara tveksamt om samtliga föreskrifter som kan vara nödvändiga för beslut om hjälp kan meddelas som verkställighetsföreskrifter. Likt utredningen anser därför regeringen att det bör införas bemyndiganden i hälso- och sjukvårdslagen som ger stöd för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter som behövs för beslut om hjälp.

Regeringen anser dock att bestämmelsen om bemyndigande bör ha en annan utformning än den utredningen föreslår. I stället för att endast ange att bemyndigandet ska avse föreskrifter som behövs för beslut om hjälp, föreslår regeringen att det tydligare uttrycks i lagen vad bemyndigandet faktiskt avses omfatta.

Regeringen föreslår därför att det införs bemyndiganden i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter om anmälan om hjälp, samverkan i frågor om hjälp och uppgiftsskyldigheten.

Eftersom regeringen föreslås få besluta om hjälp anser regeringen att sådana föreskrifter, som ytterligare anger t.ex. vad som särskilt bör beaktas vid beslut om hjälp och vad ett sådant beslut bör innehålla, endast bör meddelas av regeringen. Regeringen föreslår mot den bakgrunden att det införs ett bemyndigande i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att regeringen ska få meddela ytterligare föreskrifter om ärenden om hjälp.

Av Socialstyrelsens rapport Stärkt nationell och regional förmåga vid masskadehändelser framgår att myndigheten har vidareutvecklat och påbörjat implementering i sin interna krisberedskapsorganisation av en nationell masskadeplan som redovisats i ett tidigare uppdrag. Socialstyrelsen lämnar bl.a. förslag om ett nationellt masskadelarm och utveckling av de mallar eller formulär som ska användas av drabbad respektive stödjande regioner vid begäran och erbjudande om stöd vid en masskadehändelse. Vid utformning av föreskrifter om anmälan av hjälpbehov är det lämpligt att de rutiner som utformas för masskadehändelser beaktas.

Tillsyn och ansvarsutkrävande

I flera remissvar, från bl.a. IVO, SKR, Region Västerbotten, Region Dalarna, Region Halland och Region Skåne, aktualiseras frågan om

ansvarsutkrävande och ansvar för de beslut som ska fattas enligt utredningens förslag. IVO anser att själva genomförandet av ett hjälpbeslut kan ha olika effekter på kvalitet och patientsäkerhet, dvs. de kan genomföras olika effektivt (t.o.m. när det handlar om katastroftillstånd) och därmed har kommunerna och regionerna i fråga ett visst ansvar som IVO får utkräva. *Region Örebro* framhåller däremot att det inte kan bli fråga om ett utkrävande av ansvar av hjälplämnande kommuner eller regioner för de följder som ett sådant beslut får. SKR menar att i en situation där hjälp har lämnats aktualiseras frågan om ansvarsutkrävande av regeringen eller den statliga myndighet som har fattat beslutet om hjälp, eller i vissa fall kanske även ansvar för beslut som inte har tagits.

I en situation där staten ingriper i den kommunala självstyrelsen genom beslut som innebär att vårdresurser som finns i en kommun eller region ska nyttjas för andra kommuner eller regioners behov bör det, enligt regeringen, allmänt sett inte bli fråga om att utkräva ansvar av hjälplämnande kommuner eller regioner för själva beslutet, dess omfattning och utformning. Regeringen anser, såsom SKR m.fl. betonar, att det i stället bör bli fråga om ansvarsutkrävande av den som har fattat beslutet om hjälp, dvs. regeringen enligt förslaget i denna lagrådsremiss, eller som ansvarar för att ett beslut inte har fattats. Sådant ansvarsutkrävande kan aktualiseras främst inom ramen för riksdagens uppgift att kontrollera hur bl.a. regeringen sköter sitt arbete. När det gäller åtgärder av statliga och kommunala myndigheter, tjänstemän och andra befattningshavare vid dessa myndigheter har Riksdagens ombudsmän ett tillsynsansvar enligt lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän.

Regeringen anser dock att IVO bör kunna utkräva ansvar, i enlighet med patientsäkerhetslagens bestämmelser om tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal, för hur själva genomförandet av ett beslut om hjälp till en annan kommun eller region har påverkat kvalitet och patientsäkerhet för befolkningen i de berörda kommunerna eller regionerna. Regeringen vill dock betona att hänsyn då självfallet måste tas till sådana effekter av beslutet som den hjälplämnande kommunen eller regionen inte har kunnat påverka.

I vilken lag bör bestämmelserna införas?

Socialstyrelsen anser att bestämmelserna om hjälp ska införas i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap i stället för i hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen anser vidare att skyldigheten att lämna hjälp inte enbart bör begränsas till hälso- och sjukvården. Enligt myndigheten skulle en lagteknisk ordning av det slag som utredningen föreslår riskera att försvåra förståelsen för det övergripande arbetet med hjälpsatser vid en katastrof i regioner och kommuner. Region Skåne anser att det finns risk för oklarheter om olika lagstiftningar gäller för olika uppdrag och verksamheter inom ramen för regionens verksamhetsområde.

De bestämmelser som finns i dag om bistånd mellan kommuner och regioner finns framför allt i 4 kap. LEH. Den lagen är emellertid inte sektorsspecifik utan har en generell utformning. Enligt regeringen lämpar det sig därför inte särskilt väl att reglera skyldigheten att lämna hjälp inom

hälso- och sjukvården i den lagen. Skyldigheten bör i stället regleras i hälso- och sjukvårdslagen, vilket är i enlighet med utredningens förslag. I betänkandet Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig (SOU 2024:65) lämnas heller inga förslag som frångår den nuvarande strukturen, dvs. att lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap har en generell utformning.

Förslagets förhållande till annan lagstiftning på beredskapsområdet

Utredningen föreslår att det i lag införs en bestämmelse som klargör att bestämmelserna i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap inte ska tillämpas i de fall bestämmelserna om hjälp i hälso- och sjukvårdslagen är tillämpliga. Regeringen kan dock konstatera att hälso- och sjukvårdslagen är att anse som en specialförfattning (lex specialis) och att lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap innehåller en generell författningsreglering (lex generalis). Regeringen bedömer att det varken är nödvändigt eller ändamålsenligt med ett sådant klargörande i den senare lagen, som utredningen föreslår, med hänsyn till att specialförfattningar har företräde framför bestämmelser i en generell författning.

Utredningen föreslår även att det införs en bestämmelse i lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap som innebär att bestämmelserna i den lagen inte gäller om annat följer av hjälpbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen anser att ett sådant klargörande är nödvändigt och ändamålsenligt eftersom lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap är att anse som en specialförfattning i likhet med hälso- och sjukvårdslagen och ingen av författningarna kan sägas ha företräde framför den andra. Det finns därför skäl för ett tydliggörande i enlighet med det utredningen föreslår.

Ska det införas ett förbud mot att överklaga beslut om hjälp?

Utredningen föreslår att det införs en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som innehåller ett förbud mot att överklaga beslut om hjälp. Som skäl för det anger utredningen att besluten inte rör civila rättigheter och att besluten inte bedöms kunna verkställas omgående utan ett sådant förbud. Enligt utredningens förslag ska det i lag anges att sådana beslut får fattas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. Utredningen gör också bedömningen att regeringen bör delegera ansvaret att fatta beslut till Socialstyrelsen.

Regeringen anser däremot att beslut om hjälp som huvudregel ska fattas av regeringen, även om det föreslås en möjlighet för regeringen att delegera ansvaret för att fatta beslut om hjälp till en myndighet. De allmänna bestämmelserna om överklagande i förvaltningslagen (2017:900) är inte tillämpliga i fråga om regeringens beslut. Regeringen bedömer även, i likhet med utredningen, att det inte finns skäl att låta ett beslut om hjälp av en myndighet vara överklagbart.

Mot denna bakgrund anser regeringen att det finns skäl, såsom utredningen föreslår, att införa ett överklagandeförbud vad gäller beslut

om hjälp. Besluten bedöms därför även kunna verkställas omedelbart (jfr 35 § förvaltningslagen).

5.7 Bestämmelser om kvalificerat katastroftillstånd och den vård som ska bedrivas under sådana förhållanden

Regeringens förslag: Om det råder katastroftillstånd i en kommun eller region och det inte är möjligt att ge den hjälp som krävs för att katastroftillståndet ska upphöra, ska regeringen få besluta att kvalificerat katastroftillstånd råder i den kommunen eller regionen. När förhållandena inte längre är sådana att de motiverar ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd, ska regeringen besluta att sådant tillstånd inte längre ska gälla.

Om ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd har meddelats, ska den kommun eller region som beslutet avser så långt det är möjligt erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Om ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd har meddelats, ska den kommun eller region som beslutet avser och vårdgivare i en sådan kommun eller region, så långt det är möjligt, fullgöra de skyldigheter i hälso- och sjukvårdslagen som avser

- god kvalitet och hygienisk standard, patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
- främjande av goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
- tillgänglighet, tillgång till personal, lokaler, sjukvårdsprodukter och övrig utrustning som behövs för god vård, och systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av kvaliteten i verksamheten.

Utredningens förslag (SOU 2022:6) överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslår att även den myndighet som regeringen bestämmer ska få besluta om det som i utredningens förslag kallas katastroftillstånd men som i regeringens förslag benämns kvalificerat katastroftillstånd. Utredningen föreslår vidare att kommuner och regioner, utan hinder av övriga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, ska erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda och så långt det är möjligt även fullgöra övriga åligganden som följer av nämnda lag. Utredningen föreslår även att vårdgivare ska se till att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt. Utredningen föreslår att det ska anges i lag att beslut om katastroftillstånd inte ska kunna överklagas. Utredningens förslag har även en annan språklig och redaktionell utformning än regeringens förslag.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna tillstyrker utredningens förslag. *Statskontoret* bedömer att förslaget innebär en ökad enhetlighet vilket ger förutsättningar för en ökad nationell likvärdighet och jämlikhet.

Folkhälsomyndigheten och *Länsstyrelsen i Uppsala län* avstyrker förslaget. Länsstyrelsen menar bl.a. att om en sådan ordning som föreslås ska införas i det svenska krishanteringssystemet bör endast regeringen

fatta beslut om att katastroftillstånd råder i en region eller en kommun. Folkhälsomyndigheten framför bl.a. att det kan ifrågasättas om förslagen är i enlighet med Genèvekonventionernas krav. *Socialstyrelsen* och *Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)* anser bl.a. att de närmare formerna för förslaget kan behöva ses över ytterligare och att frågan om katastroftillstånd bör belysas ur ett bredare perspektiv än endast hälso- och sjukvård samt omsorg. Socialstyrelsen och MSB anser att användningen av begreppet katastroftillstånd och ett tillhörande särskilt beslut framstår som oklart i förhållande till nuvarande principer för svensk krishantering där det saknas särskilda regler om undantagstillstånd eller liknande för fredstida kriser. *Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI)* ställer sig frågande till hur rättssäkerheten säkerställs vid beslut om katastroftillstånd. *Länsstyrelsen i Skåne län* anser att respektive berörd kommun eller region är bäst lämpad att bedöma och benämna händelsen. *Region Östergötland* delar inte utredningens uppfattning att det saknas mindre ingripande alternativ till reglering eller andra lösningar som på samma sätt skulle säkerställa de bestämmelser som utredningen nu föreslår. *Region Norrbotten* är tveksam till att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska kunna besluta om katastroftillstånd och anser att det strider mot det kommunala självstyret och även mot ansvarsprincipen. *Västra Götalandsregionen* framför att om förslaget om begreppet katastroftillstånd antas är det av största vikt att tillämpningen inte endast utgår ifrån hälso- och sjukvårdslagen utan även annan reglering som påverkar förmågan att utöva hälso- och sjukvård så att det inte förekommer målkonflikter eller olika tillämpningar av begreppen.

Flera remissinstanser, såsom *Region Skåne*, lämnar synpunkter på användningen av begreppet katastroftillstånd. MSB är tveksam till det lämpliga i att definiera väldigt specifika juridiska begrepp kopplade till ett vanligt förekommande svenskt ord. *Region Västerbotten* ser en risk för att begreppet katastroftillstånd sammanblandas med andra begrepp såsom extraordinär händelse och beredskapsnivån katastrofläge och ser behov av ytterligare utredning avseende vilken påverkan det skulle få på lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH). *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* anser att begreppet katastroftillstånd bör klargöras ytterligare och ändras till katastroftillstånd i hälso- och sjukvården för att tydliggöra att begreppet endast avser hälso- och sjukvård och inte den övriga verksamhet som bedrivs av kommuner och regioner. *Svensk sjuksköterskeförening* och *Örebro universitet* föreslår att man definierar och exemplifierar begreppet katastroftillstånd.

Socialstyrelsen anser att regeringen ska fatta beslut om katastroftillstånd. *Region Gävleborg* bedömer att ett katastroftillstånd bör avgränsas till ett visst geografiskt område, dvs. en kommun eller ett län och inte till en organisation, såsom en region. *Försvvarshögskolan* anser att ett beslut om katastroftillstånd ställer höga krav på såväl sakkunskap som systemförståelse samt kunskap om vilka följdkonsekvenser ett beslut eller icke-beslut kan få för hälso- och sjukvården. *Region Skåne* anser att det kan finnas anledning att ytterligare utreda konsekvenserna av förslaget att beslut om katastroftillstånd inte ska vara möjligt att överklaga. *Förvaltningsrätten i Malmö* och *Stockholms tingsrätt* har inget att invända

mot utredningens förslag. Region Östergötland delar inte uppfattningen att ett eventuellt beslut om katastroftillstånd inte ska kunna bli föremål för överprövning i någon form. *Region Stockholm* anser att det är oklart hur katastroftillstånd ska beslutas och avslutas. Region Östergötland anser att ett eventuellt beslut bör förenas med tidsgränser för hur länge det ska gälla samt hur ofta det ska omprövas.

MSB anser att de närmare formerna för när vårdens kvalitetskrav får sänkas kan behöva ses över ytterligare och att utredningens förslag kan få oönskade effekter och en signalverkan även utanför hälso- och sjukvårdsområdet. Socialstyrelsen finner det inte motiverat att kommuner och regioner på förhand ska få en sådan långtgående rätt att åsidosätta åligganden som följer av hälso- och sjukvårdslagen.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anser att det finns behov av förtydligande av begreppet normala kvalitetskrav.

Skälen för regeringens förslag

Det behövs särskilda bestämmelser för situationer då vård som är nödvändig för liv och hälsa inte kan upprätthållas och möjligheterna till hjälp uttömts

I hälso- och sjukvårdslagen finns det inga bestämmelser om vilken hälso- och sjukvård som ska upprätthållas under kris eller krig. Kommuner och regioner är enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att tillgodose befolkningens behov av vård i alla lägen, dvs. såväl i ett normalläge som vid kris och krig. Det finns dock extra stora utmaningar att vid kris och krig fullgöra en så omfattande vårdskyldighet. Mot den bakgrunden föreslår regeringen att det införs bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som anger att kommuner och regioner under fredstida krissituationer och höjd beredskap endast ska vara skyldiga att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa (se avsnitt 5.2).

I vissa situationer, särskilt under krig eller fredstida krissituationer med mycket stor påverkan på olika samhällsfunktioner, kan hälso- och sjukvård behöva bedrivas under mycket svåra förhållanden som innebär att det inte är möjligt att erbjuda all vård som är nödvändig för liv och hälsa. I sådana situationer kan även de bestämmelser om hjälp vid katastroftillstånd som föreslås i denna lagrådsremiss vara otillräckliga (jfr avsnitt 5.6). Utredningen föreslår att det införs bestämmelser som tillåter avsteg från hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om skyldigheter att erbjuda vård och upprätthålla vårdkvalitet när det står klart att en katastrof inte kan hävas. Ett flertal av remissinstanserna, bl.a. *Socialstyrelsen*, *Folkhälsomyndigheten*, *IVO*, *MSB* och *SKR*, delar utredningens bedömning om att alla skyldigheter i hälso- och sjukvårdslagen eller annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet inte kommer att kunna uppfyllas vid en katastrof.

Regeringen delar utredningens och remissinstansernas uppfattning om att det under mycket svåra förhållanden inte alltid är möjligt att erbjuda all vård som är nödvändig för liv och hälsa och att det därför kan behövas göras ytterligare begränsningar av vårdskyldigheter som följer av hälso- och sjukvårdslagen. Utöver de förslag som lämnas i avsnitt 5.2, avseende den vård som ska erbjudas i kris och krig, finns det därför behov av en reglering som möjliggör ytterligare begränsningar av vårdskyldigheten.

I vilka situationer ska det göras ytterligare begränsningar av skyldigheter i hälso- och sjukvårdslagen?

Genom det förfarande som föreslås i avsnitt 5.6 bör det stå klart för regeringen om ett katastroftillstånd i en kommun eller region kan hävas genom att andra kommuner eller regioner lämnar hjälp. Det bör även vara tydligt för regeringen om staten, aktörer inom civilsamhället eller internationellt stöd kan bidra med hjälp som medför att katastroftillståndet kan hävas.

Enligt utredningens förslag ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer fatta ett beslut om katastroftillstånd om en katastrof inte kan hävas, vilket ska innebära att berörda kommuners och regioners vårdskyldighet begränsas ytterligare och avsteg från hälso- och sjukvårdslagen får göras. Flertalet remissinstanser, såsom *Försvarshögskolan, Smer, Statskontoret, Malmö kommun, Sveriges läkarförbund, Region Gävleborg, Region Halland, Region Värmland, Region Jönköping* samt *länsstyrelserna i Jämtlands län, Östergötlands län och Skåne län*, är i huvudsak positiva till utredningens förslag, även om flera anser att tolkningen av utredningens föreslagna begrepp är problematisk.

Regeringen anser i likhet med utredningen och flera remissinstanser att en ytterligare begränsning av kommuners och regioners vårdskyldighet endast bör kunna ske efter att alla möjligheter att häva ett katastroftillstånd är uttömda. Som Socialstyrelsen och MSB framhåller finns det ingen reglering om undantagstillstånd för fredstida kriser i Sverige. Ändrade behandlingsmetoder och prioriteringar är dock inget nytt för svensk krishantering inom hälso- och sjukvården. Av t.ex. den nuvarande bestämmelsen i 6 kap. 2 § 3 HSL framgår att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, har rätt att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att bemyndigandet avser att täcka behovet av föreskrifter som tar sikte på beredskapsplanering, prioritering och fördelning av resurser (prop. 2001/02:158 s. 74–76).

Regeringen anser att det är ändamålsenligt med en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som anger vad som ska gälla för kommuner och regioner, hur vården ska prioriteras, vilka möjliga begränsningar av vårdskyldigheter som får göras och när det får göras, när det står klart att ett katastroftillstånd inte kan hävas. Regeringen anser även och i likhet med utredningen att sådana ytterligare begränsningar i vårdskyldigheten endast bör få göras efter att ett särskilt beslut har fattats om att det föreligger en situation där katastroftillståndet inte kan hävas. I likhet med Statskontoret anser regeringen att ett centraliserat beslut även bör ge förutsättningar för en mer jämlig tillämpning av den föreslagna bestämmelsen. Om varje kommun eller region ska göra en egen bedömning av om det råder ett katastroftillstånd som inte kan hävas, såsom Länsstyrelsen i Skåne län föreslår, finns risken att tillämpningen av bestämmelsen kommer att skilja sig åt över landet.

Det ska fattas beslut om kvalificerat katastroftillstånd

Eftersom regeringen föreslår att termen katastroftillstånd ska beteckna en sådan situation som utredningen kallar katastrof, bör en annan term

användas för den situationen att ett katastroftillstånd inte kan hävas. En sådan situation ska alltså avse ett mer kvalificerat tillstånd jämfört med vad som avses med ett katastroftillstånd, eftersom tillståndet inte bedöms kunna hävas. Regeringen anser därför att begreppet kvalificerat katastroftillstånd bör användas för att beskriva en situation när ett katastroftillstånd inte kan hävas.

MSB uttrycker en tveksamhet till om det är lämpligt att definiera väldigt specifika juridiska begrepp kopplade till ett vanligt förekommande svenskt ord. MSB anser att om uttrycket katastroftillstånd kopplas till ett särskilt beslut av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, kan det få oönskade effekter och en signalverkan även utanför hälso- och sjukvårdsområdet. Detta kan exempelvis innebära problem i kommunikationen med allmänheten som kan komma att tro att statens beslut om katastroftillstånd får betydelse även i andra sammanhang under en kris. Av den anledningen anser regeringen att det är viktigt att det framgår av ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd att det endast gäller för hälso- och sjukvården och att det riktar sig till en eller flera specifika kommuner eller regioner i egenskap av sjukvårdshuvudmän. Om beslutet skulle vara av mer generell karaktär och riktas mot ett visst geografiskt område, såsom *Region Gävleborg* föreslår, riskerar beslutet att få effekter på andra delar av en kommuns eller regions verksamheter (jfr avsnitt 5.3).

Region Västerbotten framför att uttrycket katastroftillstånd riskerar att sammanblandas med andra uttryck såsom extraordinär händelse samt beredskapsnivån katastrofläge. Regionen menar därför att ytterligare utredning behövs avseende vilken påverkan det skulle få på lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap samt hur de olika uttrycken förhåller sig till varandra. Regeringen har förståelse för dessa synpunkter och anser i likhet med *Svensk sjuksköterskeförening* och *Örebro universitet* att det är viktigt att precisera vad de begrepp som används innebär och hur de förhåller sig till varandra.

Ett katastroftillstånd är en situation där resurserna inte räcker till för vård som är nödvändig för liv och hälsa (se avsnitt 5.3). Ett kvalificerat katastroftillstånd innebär att kriterierna för ett katastroftillstånd är uppfyllda, och dessutom att möjligheterna till hjälp uttömts och att det mot den bakgrunden har fattats ett formellt beslut om att ett kvalificerat katastroftillstånd råder. Båda begreppen utgår alltså från de resurser som hälso- och sjukvården har för att ge viss vård i förhållande till behovet av sådan vård och inte från det som orsakat situationen i hälso- och sjukvården eller hur situationen i samhället ser ut i övrigt. Begreppen skiljer sig därför från begreppet extraordinär händelse som det definieras i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Begreppet extraordinär händelse beskriver snarare en viss händelse än konsekvensen av en sådan händelse. Bestämmelserna är dessutom endast avsedda att tillämpas när kommuner och regioner erbjuder hälso- och sjukvård. Lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap reglerar inte specifikt hälso- och sjukvårdsområdet utan är sektorsövergripande.

Regeringen delar inte *Region Norrbottens* uppfattning att förslaget om att staten ska kunna besluta om kvalificerat katastroftillstånd strider mot

ansvarsprincipen. Ansvarsprincipen innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden även ska ha det under en kris-situation. Förslaget påverkar dock inte vem som har ansvaret för hälso- och sjukvården, utan kommuner och regioner ska fortsatt ha ansvar för hälso- och sjukvården. Förslaget tydliggör däremot hur kommuners och regioners vårdskyldighet ska se ut när ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd har fattats av regeringen.

I likhet med utredningen bedömer regeringen att de bestämmelser som föreslås, på samma sätt som hjälpbestämmelserna, inte ska vara avhängiga att det förekommer en situation som kan definieras som en fredstida krissituation eller höjd beredskap. Utgångspunkten ska vara de resurser som hälso- och sjukvården har för att ge viss vård ställda i relation till det aktuella vårdbehovet. Syftet är att ge kommuner och regioner förutsättningar att så långt det är möjligt fortsätta att ge vård oavsett om det är kris eller krig. Regeringen bedömer dock att en situation då ett katastroftillstånd inte kan hävas trots försök att ordna hjälp sannolikt främst kommer bli aktuell i samband med en fredstida krissituation eller höjd beredskap.

Beslut om kvalificerat katastroftillstånd ska fattas av regeringen

Genom förslagen i denna lagrådsremiss, bl.a. om att regeringen får besluta om hjälp när det råder katastroftillstånd i en kommun eller region, bedöms regeringen få en god lägesuppfattning och tillräckliga beslutsunderlag för att kunna ta beslut om ett kvalificerat katastroftillstånd i en viss kommun eller region (se avsnitt 5.6). Det bedöms därmed, vilket även Socialstyrelsen lyfter, vara den lämpligaste ordningen att även sådana beslut fattas av regeringen. Eftersom ett beslut om katastroftillstånd ska innebära att vissa avsteg från hälso- och sjukvårdslagen medges anser regeringen, i likhet med Socialstyrelsen, att sådana beslut inte bör fattas av en myndighet.

Försvärshögskolan framför att ett beslut om katastroftillstånd ställer höga krav på såväl sakkunskap som systemförståelse samt kunskap om vilka följdkonsekvenser ett beslut eller icke-beslut kan få för hälso- och sjukvården. Eftersom Socialstyrelsen i egenskap av expert- och beredskapsmyndighet föreslås ha en central roll i samband med beslut om hjälp bör myndigheten ha samma roll i samband med beslut om kvalificerat katastroftillstånd (se avsnitt 5.6). En sådan ordning, där regeringen fattar beslut om kvalificerat katastroftillstånd med stöd av beslutsunderlag från Socialstyrelsen, säkerställer enligt regeringens bedömning en rättssäker process, vilket *FOI* efterfrågar, och innebär samtidigt att kraven på sakkunskap och systemförståelse tillgodoses.

När ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd inte längre ska gälla

Enligt utredningen bör ett beslut om katastroftillstånd inte gälla längre än nödvändigt. Några remissinstanser framför att det inte är tydligt när ett beslut om katastroftillstånd inte längre ska gälla. *Region Stockholm* anser att det är oklart hur sådana beslut ska avslutas och att det bör tydliggöras vem som bestämmer samt en struktur för hur detta ska genomföras. *Region Östergötland* anser att ett eventuellt beslut bör förenas med tidsgränser för hur länge det ska gälla och hur ofta det ska omprövas.

Regeringen delar utredningens bedömning att beslut om kvalificerat katastroftillstånd endast bör gälla till dess att det står klart att katastroftillståndet har kunnat hävas och att situationen har stabiliserats, vilket innebär att förmågan att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa har återställts och att det inte är fråga om en helt tillfällig förbättring. Enligt regeringen behöver det under tiden som ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd gäller fortlöpande göras bedömningar av hur situationen utvecklas. När förhållandena medger det bör regeringen besluta att kvalificerat katastroftillstånd inte längre ska gälla.

För att kunna fatta ett beslut om att kvalificerat katastroftillstånd inte längre ska gälla är Socialstyrelsens stöd och expertis avgörande. Precis som vid förfarandet vid beslut om kvalificerat katastroftillstånd bör Socialstyrelsen ha en central roll genom att ge regeringen adekvat beslutsunderlag.

Underlag och förfarande för beslut om kvalificerat katastroftillstånd

Förslaget om skyldighet för kommuner, regioner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälp bedöms även kunna bidra till att ge sådant underlag som krävs för beslut om kvalificerat katastroftillstånd (se avsnitt 5.6). Även förslaget om kommuners och regioners uppgiftsskyldighet kan bidra till att ge sådana uppgifter som behövs för beslut om kvalificerat katastroftillstånd. De uppgifter som behövs för ett sådant beslut bedöms vara desamma som de uppgifter som behövs för beslut om hjälp, som t.ex. lägesrapportering (se avsnitt 5.6).

I likhet med vad Region Stockholm och Region Östergötland efterfrågar anser regeringen att det finns behov av mer detaljerade bestämmelser om förfarandet vid beslut om kvalificerat katastroftillstånd, utformning av besluten, vad besluten ska innehålla och beslutsunderlag. Det bedöms därför finnas behov av föreskrifter som reglerar detta. Sådana föreskrifter bedöms kunna meddelas av regeringen med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen.

Den vård som är möjlig att erbjuda ska också erbjudas

Utredningen föreslår att det ska införas en bestämmelse om att i de fall det har meddelats ett beslut om katastroftillstånd ska kommuner och regioner, utan hinder av övriga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda och så långt det är möjligt även fullgöra övriga åligganden som följer av hälso- och sjukvårdslagen.

Flertalet remissinstanser, bl.a. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, delar utredningens bedömning om att alla skyldigheter i hälso- och sjukvårdslagen eller annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet inte kommer att kunna uppfyllas vid en katastrof eller under krig. Folkhälsomyndigheten, *Region Norrbotten*, *Region Värmland*, *Region Skåne*, *Region Halland* och *Region Kalmar*, instämmer i att det inte är rimligt att i alla lägen upprätthålla vårdgarantier, fria vårdval eller möjligheten för patienten att välja behandlingsalternativ eller erhålla en ny medicinsk bedömning. Socialstyrelsen framhåller dock att det inte är motiverat att kommuner och regioner på förhand ska få en sådan långtgående rätt att åsidosätta åligganden som följer av hälso- och sjukvårds-

lagen. Vilka regler som kommuner och regioner inte har kunnat efterleva i en katastrof samt om det beror på omständigheter som de inte har kunnat råda över är enligt Socialstyrelsen något som lämpligen bör vara föremål för en bedömning i efterhand genom den statliga tillsynen. Folkhälsomyndigheten, som avstyrker utredningens föreslagna bestämmelser om katastroftillstånd, ifrågasätter också behovet av en så generell undantagsbestämmelse och menar att möjliga avsteg från hälso- och sjukvårdslagen i stället skulle kunna framgå av de beslut som staten fattar. Folkhälsomyndigheten menar att förslaget, som det är formulerat, öppnar upp för att bortse från t.ex. människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen i 3 kap. 1 § HSL och de allmänna bestämmelserna i 5 kap. samma lag om t.ex. god vård.

Om en kommun eller region befinner sig i ett läge där det inte längre är möjligt att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa är det, enligt regeringen, givetvis inget alternativ att sluta ge vård till svårt sjuka eller skadade, utan den vård som är möjlig att ge måste ändå erbjudas. Regeringen delar dock Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens synpunkt att en alltför allmän och långtgående rätt att åsidosätta skyldigheter i hälso- och sjukvårdslagen inte är eftersträfvansvärd då det riskerar att bli en otydlig och svårtillämpad reglering. Ett undantag behöver även vara rättssäkert, vilket bl.a. innebär att det måste uppfylla rimliga krav på tydlighet och förutsebarhet. Därför är det viktigt att det så tydligt som möjligt framgår vilka typer av skyldigheter som kan åsidosättas av kommuner och regioner i de fall beslut om kvalificerat katastroftillstånd har fattats och att sådana avsteg endast ska få göras när det är nödvändigt (se rubriken När ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd inte längre ska gälla). Det är dock rimligt att det även i fråga om hälso- och sjukvård, på liknande sätt som på andra områden vid kris eller krig, införs bestämmelser som kan ligga till grund för vissa begränsningar i de skyldigheter som gäller i ett normalläge.

Till skillnad från Socialstyrelsen anser regeringen alltså att det behövs sådana bestämmelser som på förhand ger vägledning till kommuner, regioner och andra vårdgivare om hur de ska prioritera vård och behandling i fredstida krissituationer, höjd beredskap och andra mycket svåra förhållanden då resurserna inte räcker till. Vid sådana exceptionella förhållanden, när alla möjligheter till hjälp är uttömda och ett katastroftillstånd inte kan hävas, bör det således finnas tydliga regler om vad som ska gälla för vården i syfte att liv ska räddas och andra mycket trängande medicinska behov tillgodoses. En tydlig vägledning i denna del möjliggör även för kommuner och regioner att i förväg planera för situationer när ett katastroftillstånd inte kan hävas, så att det finns förutsättningar för vården att säkerställa att den vård som är möjlig att utföra också erbjuds. Regeringen anser, till skillnad från Socialstyrelsen, att detta inte kan uppnås genom den statliga tillsynen som i efterhand granskar kommuner och regioners efterlevnad av hälso- och sjukvårdslagen.

Mot den bakgrunden anser regeringen att det tydligare än i utredningens förslag bör framgå vilken vård och behandling som ska kunna erbjudas i en situation där ett katastroftillstånd inte kan hävas. I avsnitt 5.2 gör regeringen bedömningen att den vård som bör prioriteras under fredstida krissituationer och höjd beredskap är vård som är nödvändig för liv och

hälsa. Regeringen anser därför att det även bör framgå av den föreslagna bestämmelsen att kommuner och regioner ska erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa så långt det är möjligt. En sådan bestämmelse ger en tydlig vägledning för den vård och behandling som kommuner och regioner förväntas erbjuda när det råder kvalificerat katastroftillstånd. Det kan därför inte anses vara fråga om att göra så generella avsteg från hälso- och sjukvårdslagen som bl.a. Folkhälsomyndigheten lyfter. Den föreslagna bestämmelsen innebär, i likhet med bestämmelsen om vårdskyldighet under fredstida krissituationer och höjd beredskap i avsnitt 5.2, en begränsning av kommuners och regioners ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård enligt 8 kap. och 12 kap.

Det finns flera bestämmelser som kan vara omöjliga eller olämpliga att tillämpa i kris och krig, vilket utredningen och flera remissinstanser lyfter. Det kan exempelvis nämnas att bestämmelserna om vårdgaranti i 9 kap. HSL inte är framtagna för att säkerställa vård inom medicinskt motiverad tid och garantin är inte heller ett verktyg särskilt anpassat för att säkerställa att den som har störst behov av vård ges företräde till vården. Det framstår inte heller som troligt att det alltid ska gå att upprätthålla exempelvis fria vårdval eller möjligheten att få en ny medicinsk bedömning (se 10 kap. HSL). Med en skyldighet att så långt det är möjligt prioritera vård som är nödvändig för liv och hälsa torde det enligt regeringen inte vara möjligt att alltid fullgöra de nämnda skyldigheterna.

Sammanfattningsvis föreslår regeringen att det ska införas en skyldighet för kommuner och regioner, som omfattas av ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd, att så långt det är möjligt erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Andra skyldigheter som inte kan fullgöras fullt ut vid kvalificerat katastroftillstånd

Utredningen föreslår att kommuner och regioner vid katastroftillstånd, utöver att erbjuda den vård som är möjlig att erbjuda, ska så långt det är möjligt fullgöra övriga åligganden som följer av hälso- och sjukvårdslagen. Utredningen föreslår även att vårdgivare som bedriver verksamhet i en kommun eller region där katastroftillstånd råder ska tillse att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt.

I likhet med Socialstyrelsen delar regeringen utredningens bedömning att det inte går att kräva av vare sig kommuner och regioner i egenskap av sjukvårdshuvudmän eller vårdgivare att de vid ett kvalificerat katastroftillstånd ska utföra t.ex. undersökningar och behandlingar som det saknas förutsättningar att utföra. Det är inte heller en rimlig utgångspunkt att tro att den allmänna vårdstandarden (bl.a. kvaliteten) ska kunna upprätthållas eller utvecklas när det råder kvalificerat katastroftillstånd. I sådana situationer kommer vårdstandarden att sjunka och det kan också finnas behov av att övergå till andra vårdmetoder än de som normalt används. Det bör därför i lag regleras att avsteg från vissa skyldigheter som rör vårdstandard och behandlingsresultat får göras när ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd har fattats av regeringen.

Det kan konstateras att sjukvårdshuvudmäns och vårdgivares skyldigheter som rör vårdstandard och behandlingsresultat främst är

reglerade i 5 kap. HSL. Enligt 5 kap. 1 § 1, 2, 4 och 5 HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig. Av 5 kap. 2 § HSL framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Av 5 kap. 4 § HSL framgår att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Regeringen anser att det, i stället för den reglering som utredningen föreslår, bör anges tydligt i lag vilka bestämmelserna i 5 kap. HSL som det får göras avsteg från. En sådan ordning förordar Folkhälsomyndigheten. Även IVO invänder mot utredningens förslag och anser att uttrycket normala kvalitetskrav är otydligt. Som Folkhälsomyndigheten lyfter, är det dock svårt att på förhand veta i vilka fall och i vilken omfattning olika bestämmelser kan vara omöjliga eller olämpliga att följa eftersom detta helt kommer att bero på omständigheterna i den aktuella situationen. Detta behöver beaktas när bestämmelserna om vilka avsteg som får göras formuleras. I likhet med utredningen anser dock regeringen att även de skyldigheter som det får göras avsteg från ska fullgöras så långt det är möjligt.

Mot den bakgrunden föreslår regeringen att det ska införas en bestämmelse som innebär att de kommuner och regioner som omfattas av ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd, och vårdgivare i sådana kommuner och regioner, så långt det är möjligt ska fullgöra de skyldigheter som följer av 5 kap. 1 §, 1, 2, 4 och 5 och 5 kap. 2 och 4 §§ HSL.

Ska det införas ett förbud mot överklagande av beslut om kvalificerat katastroftillstånd?

Utredningen föreslår att det införs ett överklagandeförbud för beslut om katastroftillstånd (kvalificerat katastroftillstånd i lagrådsremissens förslag) som fattas av en myndighet. Utredningen motiverar det med att ett sådant beslut måste gälla omedelbart och att det inte bedöms röra några civila rättigheter, varför det inte heller finns tvingande skäl för att besluten ska kunna överklagas. *Förvaltningsrätten i Malmö* och *Stockholms tingsrätt* har inget att invända mot utredningens förslag, men Region Östergötland delar inte uppfattningen att ett eventuellt beslut om katastroftillstånd inte ska kunna bli föremål för överprövning i någon form. Regionen framför att utredningens förslag i allra högsta grad påverkar civila rättigheter för regionens medborgare i form av tillgång till resurser inom hälso- och sjukvården. Region Skåne framhåller bl.a. att det kan finnas anledning att ytterligare utreda konsekvenserna av förslaget att ett beslut om katastroftillstånd inte ska vara möjligt att överklaga.

Regeringen föreslår att beslut om kvalificerat katastroftillstånd ska fattas av regeringen. Förvaltningslagens allmänna bestämmelser om överklagande är inte tillämpliga i fråga om regeringens beslut om kvalificerat katastroftillstånd. Inte heller i övrigt finns det någon bestämmelse som

innebär att regeringens beslut enligt hälso- och sjukvårdslagen får överklagas. Enligt regeringen saknas det därför skäl att införa ett särskilt överklagandeförbud. Det saknas därmed även anledning att ytterligare utreda konsekvenserna av ett överklagandeförbud, som Region Skåne efterfrågar. Besluten bedöms även i dessa fall kunna verkställas omedelbart.

Beslut om kvalificerat katastroftillstånd syftar till att möjliggöra för kommuner, regioner och vårdgivare att omprioritera vården och göra vissa avsteg från skyldigheter som finns i hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen bedömer därför, i likhet med utredningen och till skillnad från Region Östergötland, att besluten inte rör någons civila rättigheter och att frågan om rättsprövning enligt lagen (2006:304) om rättsprövning av vissa regeringsbeslut av de aktuella besluten inte blir aktuell.

Principerna i den etiska plattformen för hälso- och sjukvården ska gälla för den vård som ges vid kvalificerat katastroftillstånd

Utgångspunkten för utredningens förslag är att den etiska plattformen för hälso- och sjukvården gäller även under fredstida kriser med överbelastning av hälso- och sjukvården och hot mot folkhälsan samt vid höjd beredskap. Regeringen gör ingen annan bedömning och anser i likhet med Folkhälsomyndigheten att etiken bör vara densamma för de olika situationerna även om lösningar och resurshantering kan se olika ut beroende på vad som orsakat krisen och vilka konsekvenser den fått för hälso- och sjukvården. Folkhälsomyndigheten menar dock att förslaget, som det är formulerat, öppnar upp för att bortse från t.ex. människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen i 3 kap. 1 § HSL.

Med anledning härav vill regeringen betona att principerna i den etiska plattformen ska gälla även vid katastroftillstånd och kvalificerat katastroftillstånd. Avsikten är inte att öppna upp för undantag från de bestämmelser i vilka principerna kommer till uttryck. Bedömningar av vilka patienter som ska få vård när resurserna är mycket begränsade ska alltid ske med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens etiska plattform. Prioriteringarna kommer dock att få en annan karaktär och bli skarpare i ett läge där resurserna inte ens räcker till för all nödvändig vård av patienter med mycket svåra skador eller sjukdomstillstånd. Regeringens förslag om att kommuner och regioner så långt det är möjligt ska erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa innebär även ett förtydligande av vårdskyldigheten i förhållande till utredningens förslag. Det innebär att prioriteringar av vilken vård och behandling som ska ges vid kvalificerat katastroftillstånd ska göras utifrån medicinska behov.

Är förslagen om begränsning av vårdskyldigheten i hälso- och sjukvårdslagen förenliga med Genèvekonventionerna?

Av artikel 10 tilläggsprotokoll I till Genèvekonventionerna den 12 augusti 1949 rörande skydd för offren i internationella väpnade konflikter framgår bl.a. att alla sårade, sjuka och skeppsbrutna, vilken part de än tillhör, ska i största möjliga utsträckning och med minsta möjliga dröjsmål erhålla den sjukvård och omsorg som deras tillstånd kräver.

Regeringens förslag om vårdskyldigheten när ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd har fattats, innebär att kommuner och regioner så långt det är möjligt ska erbjuda vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten. Det kan exempelvis handla om vård av livshotande akuta tillstånd (omedelbar vård), vård av sjukdomar och skador som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död och vård av allvarliga kroniska tillstånd (se avsnitt 5.2). Regeringen föreslår även att kommun, region och vårdgivare så långt det är möjligt ska fullgöra sina skyldigheter enligt 5 kap. 1 § 1, 2, 4 och 5 och 5 kap. 2 och 4 §§ HSL. Detta innebär att vissa krav på kvalitet på den vård som ska ges och på behandlingsresultat får begränsas. Kraven enligt nämnda bestämmelser ska dock fullgöras så långt det är möjligt.

Regeringen bedömer, till skillnad från Folkhälsomyndigheten, att förslagen är i enlighet med Genèvekonventionernas krav om att patienter i största möjliga utsträckning och med minsta möjliga dröjsmål ska erhålla den sjukvård och omsorg som deras tillstånd kräver.

Ska ett undantag motsvarande det som föreslås i hälso- och sjukvårdslagen även införas i patientsäkerhetslagen?

Bestämmelserna i 6 kap. 1 och 2 §§ patientsäkerhetslagen utgår från ett normaltillstånd i hälso- och sjukvården och anger ett i princip strikt ansvar för den enskilde yrkesutövaren att utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Vård som ska utföras inom ramen för sjukvårdshuvudmannens och vårdgivarnas begränsade vårdskyldighet i enlighet med förslagen i denna lagrådsremiss behöver uppfylla de krav som framgår av patientsäkerhetslagens bestämmelser. IVO framför dock att det bör övervägas att även införa motsvarande undantag för hälso- och sjukvårdspersonalen i patientsäkerhetslagen som föreslås för sjukvårdshuvudmän och vårdgivare vid ett kvalificerat katastroftillstånd.

Regeringen instämmer i att det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har förutsättningarna klart för sig när det råder kvalificerat katastroftillstånd i en viss kommun eller region. Förslagen i denna lagrådsremiss reglerar dock främst sjukvårdshuvudmannens möjlighet att ha beredskap för att kunna erbjuda nödvändig vård för liv och hälsa under svåra förhållanden. Det är sjukvårdshuvudmännen, och inte hälso- och sjukvårdspersonalen, som har ansvar för planeringen av vården utifrån den rådande situationen. För att underlätta förståelsen för den begränsade vårdskyldigheten vid beslut om kvalificerat katastroftillstånd bör dock personalen involveras och informeras om vilka skyldigheter som begränsas. Precis som Region Östergötland framför, syftar patientsäkerhetslagen till att stärka patientens ställning. Att avsevärt begränsa vissa skyldigheter i den aktuella lagen kan få konsekvenser för såväl de enskilda patienterna som för patientsäkerheten i stort. Sådana begränsningar skulle därför kräva ytterligare beredningsunderlag och omhändertas inte inom ramen för detta lagstiftningsarbete.

Västra Götalandsregionen anser att om förslaget antas är det av största vikt att tillämpningen inte endast utgår ifrån hälso- och sjukvårdslagen utan även annan reglering som påverkar förmågan att utöva hälso- och sjukvård. Detta gäller enligt regionen särskilt tillsynsmyndigheters

tillämpning av ansvarsutkrävande när katastroftillstånd råder. Regeringen anser att IVO i sin tillsyn av hälso- och sjukvården och dess personal behöver beakta rådande förhållanden i ett tillsynsärende och att det blir särskilt viktigt när det råder kvalificerat katastroftillstånd när förmågan att erbjuda hälso- och sjukvård är särskilt begränsad.

6 Skyldighet för kommuner och regioner att lagerhålla sjukvårdsprodukter

6.1 God vård kräver tillgång till sjukvårdsprodukter

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska utövas så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL). Dessa krav gäller för alla vårdgivare och innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig. Kraven på god vård innebär vidare att det ska finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL). Med sjukvårdsprodukter avses i hälso- och sjukvårdslagen läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning, livsmedel för speciella medicinska ändamål och tillverkningsmaterial (2 kap. 8 § HSL).

6.2 Ansvar för tillgång till sjukvårdsprodukter som behövs i hälso- och sjukvården

Regionens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård framgår av 8 kap. HSL där det bl.a. anges att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Detta innebär att regionerna har ansvar för att det finns sjukvårdsprodukter och annan nödvändig utrustning för den vård de ska bedriva. Regionens ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ansvar för enligt 12 kap. 1 § eller 14 kap. 1 § HSL. Kommunernas ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård framgår av 12 kap. 1 § HSL. Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad och i bostäder med särskild service samt åt dem som vistas i de kommunala dagverksamheterna. Kommunen ansvarar även för hemsjukvård i ordinärt boende, om regionen har överlåtit skyldigheten att erbjuda sådan vård till kommunen.

Både kommuner och regioner ska vid planeringen av sin hälso- och sjukvård beakta den hälso- och sjukvård som ges av andra vårdgivare (jfr 7 kap. 2 § andra stycket och 11 kap. 2 § andra stycket HSL). Det innebär att det behöver finnas en gemensam planering och samverkan bl.a. när det gäller att säkerställa försörjning med läkemedel och sjukvårdsmateriel.

Det finns även krav i annan lagstiftning som ur olika aspekter medför att vårdgivare måste säkerställa tillgång till sådana förnödenheter som behövs för att kunna bedriva en god och patientsäker vård. I patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, finns krav som syftar till att säkerställa en patientsäker vård. Exempelvis följer det av lagen att vårdgivare ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador, och hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt lagen bl.a. skyldig att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Med patientsäkerhet avses i patientsäkerhetslagen skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses enligt samma lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakter med hälso- och sjukvården. Adekvata vårdåtgärder för många sjukdomstillstånd består bl.a. av behandling med ett eller flera läkemedel eller andra sjukvårdsprodukter.

När det gäller läkemedel framgår av lagen (2009:366) om handel med läkemedel att vårdgivare har ett särskilt ansvar för försörjningen av läkemedel till sjukhus. I 5 kap. 1 § samma lag anges att vårdgivaren ska organisera läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus på ett sådant sätt att den bedrivs rationellt och så att behovet av säkra och effektiva läkemedel tryggas. För detta ändamål ska det finnas sjukhusapotek, som ska vara bemannat med en eller flera farmaceuter. Om det uppstår eller riskerar att uppstå allvarliga brister i läkemedelsförsörjningen till eller inom sjukhus, ska vårdgivaren snarast anmäla detta till Läkemedelsverket.

När det gäller läkemedel som förskrivs i den öppna hälso- och sjukvården sker försörjningen huvudsakligen via öppenvårdsapotek och omfattas inte av regionernas ansvar.

6.3 Åtgärder för att förbättra lagerhållningen av sjukvårdsprodukter

För att stärka regionernas lagerhållning av sjukvårdsprodukter har staten ingått flera överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). De två första överenskommelserna ingicks som tilläggsöverenskommelser till grundöverenskommelserna om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2022 och 2023 och avser läkemedel (S2022/02827 och S2023/02112). År 2024 ingicks ytterligare en överenskommelse om försörjningsberedskap för läkemedel och en överenskommelse som omfattar medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning (S2024/03335 och S2024/02033). Målsättningen som anges i överenskommelserna är att hälso- och sjukvårdens förmåga att bedriva god vård i vardagen ska säkerställas för minst en månad.

Överenskommelserna omfattar sammanlagt en miljard kronor för läkemedel och 850 miljoner kronor för övriga sjukvårdsprodukter. Utgångspunkten för regionernas arbete när det gäller läkemedel är listor som tagits fram av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen. I den första överenskommelsen, som omfattar 500 miljoner kronor, är utgångspunkten Socialstyrelsens lista över prioriterade substanser med fokus på intensivvård, prehospital vård och akut tandvård (se S2022/01940). I de andra överenskommelserna, som omfattar 400 respektive 100 miljoner

kronor, är utgångspunkten Socialstyrelsens lista över de läkemedel som behövs för vård som inte kan anstå samt sådana medicintekniska produkter som är nödvändiga för att administrera läkemedlen (se S2022/04550). Överenskommelsen om medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning omfattar medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär och personlig skyddsutrustning som används inom intensivvården och den traumavård som kan leda till intensivvård. Medlen får enligt samtliga överenskommelser användas under flera år. Den tid då medlen får användas förlängdes ytterligare för överenskommelserna om läkemedel genom en ny överenskommelse i december 2024 (S2024/02234).

Den 1 juli 2023 trädde en ändring i 5 kap. 2 § HSL i kraft som innebär ett förtydligande av den utrustning som ska finnas där det bedrivs hälso- och sjukvård (prop. 2022/23:45, bet. 2022/23:SoU11, rskr. 2022/23:164). Av bestämmelsen framgår att det bl.a. ska finnas de sjukvårdsprodukter som behövs för att bedriva god vård. Med sjukvårdsprodukter avses läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning, livsmedel för speciella medicinska ändamål och tillverkningsmaterial (2 kap. 8 § HSL). I propositionen Vissa frågor om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap betonas vikten av att kommuner och regioner har en god grundläggande lagerhållning (prop. 2022/23:45 s. 35–37).

6.4 Kommuner och regioner ska lagerhålla sjukvårdsprodukter i viss omfattning

Regeringens förslag: Det ska införas ett krav på kommuner och regioner att lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som de är skyldiga att erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Regeringen ska få meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av lagerhållningen.

Utredningens förslag (SOU 2021:19) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningen föreslår att en begränsning som innebär att skyldigheten att hålla lager inte får överstiga en månads normalförbrukning i kommunen eller regionen ska regleras i lag. Utredningen föreslår även en skyldighet att lämna uppgifter om lagernivå för sådana sjukvårdsprodukter som kommunen eller regionen lagerhåller.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker förslaget. *Statskontoret* avstyrker förslaget och anser att det är olämpligt att regeringen via en föreskrift tar över en central del av vårdgivarnas ansvar. En del remissinstanser, bl.a. *Nätverket för Sveriges Läkemedelskommittéer (LOK)*, *Linköpings kommun* och *Region Jämtland Härjedalen*, motsätter sig en detaljreglering av vilka läkemedel som ska omfattas och menar att lagerinnehållet bör få hanteras av varje kommun eller region. Flera remissinstanser framhåller vikten av att Socialstyrelsen samverkar för att precisera innehållet i och omfattningen av lagerhållningsskyldigheten.

Kommuner och regioner är överlag positiva till förslaget. Bland dessa påpekar dock *Burlövs kommun*, *Region Dalarna*, *Region Gävleborg* och *Region Skåne* att det vore önskvärt att det fanns en möjlighet att lagerhålla

hos en tredjepartslogistiker eller hos en annan kommun eller region. Ett flertal regioner, däribland Region Dalarna och *Region Uppsala*, lyfter att den nuvarande definitionen av sjukhusapotek måste ändras för att regionerna ska kunna åläggas lagerhållningsskyldighet avseende läkemedel för vård som de erbjuder enligt hälso- och sjukvårdslagen. Region Dalarna, *Region Halland*, Region Uppsala, *Region Västmanland* och *Region Örebro* framför att det är olyckligt att utredningen gör den övergripande bedömningen att det inte finns något behov av nya eller ändrade bestämmelser med hänvisning till 5 kap. 1 § i lagen om handel med läkemedel. Flera regioner, såsom Region Dalarna, Region Uppsala, Region Gävleborg, Region Västmanland och *Region Stockholm*, framför att det behövs en ekonomisk kontrollstation för att säkerställa att staten kompenserar regionerna för lagerhållningen på ett korrekt sätt.

Kungliga Krigsvetenskapsakademien anser att en månad inte är tillräckligt utan att vissa produkter bör lagerhållas i volymer som motsvarar tre månader. *Folkhälsomyndigheten* menar att det bör vara behoven som styr dimensioneringen av lagren.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är tveksam till att de befintliga tillsynsbestämmelserna skulle vara tillräckliga för detta nya tillsynsområde.

Skälen för regeringens förslag

Brist på sjukvårdsprodukter kan få allvarliga konsekvenser och orsaka stora kostnader

Bristande tillgång till sjukvårdsprodukter som är kritiska för viss hälso- och sjukvård utgör ett allvarligt hot mot människors liv och hälsa och kan medföra stora lidanden. Detta gäller särskilt i fråga om produkter som är av avgörande betydelse vid behandling av akuta livshotande tillstånd, sjukdomar som utan behandling leder till varaktiga allvarliga funktionsnedsättningar eller för tidig död, svåra kroniska sjukdomar och behandling av patienter som befinner sig i livets slutskede, liksom produkter som behövs för att skydda vårdpersonal eller patienter mot smittor. Även vid vård som inte är akut men som kan behöva utföras inom en medicinskt motiverad tid, till exempel cancerbehandling, kan en brist på sjukvårdsprodukter medföra allvarliga patientsäkerhetsrisker. Vid sidan av patientsäkerhetsriskerna medför en bristande förmåga att genomföra vård på det sätt som är avsett ökade kostnader för patienter samt stora merkostnader för vården och för samhället i stort.

Vid senare års restnoteringar och bristsituationer i fråga om läkemedel har regionerna fått lägga mycket tid på att söka ersättningsalternativ och inleda annan behandling för berörda patienter. I vissa fall har bristen på läkemedel även inneburit att vårdens kvalitet påverkats.

Behov av en grundläggande lagerhållning av sjukvårdsprodukter för att minska sårbarheten i försörjningen

I propositionen Vissa frågor om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap (prop. 2022/23:45) konstaterar regeringen att händelser under senare år har visat att den lagerhållning som kommuner och regioner har inte är tillräcklig. Sjukvården har på liknande sätt som andra delar av

samhället under många år infört effektiviseringsåtgärder som bl.a. medfört att den egna lagerhållningen minskat. När alla aktörer som ingår i försörjningskedjan minskar sina lager ökar naturligtvis risken för störningar i försörjningskedjan (prop. 2022/23:45 s. 35).

Socialstyrelsens uppföljning av överenskommelserna med SKR visar att regionernas lagerhållning av de läkemedel som omfattas av överenskommelserna stärkts (Hälso- och sjukvårdens arbete med försörjningsberedskap för läkemedel. Utvärdering av överenskommelser mellan staten och SKR om försörjningsberedskap för läkemedel 2022 och 2023, Socialstyrelsen, oktober 2024). Socialstyrelsen konstaterar att samtliga regioner rapporterade att de vid utgången av 2023 hade uppnått minst en månads försörjningsberedskap för intensivvård och prehospital vård enligt den lista över kritiska läkemedel som Socialstyrelsen tog fram 2022.

Regeringen ser positivt på dessa resultat, även om de avser en begränsad del av hälso- och sjukvården, men bedömer att det krävs ytterligare åtgärder för att säkerställa att alla regioner och kommuner långsiktigt stärker sin försörjningsberedskap på ett likvärdigt sätt. Dessutom har det säkerhetspolitiska läget försämrats ytterligare under den tid som gått sedan propositionen Vissa frågor om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap beslutades. Till detta kommer ett ökat antal restnoteringar och bristsituationer i fråga om läkemedel.

Mot den bakgrunden anser regeringen att det finns behov av en grundläggande lagerhållning hos alla sjukvårdshuvudmän av de sjukvårdsprodukter som används i vården i normalläget för att minska sårbarheten i hälso- och sjukvårdens förnödenhetsförsörjning. Detta möjliggör för vårdgivarna att fortsätta bedriva god vård till dess att andra åtgärder kan vidtas, såsom kompletterande inköp, beslut om att använda befintliga beredskapslager eller omfördelning av produkter från andra vårdgivare. För närmare redogörelse för möjligheten att omfördela läkemedel utifrån regler i speciallagstiftning, se avsnitt 5.6.

Försörjningen av sjukvårdsprodukter är även en viktig del av det civila försvaret

I propositionen Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30) bedömer regeringen att säkerställandet av nödvändig försörjning av bl.a. läkemedel och sjukvårdsmateriel är avgörande för att skydda civilbefolkningen och för att upprätthålla förmågan inom hela totalförsvaret vid en allvarlig säkerhetspolitisk kris och i krig. Försörjningen av läkemedel och sjukvårdsmateriel behöver vara mer robust så att produkterna finns tillgängliga med tillräckligt stor uthållighet över tid. För att uppnå målsättningen om säkerställd försörjning krävs utökad lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel i Sverige (prop. 2020/21:30 s. 142).

Regeringen konstaterar i propositionen att ett nationellt sammanhållet system för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel i Sverige för fredstida kriser och krig behöver tas fram. Sådan lagerhållning lämpar sig av effektivitetsskäl bäst nära slutanvändarna, i den ordinarie logistikkedjan. Ansvaret för sådan lagerhållning bör därför vila på de ordinarie aktörerna. Regionerna har enligt gällande lagstiftning ansvar för att det finns läkemedel och annan nödvändig utrustning för den vård de ska bedriva (se bl.a. 5 kap. 2 § HSL). Det behöver därför finnas en viss

lagerhållning av sådana förnödenheter i regionerna för att minska sårbarheten i vardagen (prop. 2020/21:30 s. 142).

Av propositionen Totalförsvaret 2025–2030 (prop. 2024/25:34) framgår att regeringen bedömer att det pågående arbetet med att stärka försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvården bör fortsätta. Arbetet med bl.a. ökad lagerhållning hos kommuner och regioner syftar till att skapa ett robust system som säkerställer tillgång till sjukvårdsprodukter även vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig (prop. 2024/25:34 s. 134).

I propositionen Vissa frågor om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap konstaterar regeringen att svensk beredskap och totalförsvarsförmåga bygger på krisberedskapen, som i sin tur bygger på förmågan att klara vardagen. Det är därför viktigt att det finns en grundläggande lagerhållning av de produkter som används i verksamheten hos alla vårdgivare (prop. 2022/23:45 s. 36).

Det bör införas en lagstadgad lagerhållningsskyldighet för kommuner och regioner

I propositionen Vissa frågor om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap bedömer regeringen att krisberedskapen behöver byggas utifrån långsiktiga förutsättningar för att bli en integrerad del av sjukvårdshuvudmännens verksamheter. Lagerhållningen behöver också byggas upp hos alla sjukvårdshuvudmän utifrån liknande förutsättningar och kunna bli föremål för tillsyn. Det är viktigt för legitimiteten i beredskapssystemet att alla sjukvårdshuvudmän tar ett likvärdigt ansvar för en grundläggande lagerhållning, för att andra sjukvårdshuvudmän ska vilja dela med sig av sina resurser vid samhällsstörningar (prop. 2022/23:45 s. 36). I propositionen bedömer regeringen att det framöver kan finnas skäl att införa ett krav på kommuner och regioner att lagervarha sjukvårdsprodukter för sådan vård som de ska erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det lämnas dock inga förslag på en sådan skyldighet men det anförs att regeringen avser att följa frågan om lagerhållningsskyldighet och vid behov återkomma i frågan (s. 36).

Det finns ett flertal lagar som på olika sätt ställer krav på vårdgivare, och specifikt på kommuner och regioner i egenskap av sjukvårdshuvudmän, att ha tillgång till sådana förnödenheter som behövs för att bedriva hälso- och sjukvård (prop. 2022/23:45 s. 35 och avsnitt 6.1 och 6.2). Ett krav på viss lagerhållning får därför anses följa redan av nuvarande regelverk för hälso- och sjukvården, för att vårdgivarna ska kunna fullgöra sina åligganden, exempelvis när det gäller att ha tillgång till de sjukvårdsprodukter som behövs för att bedriva god vård. Dagens regelverk är dock tämligen allmänt hållet och är därför svårt att utöva tillsyn över. Med en tydligare reglering skulle förutsättningarna för tillsyn förbättras.

Ett införande av en lagstadgad lagerhållningsskyldighet innebär även att alla kommuner och regioner har samma skyldighet att lagervarha sjukvårdsprodukter vilket möjliggör en nationell robusthet i vardagen i fråga om försörjningen av förnödenheter. Detta är viktigt ur en rättvisaspekt i bristsituationer när produkter kan behöva omfördelas mellan sjukvårdshuvudmän. För närmare redogörelse för möjligheten att omfördela läkemedel utifrån regler i speciallagstiftning, se avsnitt 5.6. Av

utredningen framgår att flera regionrepresentanter framhållit att det är viktigt för solidariteten mellan regioner att varje region själv tar ansvar för en grundläggande lagerhållning. Vid fredstida krissituationer när många regioner arbetar under stora påfrestningar minskar viljan att bistå en annan region med produkter om denna region inte har byggt upp en grundläggande tillgång till produkter i ursprungsläget.

Mot denna bakgrund bedömer regeringen att det finns starka skäl för att införa en lagstadgad lagerhållningsskyldighet för att förtydliga vad det är som förväntas av kommuner och regioner när det gäller försörjningen av sjukvårdsprodukter i vardagen. En sådan skyldighet bör syfta till att minska sårbarheten vid störningar i försörjningskedjorna för sjukvårdsprodukter och stärka den grundläggande beredskapen hos hälso- och sjukvården över hela landet. För att skapa förutsättningar för rättvisa villkor och en jämlik vård över hela landet bör det anges en tydlig dimensionering av den lagerhållning som sjukvårdshuvudmännen ska ha. Regeringen bedömer att det inte skulle vara lämpligt att i stället bestämma omfattningen av lagerhållningen i överenskommelser mellan staten och SKR. Eftersom det bedömts vara angeläget att skyndsamt förstärka lagerhållningen i kommuner och regioner har regeringen som nämnts i avsnitt 5.3 ingått överenskommelser med SKR om att stärka försörjningsberedskapen genom inköp och lagerhållning av vissa sjukvårdsprodukter. I nuläget saknas det dock en långsiktig lösning för att säkerställa tillgången till såväl dessa som andra sjukvårdsprodukter.

Regeringen bedömer att upprätthållandet av en viss nivå av lagerhållning för att minska sårbarheten i försörjningskedjorna och för att säkerställa förmågan att bedriva god vård är en grundläggande uppgift för sjukvårdshuvudmännen som inte lämpar sig för årliga omförhandlingar i överenskommelser. En sådan lösning skulle också innebära att det inte går att utöva tillsyn och säkerställa att de effekter som eftersträvas verkligen uppnås. Det kan noteras att Utredningen om kommuners och regioners beredskap bedömer att den nuvarande ordningen med överenskommelser mellan staten och SKR varken är en ändamålsenlig eller effektiv form för att styra och tillföra medel till kommuner och regioner för deras planering och förberedande åtgärder enligt den nya lag om kommuners och regioners grundläggande beredskap inför fredstida krissituationer och höjd beredskap som utredningen föreslår (SOU 2024:65 s. 425). Utredningen bedömer att ordningen inte heller är lämplig med hänsyn till regleringen i 8 kap. 2 och 3 §§ regeringsformen, där det föreskrivs att statens styrning av kommuner och regioner ska ske genom lag eller förordning som har stöd i lag om styrningen innebär åligganden för kommunsektorn. En författningsreglerad skyldighet är därför mest ändamålsenlig.

Regeringen föreslår därför att det införs bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen om lagerhållningsskyldighet för sjukvårdsprodukter. Skyldigheten ska innebära ett krav på att lagervaror av sjukvårdsprodukter för sådan vård som kommunen respektive regionen ska erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Lagerhållningsskyldighetens innebörd och omfattning

Lagerhållningen i kommuner och regioner bör avse en viss volym av de produktkategorier som används i hälso- och sjukvården i vardagen, t.ex.

inom den slutna vården eller på öppenvårdsmottagningar. Innehållet i lagerhållningsskyldigheten kan därmed behöva se olika ut. Exempelvis bedrivs högspecialiserad vård på ett begränsat antal platser i landet och produkter som används för sådan verksamhet kanske inte används i samma utsträckning i regioner som saknar sådan verksamhet. Kommunerna bedöms framför allt behöva lagerhålla sjukvårdsprodukter såsom medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning som används i den kommunala hälso- och sjukvården. Den lagerhållning som omfattas av skyldigheterna bör för regionernas del beräknas utifrån normal förbrukning inom slutna vård och annan vård på sjukhus, men också med beaktande av den förbrukning som sker inom öppen vård, exempelvis på vårdcentraler och specialistmottagningar. Läkemedel och andra sjukvårdsprodukter som förskrivs och lämnas ut till patienten av öppenvårdsapotek omfattas inte av lagerhållningsskyldigheten.

Flera regioner framför i sina remissvar att den nuvarande definitionen av sjukhusapotek behöver ändras för att regionerna ska kunna åläggas lagerhållningsskyldighet avseende läkemedel för vård som de erbjuder enligt hälso- och sjukvårdslagen, även när vården inte utförs på sjukhus. *Region Dalarna*, *Region Halland*, *Region Uppsala*, *Region Västmanland* och *Region Örebro* framhåller att det är olyckligt att utredningen gör den övergripande bedömningen att det inte finns något behov av nya eller ändrade bestämmelser med hänvisning till 5 kap. 1 § i lagen om handel med läkemedel. Man anser att det är motsägelsefullt att det i de aktuella bestämmelserna anges att vårdgivarens ansvar att organisera läkemedelsförsörjningen är begränsat till sjukhus, eftersom det här ställs krav på att regionen ska lagerhålla läkemedel för vård som regionen erbjuder enligt hälso- och sjukvårdslagen utan begränsning till vård på sjukhus. Regeringen avser att med de nya bestämmelserna förstärka den lagerhållning som finns inom kommuner och regioner. De förändringar som regionerna föreslår omfattas inte av detta lagstiftningsärende. Den lagerhållningsskyldighet som föreslås innebär dock att regionerna vid dimensioneringen av lagren måste ta hänsyn till den förbrukning av sjukvårdsprodukter som sker på andra sjukvårdsinrättningar än sjukhus.

I överenskommelserna mellan staten och SKR anges att parterna är överens om målsättningen att hälso- och sjukvårdens förmåga att bedriva god vård i vardagen ska säkerställas för minst en månad. Utgångspunkten för lagerhållningsskyldigheten bör därför vara att kommuner och regioner bör säkerställa en lagerhållning motsvarande en månads normalförbrukning av de sjukvårdsprodukter som behövs för att bedriva hälso- och sjukvård i vardagen.

Regeringen anser att en månads omsättningslagring av sådana sjukvårdsprodukter som kommuner och regioner använder i vardagen i nuläget är en rimlig nivå på lagerhållningsskyldighet för normala förhållanden. *Kungliga Krigsvetenskapsakademien* anser att en månad inte är tillräckligt utan att vissa produkter bör lagerhållas i volymer som motsvarar tre månader. Regeringen konstaterar att utredningen lämnat ytterligare förslag om bl.a. lagerhållningsskyldigheter. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att köpa in och lagerhålla sjukvårdsprodukter som behövs för traumavård (S2022/04550). I övrigt bereds förslagen i Regeringskansliet.

Innehållet i och omfattningen av lagerhållningen bör inte bestämmas i lag eftersom föreskrifterna behöver vara tämligen detaljerade och behöver

kunna uppdateras på ett enkelt sätt vid behov. Mot denna bakgrund föreslås att det i bestämmelserna om lagerhållningsskyldighet införs ett bemyndigande för regeringen att föreskriva om det närmare innehållet i och omfattningen av lagerhållningsskyldigheten. För att avgränsa åliggandet för kommuner och regioner föreslår utredningen att det bör framgå att regeringen inte får föreskriva om lagerhållning som överstiger en månads normalförbrukning i kommunen eller regionen. Enligt utredningens förslag bör detta regleras i lag. Regeringen bedömer dock att det inte är nödvändigt att begränsningen anges i lagen, utan att sådana mer detaljerade bestämmelser bör, för att ge ökad flexibilitet, kunna regleras i förordning med stöd av det föreslagna bemyndigandet. På så sätt ges också förutsättningar att framöver kunna föreskriva om längre lagerhållning om sådant behov skulle uppstå. En begränsning, som för närvarande bedöms uppgå till högst en månads normalförbrukning, innebär dock inget hinder mot att kommuner och regioner på eget initiativ lagerhåller sjukvårdsprodukter i en omfattning som överstiger en månads normalförbrukning. Lagerhållningsskyldigheten kan behöva utökas successivt, bl.a. för att undvika att tillgången på sjukvårdsprodukter för övriga aktörer i Sverige påverkas negativt under uppbyggnadsfasen. Bland annat detta behöver beaktas när föreskrifter om lagerhållningen meddelas.

Statskontoret anser att det är olämpligt att regeringen via en föreskrift tar över en central del av vårdgivarnas ansvar. Statskontoret ser en risk för att de olika vårdgivarna minskar sina ansträngningar att löpande försöka bedöma den lämpliga storleken på sina lager av olika produkter och att på andra sätt hantera eventuella störningar i leveranserna och att det blir svårt att motivera ett större lager än vad staten föreskriver. Flera remissinstanser, bl.a. *LOK, Linköpings kommun* och *Region Jämtland Härjedalen*, motsätter sig en detaljreglering av vilka läkemedel som ska omfattas och menar att lagerinnehållet bör få hanteras av varje kommun eller region. Regeringen bedömer att det finns ett behov av att precisera kravets innebörd, mot bakgrund av vad som angetts tidigare om behovet av att tydliggöra vad som förväntas av hälso- och sjukvården och skapa rättvisa och likvärdiga förutsättningar.

För att regeringen ska kunna meddela föreskrifter om lagerhållningsskyldigheten behöver underlag tas fram av ansvariga myndigheter i samverkan med kommuner och regioner. Utgångspunkten bör vara att de produktkategorier som kommuner och regioner normalt använder inom hälso- och sjukvården ska omsättningslagras. Eftersom alla produktkategorier inte lämpar sig för sådan lagerhållning behöver det dock finnas möjlighet att föreskriva om avsteg från denna huvudregel.

För vissa produkter kan det vara rimligt att ha ett lägre krav på lagerhållning än det som föreskrivs generellt. Det gäller t.ex. mycket utrymmeskrävande produkter och produkter som av kostnadsskäl, hållbarhetsskäl eller på grund av särskilda förhållanden kring lagerhållningen är mycket dyra att lagerhålla. Exempel på produkter där särskilda förhållanden kan innebära svårigheter vid lagerhållning är gasflaskor och andra produkter med särskilda säkerhetsföreskrifter. När det gäller vissa typer av sjukvårdsprodukter, t.ex. medicintekniska produkter där antalet produkttyper är mycket stort och det även förekommer stora variationer när det gäller användning, kan regleringen främst behöva inriktas på att ange

undantag från huvudregeln när det gäller lagerhållningsskyldighetens omfattning.

De föreskrifter som tas fram bör enligt regeringen inte formuleras på produktnivå, dels eftersom det är svårt att utforma en sådan reglering och hålla den aktuell, dels eftersom det väsentligt skulle inskränka hälso- och sjukvårdens frihet att själv avgöra sitt produktsortiment. Det är viktigt med en nära samverkan mellan berörda myndigheter och kommuner och regioner när underlag för föreskrifterna tas fram och vid framtida förändringar när det gäller innehåll och omfattning.

Socialstyrelsen har inom ramen för sitt uppdrag att ta fram underlag för vilka produkter som ska omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap (S2022/04550) lämnat en delredovisning som innehåller en förteckning över läkemedel som behövs för vård som inte kan anstå. Listan innehåller både läkemedel som rekvireras för användning i sluten eller öppen vård och läkemedel som förskrivs på recept. I Socialstyrelsens slutrapport Underlag för vilka produkter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap (februari 2024) redovisas underlag för omsättningslagring av medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning och livsmedel för speciella medicinska ändamål samt en uppdaterad lista över läkemedel som behövs för vård som inte kan anstå. Socialstyrelsen redovisar också värde- och kostnadsberäkningar för underlagen för omsättningslagring. Förteckningen över läkemedelssubstanser omfattar en stor del av de läkemedel som rekvireras och används inom hälso- och sjukvården. Eftersom utgångspunkten varit vård som inte kan anstå finns det dock substanser som inte är inkluderade i listan, men som används när vård bedrivs i normalläget. På förteckningen finns också läkemedel som enbart eller främst förskrivs på recept i den öppna vården. Regionernas lagerhållningsskyldighet ska dock enbart utgå från den förbrukning som normalt sker inom den slutna vården eller på enheter för öppen vård.

Underlaget om medicintekniska produkter i slutrapporten avser förbrukningsartiklar. Socialstyrelsen redovisar ett underlag för förbrukningsartiklar som används inom hälso- och sjukvård och ett underlag för förbrukningsartiklar som förskrivs eller lämnas ut till patienter. Under arbetet med uppdraget framkom det enligt Socialstyrelsen att det inte är lämpligt att göra ett urval av vilka förbrukningsartiklar som behövs för vård som inte kan anstå. I stort sett uppges det vara samma produkter som behövs både för att bedriva sådan vård och för att utföra vård som kan anstå.

Organisering och uppbyggnad av lagerhållningen

Kommuner och regioner kan välja att organisera lagerhållningen på olika sätt. I vissa fall kan det vara ändamålsenligt för kommuner att samordna lagerhållningen med andra kommuner, medan andra kommuner kan välja att samordna sin lagerhållning med regionen. När det gäller läkemedel är det dock inte möjligt att samäga dessa, utan det måste framgå vem som är ägare. De etablerade formerna för samverkan som är möjliga enligt kommunallagen (2017:725), som t.ex. avtalssamverkan, kommunalförbund, gemensam nämnd etc., kan i viss utsträckning vara möjliga att använda även i dessa sammanhang.

Det finns alltså skäl att understryka att sjukvårdsprodukter ska finnas tillgängliga på sjukhusen när det finns behov av dem och att försörjningen ska ske på ett säkert och effektivt sätt. Detta krävs för att hälso- och sjukvården ska kunna bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bl.a. förutsätter en säker och effektiv läkemedelsförsörjning (se prop. 2007/08:142 s. 16). Lagerhållningen måste organiseras på ett sådant sätt att sjukvårdshuvudmännen säkerställer att hälso- och sjukvården kan få tillgång till sjukvårdsprodukterna när de behövs. Regeringen förutsätter att lagerhållningen utformas som en omsättningslagring. Lagerhållningen av sjukvårdsprodukter bör därför i så stor utsträckning som möjligt ske nära de platser där sjukvårdsprodukterna ska omsättas, för att ha förutsättningar att vara så ändamålsenlig och kostnadseffektiv som möjligt och för att säkerställa att sjukvårdsprodukterna är tillgängliga när de behövs. För det fall en extern aktör anlitas måste kommunen eller regionen försäkra sig om att det finns ett lager som är reserverat för kommunen eller regionen så att det är tillgängligt när behov uppstår. Regleringen i lagen om handel, bl.a. avseende sjukhusens läkemedelsförsörjning, måste givetvis beaktas vid organiseringen av lagerhållningen.

En utökning av lagerhållningen bör ske successivt så att tillgången på produkter för övriga aktörer i Sverige inte påverkas negativt. Även ur ett EU-perspektiv är det viktigt att uppbyggnad av lager sker successivt, för att inte andra medlemsländer ska påverkas negativt. Sjukvårdshuvudmännen bör i dialog med sina leverantörer och med andra sjukvårdshuvudmän säkerställa att planen för lageruppbyggnad motsvarar den kapacitet som finns hos leverantörerna.

Flera regioner framför i sina remissvar att det behövs en ekonomisk kontrollstation för att säkerställa att staten kompenserar regionerna för lagerhållningen på ett korrekt sätt. Regeringen bedömer att det bör ske en uppföljning av hur både lagerhållningen och kostnaderna för denna utvecklas.

Förhållandet till privata aktörer som utför offentligt finansierad vård

Både kommuner och regioner har det övergripande ansvaret enligt hälso- och sjukvårdslagen att inom sina ansvarsområden erbjuda vård åt dem som är bosatta i regionen respektive ingår i de patientgrupper som ska erbjudas kommunal hälso- och sjukvård (avsnitt 6.1). Kommuner och regioner är också skyldiga att i sin planering beakta den vård som bedrivs av andra aktörer. Det kan övervägas om kommunens och regionens lagerhållningsskyldighet borde avgränsas till den omsättning som sker inom ramen för den verksamhet som kommunen respektive regionen bedriver i egen regi. För att uppnå önskat resultat skulle motsvarande lagerhållningsskyldighet i det alternativet kunna åläggas privata vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård. Ett annat alternativ är att kommuners och regioners lagerhållningsskyldighet också omfattar förbrukningen av produkter i sådan vård som bedrivs av privata aktörer med offentlig finansiering genom olika former av avtal med kommuner och regioner.

Omfattningen av offentligt finansierad privat verksamhet inom hälso- och sjukvården varierar mellan olika kommuner och regioner i landet. Det behöver finnas utrymme för kommuner och regioner att välja de lösningar som passar dem bäst i detta avseende. Enligt regeringen bör kommunen

respektive regionen ansvara för att det finns en lagerhållning av produkter som motsvarar den totala förbrukningen för all offentligt finansierad vård i respektive kommun och region. Kommuner och regioner kan genom avtal med privata aktörer reglera detta så att de privata aktörerna ska ansvara för att lagerhålla sjukvårdsprodukter motsvarande en viss tids normalförbrukning inom den egna verksamheten. Kostnaden för detta får regleras i avtalen.

Underlag för föreskrifter om vad som ska lagerhållas

Det behöver tas fram underlag för att regeringen ska kunna meddela föreskrifter om lagerhållningen. Ett sådant underlag bör kunna tas fram av t.ex. Socialstyrelsen i samverkan med kommuner och regioner och berörda myndigheter. Arbetet bör bl.a. kunna utgå från de underlag som tagits fram inom ramen för uppdraget att ta fram underlag för vilka sjukvårdsprodukter som ska omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap (S2022/04550) och inkludera beräkningar av kostnaderna för lagerhållningen.

Tillsyn över skyldigheten att ha sjukvårdsprodukter i lager

Tillsynsansvaret över vårdgivarnas tillgång till förnödenheter delas mellan Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Läkemedelsverket. IVO bedriver bl.a. tillsyn över hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen, smittskyddslagen (2004:168), lagen om blodsäkerhet (2006:496) och lagen (2021:600) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter. IVO har således ansvar för tillsynen över alla inrättningar där det bedrivs hälso- och sjukvård, både privata och offentliga (se 7 kap. 1 och 3 §§ PSL). Det är därmed IVO som utövar tillsyn över att det på de ställen där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finns den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges i enlighet med bestämmelsen i 5 kap. 2 § HSL. IVO har också tillsyn över att regionerna har planerat sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls och att tillgången till läkemedel, medicinteknisk utrustning och förbrukningsmaterial anpassas till de behov som kan uppstå vid allvarlig händelse i enlighet med 7 kap. 2 § tredje stycket HSL. IVO kommer också att ha tillsyn över de nya bestämmelser om planering som föreslås i denna lagrådsremiss.

Läkemedelsverket utövar bl.a. tillsyn över lagen om handel med läkemedel och ansvarar därmed för tillsyn över att sjukhusens läkemedelsförsörjning är organiserad så att behovet av säkra och effektiva läkemedel tryggas i enlighet med 5 kap. 1 § lagen om handel med läkemedel.

De nya bestämmelser som föreslås i hälso- och sjukvårdslagen om en utökad skyldighet för kommuner och regioner att ha en grundläggande lagerhållning i vardagen kommer att omfattas av IVO:s tillsyn. Utöver bestämmelser om tillsyn i hälso- och sjukvårdslagen finns också bestämmelser om egenkontroll (se 3 kap. PSL).

Mot denna bakgrund bedömer regeringen att det inte finns skäl att föreslå några ändringar i bestämmelserna om tillsyn, även om IVO uttrycker tveksamhet till att de befintliga tillsynsbestämmelserna skulle

vara tillräckliga för det nya tillsynsområdet. Regeringen avser dock att följa frågan.

För att utöva tillsyn över hur bestämmelserna om lagerhållning följs behöver IVO tillgång till uppgifter om de sjukvårdsprodukter som finns i lager hos kommuner och regioner. Sådana uppgifter behövs också för att regeringen och Socialstyrelsen ska kunna bedöma försörjningsläget i hälso- och sjukvården och som underlag för eventuella beslut om hjälp. Utredningens förslag innehåller en skyldighet för kommuner och regioner att lämna uppgifter om lagernivåer till den myndighet som regeringen bestämmer. Regeringen bedömer att sådana uppgifter kommer att vara en viktig del i det system för nationell lägesbild över tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter som ska tas fram. Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten har i sina regleringsbrev för 2024 fått i uppdrag att förbereda framtagandet av en nationell lägesbild över tillgången till läkemedel. Uppdraget har förlängts i myndigheternas regleringsbrev för 2025. I sin rapport om en förstudie om framtagandet av en nationell lägesbild för läkemedel, som ligger till grund för det pågående uppdraget, lämnar Läkemedelsverket bl.a. förslag om att öppenvårdsapotek, parthandlare och vårdgivare med ansvar för läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus ska lämna uppgifter om lagernivåer till E-hälsomyndigheten. E-hälsomyndigheten ska sedan lämna uppgifterna till Läkemedelsverket för att Läkemedelsverket ska kunna sammanställa en nationell lägesbild över tillgång, lokalisering och förbrukning av humanläkemedel (S2022/01265). Läkemedelsverket har därefter lämnat vissa kompletterande författningsförslag i en delredovisning av uppdrag att förebygga och hantera rest- och bristsituationer avseende läkemedel (S2023/01609). Vidare har E-hälsomyndigheten lämnat kompletterande förslag i promemorian PM om obligatorisk rapportering av uppgifter för vårdgivare som sköter läkemedelsförsörjning i egen regi (S2024/01293). Läkemedelsverket har vidare fått i uppdrag att bl.a. möjliggöra framtagande av en nationell lägesbild över medicintekniska produkter (S2024/00545).

Regeringen anser att frågan om skyldighet att lämna uppgifter om lagernivåer bör behandlas inom ramen för det fortsatta arbetet med att utforma systemet med en nationell lägesbild, inklusive beredningen av de förslag till författningsändringar som lämnats av Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten.

7 Utvidgning av hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att lämna uppgifter

Regeringens förslag: Det ska införas en skyldighet i patientsäkerhetslagen för hälso- och sjukvårdspersonal att under höjd beredskap på begäran lämna uppgift till Försvarsmakten om huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning.

Utredningens förslag (SOU 2022:6) överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: Ett fåtal remissinstanser kommenterar uttryckligen förslaget. De flesta tillstyrker eller har inga invändningar. *Försvarsmakten* understryker att behovet av att få kännedom om huruvida myndighetens personal befinner sig på en sjukhusinrättning gäller all personal som har skyldighet att tjänstgöra i Försvarsmaktens krigsorganisation. Försvarsmakten framhåller att det även innan höjd beredskap kan finnas behov av att få tillgång till uppgift om var myndighetens personal finns i händelse av sjukdom eller skada. Ett sådant behov finns när värnpliktiga omfattas av beredskapstjänstgöring enligt 4 kap. 8 § lagen (1994:1809) om totalförsvarspåbud. Detta kan regleras genom att uppgiftsskyldigheten utökas till att även gälla för värnpliktiga när regeringen beslutat om att de ska omfattas av beredskapstjänstgöring. *Region Östergötland* framför att den föreslagna justeringen i patientsäkerhetslagen enbart medför en rätt för Försvarsmakten att få information om en enskild känd person. Regionen har dock svårt att se att förslaget även innebär en skyldighet att t.ex. lämna uppgifter om hur många officerare som vistas på en sjukvårdsinrättning.

Skälen för regeringens förslag

Hälso- och sjukvårdssekretessen

I offentlig hälso- och sjukvård finns bestämmelser om sekretess i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSK. Där anges bl.a. att sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Uppgifter får dock alltid lämnas ut om patienten samtycker till det. För hälso- och sjukvårdspersonal i privata verksamheter finns motsvarande bestämmelser om tystnadsplikt i 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. En uppgift om att en person vistas på ett sjukhus är en sådan uppgift som omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess i offentlighets- och sekretesslagen och hälso- och sjukvårdspersonalens tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen.

Av 10 kap. 28 § OSK framgår att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. I 6 kap. 15 § PSL finns vissa bestämmelser om uppgiftsskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal. Där framgår bl.a. att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att lämna ut sådana uppgifter som gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning, om uppgifterna i ett enskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket. Frågan är om det är motiverat att utöka denna uppgiftsskyldighet till att även omfatta utlämnande av uppgifter till Försvarsmakten.

Försvarsmakten har behov av uppgifter

Försvarsmaktens hälso- och sjukvårdsresurser är begränsade och vården i krig bygger på att soldater med svårare skador och sjukdomar förs vidare till civil hälso- och sjukvård. Detta framgår också av propositionen Totalförsvaret 2021–2025 där det anges att Försvarsmakten har ett behov

av stöd från den civila sjukvården och att sjukvården i totalförsvaret behöver ses i ett sammanhang (prop. 2020/21:30 s. 108 och 125). Utredningen framhåller att situationer där en skadad eller sjuk soldat rör sig mellan den militära och den civila sjukvården medför att Försvarsmakten, både i egenskap av arbetsgivare och remitterande vårdgivare, har behov av att få information om på vilket sjukhus eller vilken sjukvårdsinrättning patienten befinner sig. Utredningen framhåller att Försvarsmakten också behöver kunna få information om en soldat har avlidit på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning. Utredningen anser därför att det finns skäl att införa en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att på begäran av Försvarsmakten vid höjd beredskap lämna uppgift om den som enligt lag är skyldig att tjänstgöra hos Försvarsmakten vistas på en viss sjukvårdsinrättning.

Sekretessbestämmelserna i 25 kap. 1 § OSL och bestämmelserna om tystnadsplikt i 6 kap. 12 § PSL förhindrar i nuläget hälso- och sjukvården att lämna ut uppgifter om en person vistas på en sjukvårdsinrättning till Försvarsmakten, om inte patienten själv kan samtycka till ett sådant utlämnande eller om uppgiften behövs för att denna ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd (25 kap. 13 § OSL).

I rollen som arbetsgivare är Försvarsmakten skyldig enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) att utan dröjsmål underrätta Arbetsmiljöverket om dödsfall eller svårare personskada som har inträffat i samband med arbetets utförande. En arbetsgivare ska också utan dröjsmål underrätta Arbetsmiljöverket om skador i samband med arbetet som drabbat flera arbetstagare samtidigt och om tillbud som inneburit allvarlig fara för liv och hälsa.

Enligt lagen om totalförsvarsplikt gäller totalförsvarsplikt för varje svensk medborgare från början av det kalenderår när han eller hon fyller sexton år till slutet av det kalenderår när han eller hon fyller sjuttio år. Enligt 4 kap. 7 § samma lag är totalförsvarspliktiga som har krigsplacerats enligt denna lag skyldiga att fullgöra krigstjänstgöring under höjd beredskap. Den som fullgör värnplikt eller civilplikt är skyldig att i den mån verksamheten kräver det tåla inskränkningar såväl i sin frihet att förflytta sig inom landet och att lämna detta som i sin personliga frihet i övrigt. Med värnplikt avses enligt lagen grundutbildning, repetitionsutbildning, beredskapstjänstgöring och krigstjänstgöring.

Mot denna bakgrund delar regeringen utredningens bedömning om att det står klart att Försvarsmakten under höjd beredskap har ett behov av information om vissa personer, som är skyldiga att tjänstgöra enligt lagen om totalförsvarsplikt och som har krigsplacerats enligt samma lag, befinner sig på en sjukvårdsinrättning. Regeringen anser även att det, såsom Försvarsmakten förordar, bör förtydligas att uppgiftsskyldigheten bör omfatta alla personer som under höjd beredskap omfattas av en skyldighet att tjänstgöra hos Försvarsmakten enligt lagen om totalförsvarsplikt, vilket inkluderar tjänstgöring som fullgörs som värnplikt och civilplikt (se 3 kap. lagen om totalförsvarsplikt). Regeringen anser att myndigheten har ett berättigat intresse av information om var dessa skadade och sjuka personer vårdas i syfte att få reda på om de har avlidit, eller om, och i så fall när, de kan väntas återinträda i tjänst.

Regeringen föreslår därför att det införs en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att lämna ut uppgifter till Försvarsmakten och att en sådan skyldighet införs i 6 kap. 15 § 1 PSL.

Till skillnad från Försvarsmakten anser dock regeringen, i likhet med vad utredningen anför, att det i fredstid inte finns skäl att behandla Försvarsmakten på annat sätt än andra arbetsgivare genom att låta uppgiftsskyldigheten även omfatta personer som har en beredskapstjänstgöring (se 4 kap. 8 § lagen om totalförsvarsplikt). Under fredstida förhållanden när t.ex. en värnpliktig blir så skadad eller sjuk att denne behöver vårdas på vårdinrättning bör det normalt gå att hantera genom att den värnpliktige samtycker till att information om var denne befinner sig kan lämnas ut eller sökas via anhöriga.

Närmare om den utvidgade uppgiftsskyldigheten

Av bestämmelsen i 6 kap. 15 § 1 PSL framgår att uppgiftsskyldigheten gäller uppgifter huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett enskilt fall begärs en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket. Av förarbeten till bestämmelsen framgår att uppgiftsskyldigheten gäller när en viss person efterfrågas, även om denne inte är känd med namn. Med uttrycket för enskilt fall menas att uppgiften begärs t.ex. med anledning av en inledd förundersökning. Även personer som söker sig till ett sjukhus för öppen vård får anses vistas på en sjukvårdsinrättning så länge de finns där. Uppgiftsskyldigheten gäller därmed även sådana personer (jfr prop. 1981/82:186 s. 65).

Mot denna bakgrund anser regeringen, i likhet med utredningen, att en utvidgning av uppgiftsskyldigheten i 6 kap. 15 § 1 PSL bör omfatta personer som enligt lagen om totalförsvarsplikt är skyldiga att tjänstgöra hos Försvarsmakten under höjd beredskap och att en uppgift om vistelse på sjukvårdsinrättning då kan begäras i ett enskilt fall. Det kan röra sig om behov av information om ifall en person vistas på en sjukvårdsinrättning för att veta om personen kan väntas återinträda i tjänst. Det är därmed inte fråga om att, som *Region Östergötland* poängterar, Försvarsmakten t.ex. ska få information om hur många officerare som vistas på en sjukvårdsinrättning eller tillgång till sjukvårdens patientregister.

En utvidgning av uppgiftsskyldigheten är proportionerlig

Vid bedömningen av om en sekretessbrytande bestämmelse ska införas och hur den ska utformas bör en intresseavvägning göras mellan de inblandade aktörernas behov av att utbyta uppgifterna i fråga och det intresse som den aktuella sekretessbestämmelsen avser att skydda (jfr prop. 2016/17:208 s. 24).

Bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården innebär ett relativt starkt skydd för den enskilde. Mot denna aspekt står Försvarsmaktens behov av att få del av de aktuella uppgifterna. Det framgår uttryckligen av 5 kap. 1 § lagen om totalförsvarsplikt att den som fullgör värnplikt eller civilplikt är skyldig att i den mån verksamheten kräver det tåla inskränkningar såväl i sin frihet att förflytta sig inom landet och att lämna detta som i sin personliga frihet i övrigt. Att hälso- och sjukvårdspersonal på fråga från en statlig myndighet ska kunna tala om

ifall en person vistas på en sjukvårdsinrättning har i tidigare förarbeten bedömts normalt sett inte utgöra något större men för den enskilde (prop. 1981/82:186 s. 16). Däremot har det bedömts medföra större problem för den enskilde om utomstående kan dra slutsatser om orsaken till besöket. Under höjd beredskap bedömer regeringen att det allmännas intresse av att kunna följa upp om de som omfattas av allmän tjänsteplikt med krigstjänstgöring har avlidit eller kan inställa sig till fortsatt tjänstgöring efter sjukdom eller skada väger tyngre än skyddet för den enskildes integritet. Det kan också noteras att det är straffsanktionerat att avvika eller utebli från tjänstgöring enligt totalförsvarsplikt. Om avvikandet sker under höjd beredskap är straffet högre.

Inom Försvarsmaktens hälso- och sjukvårdsverksamhet gäller samma sekretessbestämmelser till skydd för den enskilde som i kommunernas och regionernas hälso- och sjukvård (se 25 kap. 1 § OSL).

Med anledning av ovanstående bedömer regeringen att Försvarsmakten har ett berättigat intresse av att veta var skadade och sjuka totalförsvarspliktiga som krigsplacerats under höjd beredskap är. Myndigheten behöver informationen om sådana personer kan väntas återinträda i tjänst. En utvidgning av uppgiftsskyldigheten bedöms därmed som proportionerlig.

8 Behandling av personuppgifter

Regeringens bedömning: Det behöver inte införas några särskilda bestämmelser om behandlingen av personuppgifter.

Utredningens bedömning (SOU 2022:6) överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: *Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)* har inga invändningar mot utredningens förslag från ett dataskyddsperspektiv.

Skälen för regeringens bedömning

Behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), EU:s dataskyddsförordning, är direkt tillämplig vid i stort sett all personuppgiftsbehandling som helt eller delvis företas på automatisk väg (exempelvis genom en dator) och för annan behandling av personuppgifter som ingår i eller kommer att ingå i ett register (artikel 2). Med personuppgifter avses varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person. En identifierbar fysisk person är en person som direkt eller indirekt kan identifieras, exempelvis genom ett namn, ett identifikationsnummer, en lokaliseringssuppgift eller en eller flera faktorer som är specifika för den personens fysiska, fysiologiska, genetiska, psykiska, ekonomiska, kulturella eller sociala identitet (artikel 4.1). Det innebär att information som inte direkt eller indirekt kan kopplas till en

person inte är personuppgifter. Med behandling av personuppgifter avses t.ex. insamling, registrering, organisering, lagring, bearbetning, utlämning genom överföring eller tillhandahållande på annat sätt (artikel 4.2).

För att personuppgifter ska få behandlas enligt EU:s dataskyddsförordning krävs att det finns en laglig grund för behandlingen. Detta regleras i artikel 6 i EU:s dataskyddsförordning. Behandlingen av personuppgifter är laglig bl.a. om behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige (artikel 6.1 c) eller om behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (artikel 6.1 e). Den grund för behandlingen som avses i artikel 6.1 c och e ska enligt artikel 6.3 fastställas i enlighet med unionsrätten eller en medlemsstats nationella rätt som den personuppgiftsansvarige omfattas av. För behandling som grundar sig på artikel 6.1 c ska syftet med behandlingen fastställas i den rättsliga grunden. Unionsrätten eller den nationella rätten ska uppfylla ett mål av allmänt intresse och vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas.

Av artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning framgår att behandling av personuppgifter som avslöjar bl.a. uppgifter om hälsa ska vara förbjuden. Denna huvudregel kompletteras med ett antal undantag i artikel 9.2, som anger att förbudet inte ska tillämpas i vissa fall. I detta sammanhang är det centralt om behandlingen kan anses vara nödvändig av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse, på grundval av unionsrätten eller medlemsstatens nationella rätt (artikel 9.2 g). Vad som är ett allmänt intresse, dvs. uttrycket som används i artikel 6.1 e, respektive ett viktigt allmänt intresse som används i artikel 9.2 g, är inte definierat i EU:s dataskyddsförordning. I förarbetena till dataskyddslagen konstateras att det är svårt att på ett generellt plan definiera vad som skiljer ett allmänt intresse från ett viktigt allmänt intresse. Regeringen har dock uttalat att det utgör ett viktigt allmänt intresse att svenska myndigheter, även utanför området myndighetsutövning, kan bedriva den verksamhet som tydligt faller inom ramen för deras befogenheter på ett korrekt, rättssäkert och effektivt sätt (se prop. 2017/18:105 s. 83 och prop. 2022/23:34 s. 130).

För hälso- och sjukvården finns ett undantag i artikel 9.2 h. Enligt detta undantas personuppgiftsbehandling som är nödvändig av skäl som hör samman med bl.a. tillhandahållande av hälso- och sjukvård. För att undantaget ska vara tillämpligt krävs att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en yrkesutövare som omfattas av författningsreglerad tystnadsplikt.

Patientdatalagen (2008:355), PDL, kompletterar EU:s dataskyddsförordning och är tillämplig vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården (1 kap. 1 och 4 §§ PDL). Enligt förarbetena är PDL tillämplig i en vårdgivares kärnverksamhet, alltså då vårdgivaren tillhandahåller hälso- och sjukvård åt patienter.

För sådan personuppgiftsbehandling som omfattas av EU:s dataskyddsförordning, dvs. helt eller delvis automatiserad behandling eller uppgifter som ska ingå i ett register, gäller enligt PDL att uppgifterna får behandlas endast om det behövs för att fullgöra något av de ändamål som regleras i 2 kap. 4 och 5 §§ i den lagen. Utgångspunkten är att endast sådan personuppgiftsbehandling får äga rum som inryms i något av de upp-

räknade ändamålen (prop. 2007/08:126 s. 227). I förarbetena till bestämmelsen uttalas följande (prop. 2007/08:126 s. 57).

Det finns en rad olika författningar som föreskriver att hälso- och sjukvården ska lämna ut uppgifter till olika myndigheter. I allmänhet är det fråga om utlämnande av uppgifter som primärt samlats in som vårddokumentation. I viss mindre utsträckning torde det dock vara nödvändigt med en särskild personuppgiftsbehandling där dokumentationen utformas utifrån hur uppgiftsskyldigheten ska fullgöras och där man inte kan tala om en ren ”återanvändning” av för andra ändamål redan insamlade personuppgifter, t.ex. uppgiftsskyldighet enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453). Det behövs därför ett särskilt ändamål som uttryckligen klargör att personuppgiftsbehandling som behövs för ändamålet utförande av annan dokumentation som direkt eller indirekt följer av lag, förordning eller annan författning är tillåten.

Enligt 2 kap. 7 a § PDL får personuppgifter som avses i artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning (känsliga personuppgifter) behandlas med stöd av artikel 9.2 h i förordningen under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i förordningen är uppfyllt.

De bestämmelser som tillåter behandling av personuppgifter och känsliga personuppgifter inom tillämpningsområdet för PDL har ansetts förenliga med EU:s dataskyddsförordning (se prop. 2017/18: 171 s. 76, 77, 162 och 163).

Personuppgiftsbehandling med anledning av förslagen om uppgiftsskyldighet i avsnitt 5.4.1 och 5.6

I avsnitt 5.4.1 finns förslag om att det ska införas bestämmelser som innebär att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för beslut om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap till den myndighet som regeringen bestämmer. Det kan röra sig om uppgifter som t.ex. kommuners eller regioners vårdförmågor och relevanta behov.

I avsnitt 5.6 föreslås det att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp och att uppgifterna ska lämnas till den myndighet som regeringen bestämmer. Det kan t.ex. handla om uppgifter om lägesbilder som beskriver vårdförmåga, beläggning på sjukhus och fastställda kapacitetsgränser samt hur förhållandet mellan vårdresurser och vårdbelastning är och utvecklas. Det kan också röra sig om information om vidtagna och planerade åtgärder.

Båda förslagen (avsnitt 5.4.1 och 5.6) innebär att det i liten utsträckning kommer att förekomma personuppgifter i informationsöverföringen. Det kan dock förekomma uppgifter om kontaktpersoner eller uppgiftslämnare som kan knytas till en enskild person i samband med informationsöverföringen med anledning av båda förslagen.

En grundläggande förutsättning för att en behandling av personuppgifter ska vara laglig och tillåten är att den ryms inom någon av de rättsliga grunderna för behandling som finns i artikel 6.1 i EU:s dataskyddsförordning. Ovan redogörs för EU:s dataskyddsförordnings krav på hur den rättsliga grunden fastställs (artikel 6.3). Enligt artikel 6.2 och 6.3 i EU:s dataskyddsförordning är det tillåtet att ha bestämmelser om när

myndigheter får behandla personuppgifter i nationell rätt för att reglera behandling som grundar sig på en uppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i EU:s dataskyddsförordning.

Enligt 2 kap. 1 och 2 §§ lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) kan den rättsliga grunden eller det allmänna intresset följa av lag eller annan författning, av kollektivavtal eller av beslut som har meddelats med stöd av lag eller annan författning. Av förarbetena till dataskyddslagen framgår att regeringen anser att alla uppgifter som riksdag eller regering har gett i uppdrag åt statliga myndigheter att utföra är av allmänt intresse (prop. 2017/18:105 s. 56 och 57). Därav följer att den verksamhet som en statlig eller kommunal myndighet bedriver, inom ramen för sin befogenhet, är av allmänt intresse.

Informationsöverföringen från kommuner och regioner till den myndighet som regeringen bestämmer ska i båda fallen ske med stöd av de nu föreslagna bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), se avsnitt 5.4.1, 5.6 och 5.7. Syftet med informationsöverföringen är att skapa en bild över hälso- och sjukvårdens kapacitet i Sverige så att beslut om att hjälp ska kunna meddelas för kommuner och regioner som befinner sig i ett katastroftillstånd. Syftet är även att planera och ha en god beredskap för totalförsvarets hälso- och sjukvård. Den personuppgiftsbehandling som kan behöva ske, hos såväl kommunen och regionen som hos myndigheten, för att fullgöra den föreslagna informationsskyldigheten kommer därmed vara av allmänt intresse.

Artikel 6.1 c i EU:s dataskyddsförordning gäller behandling som är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige. Det kan exempelvis handla om författningar som anger en skyldighet för en myndighet att lämna personuppgifter till en annan myndighet.

Det föreslås införas två bestämmelser om uppgiftsskyldighet för kommuner och regioner i hälso- och sjukvårdslagen. Den personuppgiftsbehandling som kan behöva ske för att fullgöra den föreslagna skyldigheten kommer därmed även att vara nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse enligt artikel 6.1 c.

Sammantaget kommer det således att finnas rättslig grund för den personuppgiftsbehandling som kommuner och regioner och den myndighet som regeringen bestämmer kommer genomföra. Den rättsliga grunden kommer att framgå av nationell rätt på det sätt som krävs enligt EU:s dataskyddsförordning.

Personuppgiftsbehandling med anledning av förslagen om uppgiftsskyldighet i avsnitt 7

I avsnitt 7 föreslås en utvidgad uppgiftsskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att lämna uppgifter till Försvarsmakten om en viss person vistas på en sjukvårdsinrättning. Skyldigheten föreslås införas i 6 kap. 15 § 1 patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Detta innebär att personuppgifter om bl.a. namn, kön, ålder och hälsotillstånd kan komma att behandlas. Syftet med den behandlingen är att Försvarsmakten behöver veta var vissa skadade och sjuka personer, som är skyldiga att tjänstgöra och som har krigsplacerats enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt,

vårdas för att veta om de har avlidit, eller om och i så fall när de kan väntas återinträda i tjänst.

Regeringen bedömer att hälso- och sjukvården har stöd i EU:s dataskyddsförordning för den behandling av personuppgifter som behövs med anledning av förslaget. Regeringen anser att utlämnande av personuppgifter från hälso- och sjukvården utgör en uppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen och kan därför ske med stöd av den artikeln. Eftersom uppgiftsskyldigheten även ska regleras i lag kommer den rättsliga grunden för personuppgiftsbehandlingen även att vara artikel 6.1 c, dvs. för att fullgöra en rättslig förpliktelse.

Av 2 kap. 5 § PDL framgår att personuppgifter som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § samma lag också får behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning. En sådan skyldighet att lämna uppgifter finns i den nu föreslagna bestämmelsen i 6 kap. 15 § 1 PSL. Den rättsliga grunden för denna behandling är således 2 kap. 4 och 5 §§ PDL och 6 kap. 15 § PSL.

Regeringen bedömer även att den mottagande myndighetens, dvs. Försvarmakten, har stöd i EU:s dataskyddsförordning för sin behandling av personuppgifter med anledning av uppgiftsskyldigheten. Regeringen anser att behandling av personuppgifter med anledning av den föreslagna uppgiftsskyldigheten är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (artikel 6.1 e). Eftersom uppgiftsskyldigheten även ska regleras i lag kommer den rättsliga grunden för myndighetens personuppgiftsbehandling även att vara artikel 6.1 c, dvs. för att fullgöra en rättslig förpliktelse.

Uppgiftsskyldigheten innebär också att personuppgifter om bl.a. hälso-tillstånd kan komma att behandlas av hälso- och sjukvården och av Försvarmakten. När en sådan personuppgiftsbehandling rör hälso- och sjukvården eller Försvarmaktens hälso- och sjukvård kan det ske med stöd av undantaget i artikel 9.2 h i EU:s dataskyddsförordningen. När Försvarmakten i övrigt behandlar känsliga personuppgifter som är nödvändiga för att utföra de uppgifter som framgår av författning rör det sig således om en sådan behandling som avses i artikel 9.2 g i EU:s dataskyddsförordning, dvs. en behandling som är ett viktigt allmänintresse på grundval av nationell rätt. Behandlingen av känsliga personuppgifter är alltså motiverad med hänsyn till ett viktigt allmänintresse.

Behandlingen av känsliga personuppgifter medför vissa risker för den personliga integriteten. Detta hanteras genom att uppgifter om personliga förhållanden och hälsotillstånd omfattas av sekretess enligt 25 kap. OSL och 6 kap. PSL (se avsnitt 7). Omfattningen av den personuppgiftsbehandling som nu blir aktuell bedöms vara begränsad till en viss grupp individer, dvs. totalförsvarspliktiga personer som har krigsplacerats och som är skyldiga att fullgöra krigstjänstgöring under höjd beredskap (4 kap. 7 § lagen om totalförsvarsplikt). Några mindre integritetskänsliga alternativ, än att hälso- och sjukvårdspersonal bör ha en skyldighet att i vissa fall lämna över uppgifter till Försvarmakten om vissa personer vistas på en sjukvårdsinrättning, bedöms inte finnas för att uppnå det avsedda ändamålet.

Mot denna bakgrund anser regeringen att det finns stöd för den föreslagna personuppgiftsbehandlingen. Regeringen bedömer därför att

det inte finns behov av att införa särskilda bestämmelser för behandlingen av personuppgifter på grund av förslagen om uppgiftsskyldighet.

9 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2026, förutom de ändringar som avser skyldighet för kommuner och regioner att lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som de är skyldiga att erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen som ska träda i kraft den 1 januari 2027.

Regeringens bedömning: Det finns inte behov av några övergångsbestämmelser.

Utredningens förslag (SOU 2021:19 och SOU 2022:6) till ikraftträdandedatum, den 1 januari 2023 respektive den 1 januari 2024, har passerat.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser har inte yttrat sig särskilt över förslagen i denna del. *Socialstyrelsen* tillstyrker förslaget att ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om lagerhållningsskyldighet ska träda i kraft den 1 januari 2023. *Region Stockholm* menar att kravet på en månads lager kommer att kunna vara realiserat till ikraftträdandet om minst sex månader ges från beslut till ikraftträdande. En förutsättning är att marknaden kan leverera när många olika aktörer samtidigt ska öka sin lagerhållning av samma produkter. *Region Värmland* anser att finansiering av det omfattande arbetet inom och mellan kommuner och regioner som måste utföras utifrån delbetänkandets intentioner, skyndsamt bör meddelas för att arbetet ska kunna påbörjas för att ikraftträdande ska kunna ske den 1 januari 2024.

Skälen för regeringens förslag och bedömning: Förslagen om kommuner och regioners vårdskyldigheter och skyldigheter avseende samverkan och planering under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd förutsätts till viss del kompletteras genom föreskrifter på lägre nivå. Regeringen bedömer även att flera berörda aktörer behöver få tid för att förbereda och anpassa sig till de nya bestämmelserna. Det finns behov för berörda myndigheter, framför allt Socialstyrelsen som är den myndighet som främst berörs av förslagen, att göra en översyn av flera föreskrifter och förbereda sin verksamhet utifrån de nya uppgifter som författningsförslagen medför. Regeringen föreslår därför att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2026.

Förslaget om lagerhållningsskyldighet för kommuner och regioner kräver att underlag och föreskrifter om skyldighetens närmare innehåll och omfattning tas fram inför ikraftträdandet och att, som *Region Stockholm* framför, kommunerna och regionerna ges rimlig tid för den lageruppbyggnad som krävs. De föreslagna bestämmelserna om skyldighet för regioner och kommuner att lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård

som de är skyldiga att erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen föreslås därför träda i kraft den 1 januari 2027.

Det bedöms inte finnas behov av några övergångsbestämmelser till dessa lagändringar.

10 Konsekvenser av förslagen

10.1 Syfte och alternativa lösningar samt konsekvenser om inga åtgärder vidtas

Förslagen i lagrådsremissen syftar till att förstärka hälso- och sjukvårdens beredskap. För att uppnå detta lämnas förslag som ska förtydliga förväntningarna på hälso- och sjukvården under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd. Det handlar om bestämmelser som bl.a. anger vilken vård som ska bedrivas under fredstida krissituationer och höjd beredskap och säkerställer att hjälp vid behov lämnas mellan kommuner och regioner vid katastrofsituationer (se avsnitt 5.2 och 5.6). Vidare syftar förslaget om lagerhållningsskyldighet till att en grundläggande lagerhållning av sjukvårdsprodukter i kommuner och regioner ska säkerställas (se avsnitt 6).

Regeringen bedömer att det inte finns något alternativ till att reglera dessa frågor i lag, eftersom det handlar om grundläggande skyldigheter för kommuner och regioner. Flera av förslagen, såsom bestämmelserna om hjälp, innebär inskränkningar i den kommunala självstyrelsen (se avsnitt 10.5.1). I vissa fall bedöms nuvarande lagreglering vara otydlig och ge otillräcklig vägledning och det finns därför behov av förtydliganden och ändringar. När det gäller lagerhållning av sjukvårdsprodukter har staten genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tillfört medel för inköp av prioriterade läkemedel och andra sjukvårdsprodukter, men regeringen anser inte att det är tillräckligt för att långsiktigt säkerställa en god försörjningsberedskap (se avsnitt 6.4).

Om åtgärderna inte vidtas finns det stor risk för att hälso- och sjukvårdens beredskap inte förstärks i tillräcklig utsträckning. Behovet av tydliga planeringsförutsättningar och vägledning om vilken vård som ska bedrivas i situationer med stor resursbrist kommer att kvarstå. Det kommer även att saknas möjlighet att besluta om omfördelning av resurser och annan hjälp mellan kommuner och regioner när detta inte kan ordnas på frivillig väg.

10.2 Konsekvenser för totalförsvaret och hälso- och sjukvårdens beredskap

Syftet med förslagen är att tydliggöra de krav och förväntningar som finns på hälso- och sjukvården och att stärka förmågan i kris och krig (se bl.a. avsnitt 5.2, 5.6 och 5.7). Förslagen förstärker även hälso- och sjukvårdens förmåga att bidra till det militära försvaret (se avsnitt 5.4.1). En stärkt

lagerhållning på grundläggande nivå, nära vården, skapar större trygghet i vardagen och minskar följderna av olika störningar samt utgör en bas för förmågan att bedriva hälso- och sjukvård vid fredstida krissituationer och höjd beredskap (se avsnitt 6).

10.3 Konsekvenser för patienter och allmänhet

Förslagen syftar till att skapa förutsättningar för att de patienter som har störst behov ska kunna få vård vid resursbrist, bl.a. genom att ge tydligare vägledning för hur vården ska prioriteras vid kris och krig (se avsnitt 5.2). Tydligare vägledning för prioriteringar bedöms också bidra till ökad förutsebarhet och en mer jämlik vård. De prioriteringar som görs med stöd av de föreslagna bestämmelserna kan dock medföra negativa konsekvenser för patienter som har behov av vård som inte bedöms utgöra vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Förslaget om lagerhållningsskyldighet för kommuner och regioner innebär att det skapas en större buffert som möjliggör att vården kan bedrivas vidare vid t.ex. tillfälliga störningar, vilket gör att patienterna inte behöver drabbas negativt (se avsnitt 6).

Förslaget om skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att under höjd beredskap på begäran lämna uppgift till Försvarsmakten om huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning kan innebära ett visst intrång i den personliga integriteten (se avsnitt 7).

10.4 Konsekvenser för statliga myndigheter

10.4.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har en central roll vid genomförandet och tillämpningen av lagrådsremissens förslag (se avsnitt 5.2 och 5.6). Det kommer bl.a. att handla om att ta fram egna föreskrifter, kunskapsstöd och underlag för regeringens föreskrifter (se avsnitt 5.2 och 5.5). Myndigheten kommer även att ha en central roll i ärenden som rör tillämpning av de föreslagna hjälpbestämmelserna (se avsnitt 5.6).

När det gäller bestämmelsen om skyldighet att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa under fredstida krissituationer och höjd beredskap kommer Socialstyrelsen att behöva utarbeta ytterligare föreskrifter eller annan vägledning (se avsnitt 5.2). Myndigheten bör då bl.a. kunna utgå från underlag som tagits fram inom ramen för tidigare uppdrag.

Till följd av införandet av ett nytt katastrofbegrepp, katastroftillstånd, och nya planeringsbestämmelser behöver Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap ändras (se avsnitt 5.3 och 5.4). Socialstyrelsen avses också få bemyndigande att meddela föreskrifter om planering för att hantera katastroftillstånd och händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka (se avsnitt 5.5).

Det föreslås vidare bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. För närmare vägledning vid tillämpningen av denna skyldighet

bedöms det finnas behov av ytterligare föreskrifter (se avsnitt 5.4.1 och 5.5).

Vid handläggning och beslut i fråga om hjälp mellan kommuner och regioner är regeringens avsikt att Socialstyrelsen ska vara den myndighet som bl.a. ska ta emot anmälan av hjälpbehov, initiera samverkan och sammanställa beslutsunderlag (se avsnitt 5.6). Sådana ärenden bedöms förekomma sällan, men det behöver finnas beredskap och rutiner för att hantera dem med stor skyndsamhet. Socialstyrelsen bör även ta fram föreskrifter om den uppgiftsskyldighet som föreslås (se avsnitt 5.6).

Inför handläggning av ärenden om hjälp kommer lägesbilder att behöva tas fram. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att analysera och ta fram förslag på vilka uppgifter som bör ingå i lägesbilderna och hur inrapportering av uppgifterna bör ske (se avsnitt 10.5).

Det behöver tas fram underlag för att regeringen ska kunna meddela föreskrifter om lagerhållningen (se avsnitt 6). Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram ett sådant underlag i samverkan med kommuner och regioner och berörda myndigheter.

10.4.2 Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har en central roll i totalförsvarsplaneringen tillsammans med Försvarsmakten, bl.a. vid framtagandet av planeringsanvisningar. MSB kommer sannolikt behöva ta fram övergripande planeringsföresättningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård (se avsnitt 5.4.1). De förslag som lämnas om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och höjd beredskap i denna lagrådsremiss innebär dock inte i sig några nya uppgifter för MSB. MSB kommer sannolikt även behöva delta i samverkan som rör frågor om hjälp vid katastroftillstånd (se avsnitt 5.6). Sådana ärenden bedöms dock förekomma mycket sällan. I övrigt får förslagen inga direkta konsekvenser för MSB.

10.4.3 Försvarsmakten

Försvarsmakten har tillsammans med MSB en central roll i totalförsvarsplaneringen och myndigheten kan därför komma att behöva ta fram planeringsföresättningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård tillsammans med MSB (se avsnitt 5.6).

Försvarsmakten berörs vidare genom att samråd kan komma att ske med myndigheten i samband med att föreskrifter tas fram (se avsnitt 5.4.1). Det kan också bli aktuellt för Försvarsmakten att delta i samverkan vid frågor om hjälp (se avsnitt 5.6).

De kostnader som kan uppkomma till följd av förslagen bedöms kunna hanteras inom myndighetens befintliga anslag.

Genom att det införs en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att lämna uppgift om huruvida någon är intagen på en sjukvårdsinrättning får Försvarsmakten bättre förutsättningar att planera sin verksamhet och fullgöra uppgifter som ingår i ansvaret som arbetsgivare och vårdgivare.

10.4.4 Inspektionen för vård och omsorg

Förslaget om skyldighet att lagerhålla sjukvårdsprodukter bedöms innebära en viss utökning av Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn (se avsnitt 6.4).

Övriga förslag innebär inte att IVO får några nya uppgifter. Förutsättningarna för tillsyn förbättras genom att det införs tydligare regler om vilken vårdskyldighet som kommuner, regioner och vårdgivare har under kris och krig och om den planering som ska finnas i kommuner och regioner. IVO bör därför tillföras resurser för en utökad tillsyn genom en höjning av IVO:s förvaltningsanslag med cirka 2 miljoner kronor.

10.4.5 Länsstyrelserna

Länsstyrelserna kommer inte längre att ha ansvar för att besluta om omfattningen av hjälp mellan kommuner och regioner avseende hälso- och sjukvård (se avsnitt 5.6). De kommer dock att behöva delta i samverkan om frågor om hjälp enligt de nya bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det bedöms handla om sällan förekommande ärenden. De kostnader som kan uppkomma till följd av förslagen bedöms kunna hanteras inom länsstyrelsernas befintliga anslag.

10.4.6 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket bedöms behöva medverka i arbetet med att ta fram underlag för regeringens föreskrifter om lagerhållningen hos kommuner och regioner (se avsnitt 6.4). Myndigheten bedöms inte behöva tillföras särskilda medel för detta. Läkemedelsverket behöver även delta vid bedömningar som gäller förutsättningarna för omfördelning av läkemedel.

10.4.7 De allmänna domstolarna

I avsnitt 5.6 föreslås att det införs en bestämmelse som innebär att den kommun eller region som har lämnat hjälp ska ha rätt till skälig ersättning av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen. Tvister om ersättningens storlek när hjälp lämnats bedöms uppkomma ytterst sällan eftersom beslut om hjälp inte förväntas vara vanligt förekommande. Dessutom har regioner och kommuner, med utgångspunkt från bl.a. olika redan existerande avtal, möjlighet att på förhand träffa överenskommelser om hur skälig ersättning ska bestämmas. En sådan ordning ökar förutsägbarheten och innebär också att risken för tvister vid domstol om ersättningar i stort kan undvikas. Förslaget bedöms därför inte medföra sådana konsekvenser för de allmänna domstolarna att det finns skäl att tillföra dem ytterligare medel.

10.5 Konsekvenser för kommuner och regioner

10.5.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Denna proportionalitetsprincip innebär att förslaget inte får vara onödigt långtgående och om syftet med det kan uppnås på ett mindre ingripande sätt så ska den väg väljas som lägger minst band på kommunernas självbestämmande. Vid proportionalitetsbedömningen ska det således göras dels en analys av de konsekvenser det tänkta förslaget får för den kommunala självstyrelsen, dels en avvägning mellan betydelsen av kommunal självstyrelse och de nationella intressen som den föreslagna lagstiftningen ska tillgodose.

I avsnitt 5.2 föreslår regeringen att det ska införas en skyldighet för kommuner och regioner att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa under fredstida krissituationer och höjd beredskap. Regeringen bedömer att förslaget inte innebär något nytt krav för kommuner och regioner. Samma bedömning gör regeringen när det gäller förslaget om kommuner och regioners vårdskyldigheter när regeringen har meddelat beslut om kvalificerat katastroftillstånd (se avsnitt 5.7). Förslagen innebär i stället en begränsning av hälso- och sjukvårdens vårdansvar i förhållande till det ansvar som nu följer av hälso- och sjukvårdslagen.

I avsnitt 5.4 föreslår regeringen att det ska införas nya förtydligande bestämmelser om skyldigheter för kommuner och regioner att planera för att upprätthålla beredskapen för bl.a. händelser med ett stort antal skadade eller sjuka. Det framgår av samma avsnitt att förslaget syftar till att förtydliga de åligganden som redan regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen bedömer därför, i likhet med utredningen, att förslagen därmed inte påverka den kommunala självstyrelsen.

Mot den bakgrunden bedömer regeringen, till skillnad från flera remissinstanser, bl.a. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Region Värmland* och *Region Norrbotten*, att förslagen i avsnitt 5.2, 5.4 och 5.7 inte innebär sådana nya åligganden som får konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

I avsnitt 5.6 föreslår regeringen att det ska införas bestämmelser om kommuners och regioners skyldighet att lämna hjälp till andra kommuner och regioner. Som *Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI)* framhåller innebär förslaget bl.a. att staten tar över beslutanderätten för en del av en kommuns eller regions hälso- och sjukvårdsresurser för att allokera den till en annan kommun eller region. Regeringen anser därför att förslaget får konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Skyldigheten att följa planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och lämna uppgifter för sådana anvisningar innebär också att nya åligganden för kommuner och regioner införs i hälso- och sjukvårdslagen (se avsnitt 5.4.1). Även förslagen om kommuners och regioners lagerhållningsskyldighet innebär att det till viss del införs nya åligganden för kommuner och regioner i samma lag (se avsnitt 6.4).

Regeringen bedömer därför att förslagen i avsnitt 5.4.1, 5.6 och 6.4 inskränker den kommunala självstyrelsen. Syftet med de föreslagna

bestämmelserna om hjälp är ytterst att skydda människors liv och hälsa genom att säkerställa att det i hela landet även vid fredstida krissituationer, krig och katastrofer går att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa. Bestämmelserna om hjälp ska endast tillämpas i de situationer när en kommun och region inte längre förmår att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa och först efter att kommunen eller regionen själv anmäler hjälpbehovet till regeringen. Regeringen anser dock, i likhet med SKR m.fl., att hjälpbestämmelserna ska utgöra en sista utväg när kommuner och regioner inte själva kan lösa hjälpbehoven på frivillig väg.

När det gäller förslaget om skyldigheten att följa planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap är syftet att kommuner och regioner ska få vägledning i sin dimensionering av hälso- och sjukvården och om vilka sjukvårdsbehov som kan uppstå under höjd beredskap. Detta ligger bortom den regionala och kommunala kompetensen eftersom det bl.a. kräver kunskap om säkerhetspolitiska antaganden, Forsvarsmaktens planering och antaganden om skadeutfall. Som framhålls i avsnitt 5.4.1 är det av yttersta vikt att hälso- och sjukvården kan lösa grundläggande uppgifter under höjd beredskap och de föreslagna bestämmelserna bedöms därför som nödvändiga.

När det gäller lagerhållningsskyldigheten innebär den ytterligare preciseringen av kravet att samtliga kommuner och regioner ska uppfylla samma krav, vilket förbättrar möjligheterna till en jämlik vård. Det underlättar också för kommuner och regioner att stödja varandra i händelse av kriser, något som i dag kan vara svårt och där den som skapat en större buffert kan tvingas dela med sig till dem som valt att inte göra det.

Förslagen i avsnitt 5.4.1, 5.6, och 6.4 syftar sammantaget till att förstärka hälso- och sjukvårdens beredskap så att människors liv och hälsa skyddas. Regeringen anser att det inte finns andra mindre ingripande alternativ som i tillräckligt hög grad skulle säkerställer detta ändamål. De föreslagna bestämmelserna är därför motiverade. Förslagen medför inte heller en inskränkning i den kommunala självstyrelsen som går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranleder inskränkningen. Regeringen anser därför att förslagens påverkan på den kommunala självstyrelsen är proportionerlig.

10.5.2 Finansieringsfrågor

Konsekvenser av de nya bestämmelserna om regioners och kommuners planering av hälso- och sjukvården

I lagrådsremissen föreslås det bestämmelser som tydliggör kommuners och regioners skyldighet att planera för bl.a. händelser som medför ett stort antal skadade och sjuka (se avsnitt 5.4). Flera remissinstanser, bl.a. SKR och flera regioner, framför att förslagen till planeringsbestämmelser medför nya och omfattande statliga krav på både kommuner och regioner. De bör därför enligt SKR finansieras genom den kommunala finansieringsprincipen. Syftet med de föreslagna nya bestämmelserna är dock inte, enligt regeringen, att uppställa nya krav utan att det ska framgå tydligare vilka händelser som kommuner och regioner särskilt ska ha beredskap för inom ramen för sin planering av hälso- och sjukvården.

I lagrådsremissen föreslås det också ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om bl.a. planering för att hantera katastroftillstånd och händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka (se avsnitt 5.5). Bemyndigandet medför inte i sig några ökade kostnader eller andra ekonomiska konsekvenser för kommuner eller regioner. Förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar innehåller bestämmelser som bl.a. ska säkerställa att förvaltningsmyndigheter under regeringen utreder vad föreskrifter eller allmänna råd får för kostnadsmässiga och andra konsekvenser. Här kan nämnas att enligt 14 § förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar ska en förvaltningsmyndighet inhämta regeringens medgivande innan den beslutar föreskrifter som vid tillämpningen kan få sådana effekter på kostnader för staten, kommuner eller regioner som inte är oväsentliga. Om en föreskrift skulle medföra nya eller ökade kostnader för kommuner eller regioner aktualiseras finansieringsprincipen. Kostnader som uppstår för staten ska omhändertas inom de ramar som riksdagen beslutar.

Skyldighet att följa planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap

I avsnitt 5.4.1 föreslås bl.a. att kommuner och regioner ska följa planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och lämna de uppgifter som behövs för en sådan planering. SKR m.fl. framför att förslaget kommer att innebära en tung administrativ börda, vilket staten behöver finansiera och att den statliga finansieringen av förslagen ska framgå av lag (se avsnitt 5.4.1).

I avsnitt 2.1.4 beskrivs principerna för kostnadsfördelningen mellan staten och kommunerna i fråga om fredstida krisberedskap och civilt försvar. Av avsnittet framgår att åtgärder inom ramen för totalförsvaret i huvudsak finansieras med medel som avsätts och beräknas i samband med totalförsvarsbesluten. Regeringen anser därför att det är lämpligast om finansieringen av de nu aktuella åliggandena för kommuner och regioner omhändertas inom ramen för den föreslagna processen för totalförsvarets planering och inte regleras särskilt i hälso- och sjukvårdslagen. Som framgår av avsnitt 4.1.4 föreslår regeringen i propositionen Totalförsvaret 2025–2030 en ekonomisk planeringsram för det civila försvaret.

Lagförslagen medför inte i sig några ökade kostnader eller andra ekonomiska konsekvenser för kommuner eller regioner.

Vilka åtgärder som behöver vidtas och därmed framgå av de framtagna planeringsanvisningarna kommer variera över tid och utgå ifrån de säkerhetspolitiska bedömningar och bedömningar av hotbilden som görs. Kommuner och regioner kommer att bli skyldiga att vidta särskilda åtgärder bara under förutsättning att staten också har lämnat den ersättning som krävs för planeringens och åtgärdernas genomförande. Förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar innehåller bestämmelser som bl.a. ska säkerställa att förvaltningsmyndigheter under regeringen utreder vad föreskrifter eller allmänna råd får för kostnadsmässiga och andra konsekvenser. När nya krav på inrapportering av uppgifter utformas bör det så långt möjligt ske en samordning med befintliga krav så att den totala arbetsbördan för kommuner och regioner begränsas och uppgiftsläm-

andet kan ske på ett så ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt som möjligt. Kostnader som uppstår för staten ska omhändertas inom de ramar som riksdagen beslutar.

Konsekvenser av bestämmelserna om hjälp

Skyldighet för kommuner och regioner att lämna hjälp till andra kommuner och regioner vid ett katastroftillstånd och att staten kan fatta beslut om omfördelning av resurser där de bäst behövs innebär ökade möjligheter för en drabbad kommun eller region att upprätthålla vård som är nödvändig för liv och hälsa. Detta ökar hälso- och sjukvårdens motståndskraft och resiliens även om det innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen, som under vissa förhållanden kan bli betungande (se avsnitt 5.6 och 10.5.1). Den som lämnat hjälp bör dock normalt kunna få full ersättning för sina kostnader. När beslut om hjälp fattats ska den hjälpbehövande betala skälig ersättning till den som lämnat hjälp. Vilka ekonomiska konsekvenser bestämmelserna får beror framför allt på vilken typ av händelse som hanteras samt hur omfattande hjälpen som lämnas är. Som några remissinstanser framhållit kan detta i vissa fall bli betungande för den hjälpbehövande kommunen eller regionen.

En kommun eller region som behöver hjälp bör inte tillföras ytterligare statliga medel för sådan samverkan som är nödvändig för att erhålla hjälp. Det bör betraktas som en kostnad som kommuner och regioner har för att säkerställa att de kan erbjuda hälso- och sjukvård på det sätt som gällande rätt kräver och bedöms därmed inte behöva ersättas.

Kommuner och regioner föreslås få en skyldighet att lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp (se avsnitt 5.6). SKR framhåller att ett i lag reglerat krav på uppgiftsskyldighet för kommuner och regioner medför kostnader som behöver finansieras av staten i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Flera regioner lyfter också i sina remissvar att den kommunala finansieringsprincipen ska gälla.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer föreslås få meddela föreskrifter om uppgiftsskyldigheten. Regeringen bedömer att sådana föreskrifter kan medföra kostnader för kommuner och regioner och att frågan om finansiering av sådana kostnader får hanteras i samband med beslutet om föreskrifter. Kostnader som uppstår för staten ska omhändertas inom de ramar som riksdagen beslutar.

Kraven på uppgiftslämnande bör utformas på ett så ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt som möjligt. Det kan konstateras att det redan i nuläget finns krav på kommuner och regioner att lämna olika typer av uppgifter enligt bl.a. lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH). De uppgifter som behöver rapporteras in i syfte att kunna ligga till grund för beslut om hjälp bedöms i stor utsträckning även kunna fylla de behov av rapportering som följer av lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Lämpligen samordnas skyldigheten att lämna uppgifter enligt de nu föreslagna bestämmelserna och bestämmelserna i 2 kap. 9 § och 3 kap. 5 § LEH så att kommuner och regioner får en sammanhållen och väl avvägd uppgifts- och rapporteringsskyldighet. På det viset kan onödiga kostnader undvikas.

Arbetet med att meddela föreskrifter som anger vilka uppgifter som kommuner och regioner ska lämna måste föregås av en analys över vilka uppgifter som behövs för en ändamålsenlig lägesbild, på vilket sätt uppgifterna ska lämnas och hur ofta uppgifterna ska lämnas. Analyserna bör även beakta vilket behov av uppgifter i lägesbilderna som andra statliga myndigheter har.

Eftersom kommuner och regioner redan i dag har ett rapporteringskrav enligt lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap till flera statliga myndigheter i samband med extraordinära händelser bör staten inte stå för samtliga kostnader som förslaget genererar. Kostnader som uppstår för staten ska omhändertas inom de ramar som riksdagen beslutar. Med hänsyn till detta ansvar bör kommuner och regioner redan ha genomfört viss planering och vidtagit vissa åtgärder för hur denna rapportering ska gå till, vilket bör gå att bygga vidare på. Insamlingen och analysen av uppgifter på mer regelbunden basis bedöms också vara till stor nytta för regionerna i vardagen då det är rimligt att anta att regionen behöver ha uppgifter om tillgänglig outnyttjad vårdkapacitet t.ex. avseende lediga operations- eller vårdplatser.

Särskilt om finansiering av förslaget om lagerhållningsskyldighet

Förslaget om lagerhållningsskyldighet innebär att kommuner och regioner ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som de ska erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen. Omfattningen av skyldigheten kommer att preciseras närmare i föreskrifter som meddelas av regeringen, men avses begränsas på så sätt att den inte innebär krav på att ha lager som överstiger en månads normalförbrukning (se avsnitt 6.4.).

En viss lagerhållning av de sjukvårdsprodukter som normalt används i hälso- och sjukvården får anses vara en rimlig följd av nuvarande krav på god vård. Regeringen konstaterar att det finns en skyldighet att ha den utrustning inklusive sjukvårdsprodukter som behövs för att bedriva god vård (5 kap. 2 § HSL). För att kunna uppfylla detta och andra krav på en god vård behöver det finnas åtminstone en viss mängd av de sjukvårdsprodukter som används i hälso- och sjukvården i vardagen. I betänkandet SOU 2021:19 gjordes bedömningen att regionerna hade en lagerhållning på i medeltal sju dagars buffert och utredningen ansåg att det är rimligt att staten finansierar 21 dagar av en månads lagerhållning. I den mån lagerhållningsskyldigheten enligt förslaget bedöms överstiga den skyldighet som följer av nuvarande reglering kan den anses innebära ett utökat åliggande för kommuner och regioner. Därmed aktualiseras den kommunala finansieringsprincipen.

Genom att lagerhållningsskyldigheten kommer att preciseras genom föreskrifter kan hänsyn tas till behov av en ordnad, successiv uppbyggnad och prioritering inom givna ekonomiska ramar. Regionerna har genom överenskommelser mellan staten och SKR om försörjningsberedskap tillförts medel om sammanlagt 1,85 miljarder kronor för att köpa in och lagerhålla läkemedel, medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning. Av överenskommelserna framgår att parterna är överens om att hälso- och sjukvårdens förmåga att bedriva god vård i vardagen ska säkerställas för minst en månad. Regionerna förutsätts behöva komplettera

den pågående uppbyggnaden av lager med produkter som inte omfattas av överenskommelserna, i den mån de inte redan har sådana lager. Även kommunerna, som inte omfattats av överenskommelserna, behöver se till att de har sjukvårdsprodukter i den omfattning som föreskrivs.

I samband med att föreskrifter utformas bör det vid behov fastställas en nivå för kompensation till sjukvårdshuvudmännen som baseras på den omfattning av lagerhållningen som ska anges i föreskrifterna. Det bör beaktas att en viss buffert krävs redan för att uppfylla kraven i det nuvarande regelverket för hälso- och sjukvården. Det bör också beaktas att staten redan tillfört medel som till betydande del täcker kostnaderna för inköp av de sjukvårdsprodukter som omfattas av lagerhållningskravet. Ersättningen till kommuner och regioner bör avse både löpande lagerhållningskostnader och de ytterligare inköp som krävs för att uppnå föreskrivna nivåer av sjukvårdsprodukter i lager.

Om framtida ändringar i de föreskrifter som ska precisera lagerhållningsskyldigheten bedöms innebära en väsentlig utvidgning eller minskning av lagerhållningsskyldighetens omfattning bör detta beaktas i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Eventuella kostnader som uppstår för staten ska omhändertas inom de ramar som riksdagen beslutar.

10.6 Konsekvenser för andra vårdgivare

Bestämmelsen om vilken vård som ska erbjudas under kris och krig riktas inte direkt till privata vårdgivare utan träffar kommuner och regioner i egenskap av sjukvårdshuvudmän (se avsnitt 5.2). Resurser som privata vårdgivare förfogar över kan inte omfattas av beslut om hjälp, om det inte finns avtal som ger sjukvårdshuvudmännen möjlighet att förfoga över resurserna (se avsnitt 5.6).

Ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd innebär en viss begränsning av de skyldigheter som gäller för vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen i situationer då ett katastroftillstånd inte har kunnat hävas (se avsnitt 5.7). Genom bestämmelsen ges tydligare vägledning för hur vårdgivare ska agera i sådana situationer, där möjligheterna att utföra vård är starkt påverkade.

10.7 Konsekvenser för företag som verkar inom försörjningskedjan för sjukvårdsprodukter

Förslaget om lagerhållning kan påverka läkemedelsföretag och distributörer, framför allt under den period då lagren byggs upp (se avsnitt 6.4).

Lagerhållningsskyldigheten för regioner och kommuner kan medföra ökad efterfrågan på både läkemedel och andra sjukvårdsprodukter. Det är då viktigt med dialog mellan sjukvårdshuvudmännen och leverantörerna för att undvika att bristsituationer uppstår.

10.8 Konsekvenser för miljön

Uppbyggnaden av en stärkt beredskap kan ha en viss påverkan på miljön, men leder sannolikt i ett längre perspektiv till mindre påverkan. Att basera lagerhållningen på omsättning, där det är möjligt, är också ett sätt att försöka skapa så liten miljöpåverkan som möjligt. Den utökade lagerhållningen hos regioner och kommuner ska ske i form av omsättningslagring, så att de lagrade produkterna efter hand kommer till användning i vården.

10.9 Konsekvenser för jämställdheten

Förslagen bedöms medföra en förstärkning av hälso- och sjukvårdens beredskap, genom bl.a. tydligare förutsättningar för planering, en robustare försörjning med sjukvårdsprodukter och skyldighet att lämna hjälp vid katastroftillstånd. Det innebär mindre press på och en avlastning för de som arbetar i vården, vilka till stor del är kvinnor, under t.ex. en fredstida krissituation eller höjd beredskap. Det har också betydelse för grupper och individer som på grund av socioekonomiska förhållanden är särskilt utsatta.

10.10 Övriga konsekvenser

Förslagen i lagrådsremissen bedöms inte medföra konsekvenser för sysselsättningen, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet och för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. De bedöms inte heller få fördelningspolitiska effekter eller några särskilda konsekvenser för barn. Däremot är barn i många fall särskilt utsatta i händelse av kris och krig, och en förstärkning av hälso- och sjukvårdens beredskap är bl.a. viktigt för att säkerställa barns rätt till bästa möjliga hälsa.

11 Författningskommentar

11.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap

2 kap.

5 § Kommuner och regioner som befolkningen lämnar på grund av utrymning är skyldiga att i skälighetsomfattning lämna hjälp till de kommuner och regioner som i större omfattning får ta emot befolkningen.

Vad som sägs i första stycket gäller inte om annat följer av 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Paragrafen innehåller en skyldighet för kommuner och regioner att i vissa fall lämna hjälp i skälighetsomfattning till andra kommuner och regioner. Övervägandena finns i avsnitt 5.6.

Ett nytt *andra stycke* införs för att tydliggöra att bestämmelserna i 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) har företräde framför bestämmelsen i första stycket.

11.2 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

6 kap.

15 § Utöver vad som annars följer av lag eller förordning är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att lämna ut sådana uppgifter som

1. gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning, om uppgifterna i ett enskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten, Skatteverket, Tullverket *eller, under höjd beredskap, av Försvarsmakten,*

2. begärs av Säkerhetspolisen i ett enskilt fall och behövs i myndighetens verksamhet för personskydd för

a) statschefen, tronföljaren, en annan medlem av kungahuset, en talman, en riksdagsledamot, statsministern, ett statsråd, en statssekreterare eller kabinettssekreteraren,

b) en person vars personskydd Säkerhetspolisen ansvarar för i samband med statsbesök och liknande händelser, eller

c) en person som Säkerhetspolisen i ett enskilt fall har beslutat om personskydd för,

3. begärs av Säkerhetspolisen i ett enskilt fall och behövs i myndighetens verksamhet för att förebygga, förhindra eller upptäcka brottslig verksamhet som innefattar terroristbrottslighet eller brott enligt 18 eller 19 kap. brottsbalken eller annat brott mot Sveriges säkerhet,

4. behövs för en rättsmedicinsk undersökning,

5. Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor behöver för sin verksamhet,

6. behövs för prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning eller polisprogrammet, eller

7. behövs för prövning av någons lämplighet att ha körkort, traktorkort eller taxiförarlegitimation enligt taxitrafiklagen (2012:211).

Paragrafen innehåller bestämmelser som anger i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att lämna ut uppgifter. Övervägandena finns i avsnitt 7.

Paragrafens *punkt 1* ändras på så sätt att hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att lämna ut uppgifter även ska omfatta Försvarsmakten under höjd beredskap. Med höjd beredskap avses detsamma som i lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

Syftet med bestämmelsen är att Försvarsmakten ska kunna få uppgifter om personer som enligt 4 kap. 7 § lagen (1994:1809) om totalförsvarspåbud är skyldiga att tjänstgöra hos Försvarsmakten, trots sekretessbestämmelserna i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), och bestämmelserna om tystnadsplikt i 6 kap.

Av bestämmelsen framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att lämna ut uppgifter om huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning till Försvarsmakten under höjd beredskap om det efterfrågas i ett enskilt fall. Med enskilt fall avses att uppgiften ska röra information om huruvida en viss person, som är skyldig att tjänstgöra hos Försvarsmakten enligt 4 kap. 7 § lagen om totalförsvarspplikt, vistas på en sjukvårdsinrättning. Informationen behövs för att veta om personen kan väntas återinträda i tjänst. Bestämmelsen innebär inte att Försvarsmakten kan begära uppgifter om t.ex. hur många officerare som vistas på en sjukvårdsinrättning eller hälso- och sjukvårdens patientregister.

11.3 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

2 kap.

9 § *Med katastroftillstånd avses i denna lag att*

- 1. en kommun eller region inte kan erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa av den anledningen att resurserna är otillräckliga, och*
- 2. det inte är möjligt för den kommunen eller regionen att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna.*

Paragrafen, som är ny, innehåller en definition av katastroftillstånd. Övervägandena finns i avsnitt 5.3.

Definitionen tar sikte på situationer när hälso- och sjukvårdens resurskapacitet att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa inom medicinskt motiverad tid är otillräcklig. Det kan bl.a. handla om brister i tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal och sjukvårdsprodukter, som t.ex. medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning och vissa läkemedel. Men även andra resurser, som inte är direkt förknippade med vårdens utförande men som behövs för att bedriva vård, som t.ex. tillgång till informations- och kommunikationsteknologi eller vatten, el och värme, omfattas av definitionen.

Av *punkt 1* framgår att det är fråga om ett katastroftillstånd om resurserna är otillräckliga för en kommun eller region att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa. Formuleringen vård som är nödvändig för liv och hälsa används även i bestämmelsen i 16 a kap. 1 § för att ange omfattningen av den vård som ska erbjudas under fredstida krissituationer och höjd beredskap. Innebörden av vård som är nödvändig för liv och hälsa beskrivs närmare i kommentaren till den paragrafen. Definitionen tar dock inte sikte på vilka situationer som kan orsaka ett katastroftillstånd, som krig eller olika typer av kriser, eller att det måste handla om många skadade eller sjuka.

Av *punkt 2* följer att det är fråga om ett katastroftillstånd om resursbristen inte går att avhjälpa inom kort. Vissa situationer, som t.ex. olyckor som medför ett stort antal skadade eller sjukdomsutbrott, såsom en epidemi eller pandemi, kan innebära att alla resurser som krävs för att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa inte finns omedelbart tillgängliga. På exempelvis olycksplatser kan det ta viss tid innan nödvändiga resurser för prehospital akutsjukvård finns på platsen eller till-

räcklig kapacitet finns att transportera alla skadade till sjukvårdsinrättningar. Detsamma gäller till viss del även i akutsjukvården där en svårt sjuk person kan få vänta viss tid på att omhändertas. Om en resursbrist kan åtgärdas inom kort är det dock inte fråga om ett sådant katastroftillstånd som omfattas av definitionen. Vad som får anses vara inom kort beror på omständigheterna i det enskilda fallet, såsom vårdbehovet och vilka typer av resurser som behövs. Det kan t.ex. handla om en situation där det råder brist på ventilatorer och där vårdbehovet kräver att bristen åtgärdas skyndsamt för att liv ska kunna räddas. I andra fall, då vårdbehovet inte kräver att resursbristen åtgärdas lika skyndsamt, kan kort tid innebära en längre tidsperiod.

6 kap.

1 § Regeringen får meddela föreskrifter om

1. landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner, *och*
2. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

Paragrafen innehåller normgivningsbemyndiganden för regeringen att meddela vissa föreskrifter inom hälso- och sjukvården. Övervägandena finns i avsnitt 5.5.

Paragrafen ändras på så sätt att bestämmelsen i punkt 2 flyttas till 6 kap. 2 §. Det innebär en redaktionell ändring genom att punkt 3 ändrar beteckning till *punkt 2*.

2 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,
2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,
3. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda,
4. *hälso- och sjukvård under fredstida krissituationer och höjd beredskap,*
5. *planering för att hantera katastroftillstånd och händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, och*
6. *planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap.*

Paragrafen innehåller normgivningsbemyndiganden för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela vissa föreskrifter inom hälso- och sjukvården. Övervägandena finns i avsnitt 5.5.

Paragrafen ändras på så sätt att det hittillsvarande bemyndigandet i punkt 3, om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, tas bort. Det innebär en redaktionell ändring varigenom punkt 4 i stället blir *punkt 3*.

I *punkt 4*, som är ny, bemyndigas regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård under fredstida krissituationer och höjd beredskap. Med fredstida krissituationer avses detsamma som i förordningen (2022:524) om statliga

myndigheters beredskap. Med höjd beredskap avses detsamma som i lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

Bestämmelsen innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer i erforderlig utsträckning får meddela föreskrifter för fredstida krissituationer, t.ex. pandemier, och höjd beredskap, t.ex. krigssituationer, om hälso- och sjukvården. Det kan t.ex. handla om föreskrifter om undantag från möjlighet att välja behandlingsmetoder eller att få en ny medicinsk bedömning (se 10 kap. 1 och 3 §§) och om tillämpningen av kommuners och regioners skyldighet erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa under fredstida krissituationer och höjd beredskap (se 16 a kap. 1 §). Liksom i fråga om annan beredskapslagstiftning kan sådana författningar utfärdas redan i ett normalläge, dvs. ett läge som inte kan definieras som en fredstida krissituation eller höjd beredskap. Frågor om hjälp i situationer då det råder ett katastroftillstånd i en kommun eller region regleras vidare i 16 a kap. 2–7 §§ (se kommentaren till de paragraferna).

I *punkt 5*, som är ny, bemyndigas regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om planering för att hantera katastroftillstånd och händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka (jfr kommentaren till 7 kap. 2 b § och 11 kap. 2 a §). Det kan t.ex. handla om föreskrifter om närmare krav på vad kommuner och regioner särskilt ska beakta i sin planering inför katastroftillstånd eller händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka. Vad som avses med katastroftillstånd framgår av kommentaren till 2 kap. 9 §. Av kommentaren till 7 kap. 2 b § framgår vad som avses med ett stort antal skadade eller sjuka.

I *punkt 6*, som är ny, bemyndigas regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap (jfr kommentaren till 7 kap. 2 c § och 11 kap. 2 b §). Det kan t.ex. handla om föreskrifter om innehållet i planeringsanvisningarna och hur sådana anvisningar ska tas fram och utformas.

7 kap.

2 § Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.

Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Paragrafen innehåller bestämmelser om regioners skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård. Övervägandena finns i avsnitt 5.4.

Paragrafen ändras på så sätt att regionens hittillsvarande skyldighet i *tredje stycket*, att planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls, tas bort.

2 b § Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för

1. katastroftillstånd,
2. händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, och
3. andra händelser som allvarligt kan inverka på regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter enligt 8 kap. eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård.

Regionen ska särskilt beakta behovet av gemensam planering med kommuner inom regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja i situationer som avses i första stycket.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om regioners skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för vissa svåra förhållanden. Övervägandena finns i avsnitt 5.4.

Av *första stycket punkt 1* framgår att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för katastroftillstånd. Vid ett katastroftillstånd kommer resurserna inte att räcka till för att erbjuda all vård som är nödvändig för liv och hälsa. Det är dock givet att hälso- och sjukvård måste kunna utföras även om förutsättningarna att ge vård är dåliga. Bestämmelsen ska därför säkerställa att de vårdresurser som finns tillgängliga ska kunna användas på bästa sätt under ett katastroftillstånd. För att upprätthålla beredskap för katastroftillstånd ska planeringen syfta till att regioner ska ha förmåga att hantera och minimera följderna av ett sådant tillstånd.

Vad som avses med katastroftillstånd framgår av kommentaren till 2 kap. 9 §. Vad som avses med vård som är nödvändig för liv och hälsa framgår av kommentaren till 16 a kap. 1 §.

Av *första stycket punkt 2* framgår att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka. Ett stort antal skadade kan t.ex. orsakas av stora olyckor, men även av uppsåtliga antagonistiska handlingar såsom terrorattentat eller krig. Epidemier, pandemier och andra stora sjukdomsutbrott utgör exempel på händelser som medför ett stort antal sjuka. Vad som utgör ett stort antal skadade eller sjuka behöver dock bedömas bl.a. utifrån den vårdkapacitet som finns i respektive kommun eller region. I större kommuner och regioner kan därför ett stort antal skadade eller sjuka utgöra fler personer än vad som skulle vara fallet i en mindre kommun eller region.

Enligt *första stycket punkt 3* är regionen skyldig att planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för andra händelser som allvarligt kan inverka på regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård enligt 8 kap. eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Med andra händelser avses bl.a. allvarliga störningar som kan inverka på regionens möjlighet att fullgöra sitt vårdansvar. Det kan även avse händelser som innebär att det finns en överhängande risk för en allvarlig störning som kan påverka regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Det kan exempelvis handla om klimathändelser, störningar i informations- och kommunikationsteknologi eller i el- eller vattenförsörjningen. I praktiken kan det t.ex. innebära att normala undersöknings- och behandlingsmetoder inte kommer att kunna användas. Det kan även vara nödvändigt att planera för att viss vård behöver genomföras i andra lokaler än de som normalt sett används för hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Med andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård avses alla sådana krav som ställs på hälso- och sjukvård i denna lag och i annan författning såsom patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientlagen (2014:821).

I paragrafens *andra stycke* anges att regionen särskilt ska beakta behovet av gemensam planering med kommuner inom regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja under händelser som avses i första stycket. Det kan t.ex. handla om utskrivningsklara patienter, inom exempelvis regioners slutenvård, som är i behov av sådan fortsatt vård som kommuner ansvarar för. Vid krig är det sannolikt att regioner kommer att få omhänderta ett större antal skadade än normalt och dessa kommer senare att behöva fortsatt vård och rehabilitering i en kommun. Patienter som kommuner har ett vårdansvar för kan också behöva sådan vård som regioner ansvarar för.

Bestämmelser som i sak motsvarar denna paragraf, utom i det avseendet att de gäller för kommuner, finns i 11 kap. 2 a §. Kommuners och regioners planering kommer dock i praktiken inte att vara lika eftersom vårdansvaret enligt hälso- och sjukvårdslagen skiljer sig åt för dem. Regioner har det primära ansvaret för hälso- och sjukvård och kommuner har ett mer begränsat ansvar enligt lagen. Den planeringsskyldighet som framgår av paragrafen ska utgå från kommuners och regioners respektive vårdansvar enligt lagen.

2 c § Regionen ska följa de föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap som har meddelats med stöd av 6 kap. 2 § 6.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om regioners skyldighet att följa föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. Övervägandena finns i avsnitt 5.4.1.

Paragrafen innehåller en skyldighet för regioner att följa de föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap som har meddelats med stöd av 6 kap. 2 § 6. Med höjd beredskap avses detsamma som i lagen om totalförsvaret och höjd beredskap.

Av planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap kan det t.ex. framgå att en viss region förväntas ta emot de primärt skadade, ha ett ansvar för eftervård eller för viss personalförstärkning. En region kan ha olika ansvarsområden i olika scenarier. Av planeringsanvisningarna kan det även framgå att regionen ska vidta vissa särskilda åtgärder. Det kan exempelvis avse särskild dimensionering av antalet vårdplatser, anskaffning av särskild skydds- eller saneringsutrustning för att klara vård av krigsskadade eller utbildning för att skapa särskild förmåga att omhänderta skade- eller sjukdomspanoraman som inte normalt förekommer utan är relaterade till krigshandlingar.

Planeringsanvisningarna ska meddelas i föreskrifter med stöd av bestämmelsen i 6 kap. 2 § 6 och därmed framgå av regeringens eller en myndighets föreskrifter.

Bestämmelsen innebär ingen begränsning av regionernas ansvar i övrigt att anpassa och planera den ordinarie vården, t.ex. cancervård eller hjärtvård, så att den kan utföras även under höjd beredskap.

En bestämmelse som i sak motsvarar denna paragraf, utom i det avseendet att den gäller för kommuner, finns i 11 kap. 2 b §.

2 d § *Regionen ska på begäran lämna de uppgifter som behövs för att ta fram föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. Uppgifterna ska lämnas till den myndighet som regeringen bestämmer.*

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgiftsskyldighet enligt första stycket.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om uppgiftsskyldighet och ett normgivningsbemyndigande. Övervägandena finns i avsnitt 5.4.1.

Av paragrafens *första stycke* följer att regioner är skyldiga att på begäran lämna de uppgifter som behövs för att ta fram föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap till den myndighet som regeringen bestämmer. Planeringsanvisningarna ska enligt 2 c § framgå av föreskrifter som meddelas med stöd av 6 kap. 2 § 6.

Uppgiftsskyldigheten kan t.ex. omfatta uppgifter om kapacitetsgränser vad gäller antalet vårdplatser eller personal och uppgifter om antalet sjuktransporter eller särskilda förstärkningsresurser som en region förfogar över. Skyldigheten syftar till att säkerställa att staten får tillgång till de uppgifter som är nödvändiga för planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. Uppgiftsskyldigheten innebär att uppgifter ska lämnas på begäran av den mottagande myndigheten. Den utlämnande regionen ska dock alltid ta ställning till om uppgifterna omfattas av uppgiftsskyldigheten och ska lämnas ut. En överföring av uppgifter bör föregås av kontakter mellan den berörda regionen och den mottagande myndigheten för att säkerställa att endast relevanta uppgifter lämnas ut.

I paragrafens *andra stycke* bemyndigas regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om t.ex. vilka uppgifter som regioner ska lämna och när, på vilket sätt och till vilken myndighet de ska lämnas.

Bestämmelser som i sak motsvarar denna paragraf, utom i det avseendet att de gäller för kommuner, finns i 11 kap. 2 c §.

8 kap.

10 § *Regionen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som regionen ska erbjuda enligt denna lag.*

Regeringen får meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om regioners lagerhållningsskyldighet och ett normgivningsbemyndigande. Övervägandena finns i avsnitt 6.

I paragrafens *första stycke* införs en skyldighet för regionen att lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som regionen ska erbjuda enligt lagen. Med sjukvårdsprodukt avses det som anges i definitionen i 2 kap. 8 §, dvs. läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning, livsmedel för speciella medicinska ändamål och tillverkningsmaterial.

I paragrafens *andra stycke* finns ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lager-

hållning. Det kan t.ex. handla om föreskrifter som anger preciseringar eller begränsningar av skyldigheten.

Bestämmelser som i sak motsvarar denna paragraf, utom i det avseendet att de gäller för kommuner, finns i 12 kap. 7 §.

11 kap.

2 a § *Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för*

- 1. katastrofstillstånd,*
- 2. händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, och*
- 3. andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter enligt 12 kap. eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård.*

Kommunen ska särskilt beakta behovet av gemensam planering med regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja i situationer som avses i första stycket.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om kommuners skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för vissa svåra förhållanden. Övervägandena finns i avsnitt 5.4.

Bestämmelser som i sak motsvarar denna paragraf, utom i det avseendet att de gäller för regioner, finns i 7 kap. 2 b §. En närmare redogörelse för vad bestämmelserna innebär finns i kommentaren till den paragrafen.

2 b § *Kommunen ska följa de föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap som har meddelats med stöd av 6 kap. 2 § 6.*

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om kommuners skyldighet att följa föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. Övervägandena finns i avsnitt 5.4.1.

En bestämmelse som i sak motsvarar denna paragraf, utom i det avseendet att den gäller för regioner, finns i 7 kap. 2 c §. En närmare redogörelse för vad bestämmelsen innebär finns i kommentaren till den paragrafen.

2 c § *Kommunen ska på begäran lämna de uppgifter som behövs för att ta fram föreskrifter om planeringsanvisningar för hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap. Uppgifterna ska lämnas till den myndighet som regeringen bestämmer.*

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgiftsskyldighet enligt första stycket.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om uppgiftsskyldighet och ett normgivningsbemyndigande. Övervägandena finns i avsnitt 5.4.1.

Bestämmelser som i sak motsvarar denna paragraf, utom i det avseendet att de gäller för regioner, finns i 7 kap. 2 d §. En närmare redogörelse för vad bestämmelsen innebär finns i kommentaren till den paragrafen.

12 kap.

7 § *Kommunen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som kommunen ska erbjuda enligt denna lag.*

Regeringen får meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om kommuners lagerhållningsskyldighet och ett normgivningsbemyndigande. Övervägandena finns i avsnitt 6.

I paragrafens *första stycke* införs en skyldighet för kommunen motsvarande den som åläggs regionen i 8 kap. 10 §. Bestämmelsen innebär att kommunen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som kommunen ska erbjuda enligt lagen.

I paragrafens *andra stycke* införs ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning.

En närmare redogörelse för vad bestämmelsen innebär finns i kommentaren till 8 kap. 10 §.

16 a kap. Särskilda skyldigheter under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd

Skyldighet att erbjuda vård

1 § *Kommuner och regioner ska under fredstida krissituationer och höjd beredskap endast vara skyldiga att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.*

I paragrafen, som är ny, regleras den hälso- och sjukvård som kommuner och regioner ska erbjuda under fredstida krissituationer och höjd beredskap. Övervägandena finns i avsnitt 5.2.

Av paragrafen framgår att kommuner och regioner under fredstida krissituationer och höjd beredskap endast ska vara skyldiga att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa. Med fredstida krissituationer avses detsamma som i förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap. Med höjd beredskap avses detsamma som i lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

Kommuners och regioners vårdskyldighet innefattar, i ett normalläge, i princip all vård som är medicinskt motiverad. Bestämmelsen innebär därför att omfattningen av den vård som ingår i kommuners och regioners vårdskyldighet begränsas under fredstida krissituationer och höjd beredskap så att det då endast finns en skyldighet att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Med uttrycket vård som är nödvändig för liv och hälsa avses sådan vård som är nödvändig för att rädda liv och förhindra att patienter drabbas av allvarliga följder för sitt hälsotillstånd på grund av utebliven vård. Att vården ska vara nödvändig innebär att den inte kan skjutas upp under en längre tid. Generellt sett handlar det om vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten. Det kan exempelvis handla om vård av livshotande akuta tillstånd (s.k. omedelbar vård), vård av sjukdomar och skador som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död, vård av allvarliga kroniska tillstånd, palliativ vård och vård i livets slutskede. Vidare inkluderas förlossningsvård, vård av människor med nedsatt autonomi, vårdåtgärder som avser vissa smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen (2004:168) och

vissa preventiva hälso- och sjukvårdsåtgärder såsom vaccination. Uppräkningen är inte uttömmande.

Den hälso- och sjukvård som ska erbjudas enligt bestämmelsen ska alltid ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (se 3 kap. 1 § andra stycket). Den begränsade vårdskyldigheten innebär inte att skyldigheter enligt bl.a. 5 kap., som avser hur vården ska ges, får åsidosättas.

Skyldighet att lämna hjälp

2 § *Kommuner och regioner ska skyndsamt lämna hjälp till andra kommuner eller regioner där det råder katastroftillstånd.*

Om det i en kommun eller region råder katastroftillstånd eller om en kommun eller region inom överskådlig tid kan antas hamna i ett sådant tillstånd, är den kommunen eller regionen inte skyldig att lämna hjälp enligt första stycket.

En kommun eller region är trots vad som anges i andra stycket skyldig att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Paragrafen, som är ny, innehåller en skyldighet för kommuner och regioner att i vissa fall lämna hjälp till andra kommuner och regioner där det råder katastroftillstånd. Övervägandena finns i avsnitt 5.6.

Paragrafen anger under vilka förutsättningar det finns en skyldighet för kommuner och regioner att lämna hjälpa till andra kommuner och regioner där det råder katastroftillstånd enligt 2 kap. 9 § (se kommentaren till den paragrafen). Tillståndet i kommunens eller regionens hälso- och sjukvård kan vara orsakad av t.ex. en pandemi eller av ett krig. Tillämpningen av bestämmelsen begränsas dock inte till vissa händelser som kan orsaka ett katastroftillstånd utan utgår från vårdbehovet och vårdförmågan i den kommunen eller regionen där det råder katastroftillstånd.

Skyldigheten att lämna hjälp enligt paragrafens *första stycke* omfattar alla sorters resurser som en kommun eller region kan förfoga över och som behövs för att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa så att kommunen eller regionen kan häva katastroftillståndet. Hjälp kan exempelvis bestå i att patienter flyttas till en annan kommun eller region för vård. En annan möjlighet är att en kommun eller en region skickar de resurser som krävs för vården till den hjälpbehövande kommunen eller regionen. Sådana resurser kan t.ex. utgöras av sjukvårdsprodukter eller förstärkningsenheter, dvs. grupper med tillhörande utrustning, personal, sjukvårdsprodukter eller annan utrustning. Det kan också krävas sjuktransporter, drivmedel, vatten, värmesystem, fläktar och andra liknande resurser som inte används vid själva utförandet av vården.

Hjälp bör lämnas av den eller de aktörer som har bäst förutsättningar att lämna sådan hjälp som bidrar till att häva katastroftillståndet i den aktuella situationen.

Första stycket innehåller även ett krav på att den hjälp som ska lämnas ska lämnas skyndsamt. Skyndsamhetskravet i bestämmelsen innebär att frågor om hjälp måste hanteras så snabbt som möjligt av den kommun eller region som ska hjälpa en annan kommun eller region.

I paragrafens *andra stycke* avgränsas skyldigheten att lämna hjälp på det sättet att en kommun eller region där det råder katastroftillstånd inte ska vara skyldig att lämna hjälp. Av bestämmelsen framgår även att en

kommun eller region som inom överskådlig tid kan antas hamna i ett katastrofstillstånd inte heller ska vara skyldig att lämna hjälp. Vad som utgör överskådlig tid måste avgöras med beaktande av omständigheterna i det enskilda fallet beroende på den händelse som kan påverka hälso- och sjukvården. Det kan t.ex. handla om situationer med omfattande störningar i samhället, såsom vid s.k. gråzonsproblematik eller hybridhot, som kännetecknas av att det föreligger ett antal kombinerade antagonistiska aktiviteter som angriparen avser inte ska uppfattas som krigföring. En sådan situation kan bedömas komma att påverka hälso- och sjukvården framåt i tiden, men inte omedelbart. Det kan t.ex. röra sig om störningar i elförsörjningen eller tillgång till vatten. Det kan många gånger endast vara möjligt att göra bedömningar utifrån korta tidshorisonter. I andra situationer kan möjligheterna att bedöma den framtida utvecklingen variera, men sannolikt kommer det i många fall vara möjligt att göra bedömningar som sträcker sig över en något längre tid.

I paragrafens *tredje stycke* framgår att en kommun eller region, trots vad som anges i andra stycket, är skyldig att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa. Av kommentaren till 1 § framgår vad som avses med vård som är nödvändig för liv och hälsa. Skyldighet att lämna hjälp föreligger alltså endast då det bedöms finnas stora skillnader mellan den hjälplämnande kommunens och den mottagande kommunens möjlighet att erbjuda sådan vård. Bedömningen bör göras med utgångspunkt i hur stora skillnader som kvarstår mellan patientgrupper med samma eller liknande vårdbehov efter att den drabbade kommunen eller regionen vidtagit de åtgärder som är möjliga för att mobilisera tillgängliga resurser och ställa om verksamheten. Bedömningen bör vidare utgå från kriterier för vilken medicinskt motiverad tid vården behöver ges inom. Sådana kriterier kan exempelvis framgå av nationella riktlinjer och kunskapsstöd som tas fram av en myndighet.

Ett hjälplämnande enligt bestämmelsen kan föregås av en samverkan, enligt 4 §, mellan kommuner, regioner och myndigheter för att skapa en bild av hjälpbehovet, hur hjälp kan lämnas och vilken kommun eller region som är lämplig hjälplämnare. I de fall det inte finns en möjlighet att genom samverkan komma överens om hjälp kan det finnas behov av att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer beslutar om hjälp enligt 5 § (se kommentaren till 4 och 5 §§).

3 § *En kommun eller region som behöver eller kan antas komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta till den myndighet som regeringen bestämmer.*

Paragrafen, som är ny, reglerar en anmälningsskyldighet för kommuner och regioner som är i behov av hjälp från andra kommuner och regioner. Övervägandena finns i avsnitt 5.6.

Av bestämmelsen framgår att kommuner och regioner som behöver eller kan antas komma att behöva hjälp är skyldiga att anmäla detta till den myndighet som regeringen har bestämt. Vid vissa händelser kan det mycket snabbt stå klart för en kommun eller region att det kommer att behövas hjälp från andra kommuner eller regioner. I andra fall kan det vara mer oklart om det kommer att uppkomma ett hjälpbehov. Det kan handla

om situationer där kommunen eller regionen bedömer att det finns anledning att anta att ett hjälpbehov kan uppkomma. Det kan t.ex. röra sig om situationer med omfattande störningar i samhället, såsom vid s.k. gråzonsproblematik eller hybridhot, som kännetecknas av att det föreligger ett antal kombinerade antagonistiska aktiviteter som angriparen avser inte ska uppfattas som krigsföring. Sådana situationer kan bedömas komma att påverka hälso- och sjukvården, men inte omedelbart. I sådana fall ska också ett hjälpbehov anmälas.

4 § Kommuner, regioner och statliga myndigheter ska på begäran av den myndighet som regeringen bestämmer samverka särskilt i frågor om att lämna hjälp enligt 2 §.

Paragrafen, som är ny, reglerar en skyldighet för kommuner, regioner och statliga myndigheter att samverka särskilt i frågor om att lämna hjälp. Övervägandena finns i avsnitt 5.6.

Enligt paragrafen har kommuner, regioner och statliga myndigheter en skyldighet att samverka på begäran av den myndighet som regeringen bestämt. Samverkan ska avse frågor om att lämna hjälp enligt 2 §.

Samverkan kan bli aktuellt efter det att en kommun eller region har anmält behov av hjälp enligt 3 § och innan beslut om hjälp har fattats enligt 5 §. Samverkan kan vidare behöva ske efter det att ett beslut om hjälp har fattats, för att effekterna av beslutet ska kunna följas upp och bedömningar av behovet av ytterligare åtgärder ska kunna göras.

När en anmälan om hjälpbehov har gjorts enligt 3 § behöver det genom samverkan mellan berörda parter skapas en första bild av problemen och vilka kommuner, regioner som kan vara lämpliga hjälplämnare. Det bör även klargöras om statliga myndigheter kan lämna hjälp i någon utsträckning. Samverkan ska även syfta till att tydliggöra för alla inblandade vilka hjälpbehov som faktiskt föreligger hos den kommunen eller regionen där det råder katastroftillstånd. Det inledande skedet av samverkan ska syfta till att underlätta kommuners och regioners arbete med att lösa uppkomna problem utan att ett beslut om hjälp behöver fattas. I de fall det inte finns en möjlighet att genom samverkan komma överens om att hjälp ska lämnas mellan kommuner och regioner får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta om hjälp enligt 5 § (se kommentaren till 2 och 5 §§).

I en samverkan bör endast de aktörer som bedöms vara berörda ingå. Sammansättningen av aktörer kan dock ändras över tid beroende på hur situationen utvecklas. När det gäller statliga myndigheter som kommer i fråga för samverkan, är det främst statliga myndigheter med ansvar för frisläppande av lagerhållna produkter, myndigheter med ansvar för prioriteringar eller ransoneringar av resurser mellan olika samhällssektorer, myndigheter som kan begära internationellt stöd eller myndigheter som kan meddela föreskrifter eller beslut om undantag från bestämmelser i gällande rätt som har betydelse för hanteringen av ett katastroftillstånd.

Beslut om hjälp

5 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får i ett enskilt fall besluta att en kommun eller region ska lämna hjälp enligt 2 § och om omfattningen av sådan hjälp, om det kan antas att en hjälpbehövande kommun

eller region saknar förutsättningar att ordna tillräcklig hjälp på egen hand eller genom samverkan enligt 4 §.

Beslut enligt första stycket får inte överklagas.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om när beslut om hjälp får fattas och ett överklagandeförbud. Övervägandena finns i avsnitt 5.6.

Av paragrafens *första stycke* följer att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får besluta att en kommun eller region ska hjälpa en annan kommun eller region där det råder katastroftillstånd. Ett sådant beslut får fattas när det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region uttömt möjligheterna att på egen hand häva ett katastroftillstånd som råder i den kommunens eller regionens hälso- och sjukvård. Innan beslut fattas behöver det därför göras en bedömning av om det kan antas att den hjälpbehövande kommunen eller regionen har förutsättningar att vidta egna åtgärder så att resursbristen upphör. Det kan handla om sådana återstående åtgärder som t.ex. överenskommelser om att erhålla hjälp från andra kommuner eller regioner eller att ställa om den egna vården. Den hjälpbehövande kommunen eller regionen ska även ha uttömt möjlighet att avhjälpa katastroftillståndet genom samverkan enligt 4 § (jfr kommentaren till 4 §). Kan det antas att sådana åtgärder inte räcker för att lösa en situation kan beslut om hjälp behöva fattas.

Bestämmelsen innebär även att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer behöver bedöma vilken kommun eller region som ska hjälpa den drabbade kommunen eller regionen. Utgångspunkten för en sådan bedömning är kommuners och regioners skyldighet att hjälpa andra kommuner och regioner enligt 2 § (se kommentaren till den paragrafen). I bedömningen bör det beaktas vilken kommun eller region som har bäst förutsättningar att lämna sådan hjälp som bidrar till att häva katastroftillståndet i den aktuella situationen. Det kan t.ex. finnas skäl att beakta de vårdresurser den hjälplämnande kommunen eller regioner har att tillgå eller det geografiska avståndet mellan den hjälplämnande kommun eller region och den hjälpsökande kommunen eller regionen. Inte minst vid krig kan det finnas stora svårigheter att transportera patienter eller resurser mellan kommuner och regioner i olika delar av landet. Även i fredstid kan de särskilda krav som gäller för transporter av vissa produkter, t.ex. krav på kylförvaring, medföra problem att flytta resurser.

Beslut om omfattningen av hjälpen ska avse de resurser som en kommun eller region förfogar över och som i den aktuella situationen behövs för att utföra vård som är nödvändig för liv och hälsa, för att den hjälpmottagande kommunen eller regionen ska kunna häva katastroftillståndet. När ett sådant beslut fattas bör även statliga resurser och internationell hjälp beaktas.

Till stöd för ett beslut om hjälp är den samverkan som ska genomföras enligt 4 § och det beslutsunderlag som ska tas fram i form av t.ex. lägesbilder från kommuner och regioner viktiga (se kommentaren till 4 och 6 §§).

I paragrafens *andra stycke* regleras ett överklagandeförbud, vilket innebär att besluten enligt första stycket inte kan överklagas.

6 § *Kommuner och regioner ska på begäran lämna de uppgifter som behövs i ärenden om hjälp enligt 5 § till den myndighet som regeringen bestämmer.*

Paragrafen, som är ny, innehåller en uppgiftsskyldighet för kommuner och regioner. Övervägandena finns i avsnitt 5.6.

Av paragrafen framgår att kommuner och regioner är skyldiga att på begäran lämna de uppgifter som behövs i ärenden om hjälp till den myndighet som regeringen bestämmer. Uppgiftsskyldigheten syftar till att skapa en god lägesuppfattning av situationen och hjälpbehovet. Det kan bl.a. handla om uppgifter om lägesbilder, vissa fastställda kapacitetsgränser och uppgifter om vårdresurser och vårdbelastning. Det kan också röra sig om information om vidtagna och planerade åtgärder. Sådana uppgifter ska lämnas från alla kommuner och regioner, både hjälpbehövande och de som är aktuella som hjälplämnare och även av andra kommuner och regioner om det behövs för att få en helhetsbild.

Uppgiftsskyldigheten innebär att uppgifter ska lämnas på begäran. Det är den utlämnande aktören som ska pröva den mottagande myndighetens behov. Ett sådant behov bör kunna konstateras t.ex. i samband med samverkan enligt 4 §. En överföring av uppgifter bör dock föregås av kontakter mellan berörda aktörer för att säkerställa att endast relevanta uppgifter lämnas ut.

7 § Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter om ärenden om hjälp enligt 5 §.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om anmälan om hjälp enligt 3 §, samverkan i frågor om att lämna hjälp enligt 4 § och uppgiftsskyldighet enligt 6 §.

Paragrafen, som är ny, innehåller normgivningsbemyndiganden. Övervägandena finns i avsnitt 5.6.

Paragrafens *första stycke* innehåller ett bemyndigande för regeringen att meddela ytterligare föreskrifter om ärenden om hjälp enligt 5 §. Sådana föreskrifter kan t.ex. avse vad beslut om hjälp ska innehålla och vad som särskilt ska beaktas vid beslutet.

Paragrafens *andra stycke* innehåller ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter om anmälan enligt 3 §, samverkan enligt 4 § och uppgiftsskyldighet enligt 6 §. Sådana föreskrifter kan bl.a. avse när och på vilket sätt en anmälan om hjälp ska göras och hur en samverkan ska genomföras samt vilka uppgifter som ska lämnas, till vilken myndighet de ska lämnas och när de ska lämnas.

8 § En kommun eller region som efter beslut enligt 5 § har lämnat hjälp har rätt till skälig ersättning för hjälpen. Ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

Paragrafen, som är ny, reglerar ersättningsskyldigheten för de kommuner och regioner som har tagit emot hjälp. Övervägandena finns i avsnitt 5.6.

Av paragrafen framgår att en förutsättning för att ersättningsskyldighet ska föreligga är att beslut om hjälp enligt 5 § har meddelats.

Det framgår även av paragrafen att den ersättning som lämnas ska vara skälig. Vad som är skäligt får avgöras utifrån en helhetsbedömning av omständigheterna i det enskilda fallet. En skälighetsbedömning torde dock i flertalet fall medföra att kostnaderna för hjälpen ersätts fullt ut. Det kan

dock inte uteslutas att hjälp i enstaka fall kan ha lämnats på ett sådant sätt att det medfört oskäligt höga kostnader. Bedömningen av vad som kan ses som skäligt kan även lösas genom överenskommelse mellan kommuner och regioner. Som exempel kan nämnas de avtal som finns mellan regionerna som gäller i de fall en person får vård utanför sin hemregion, t.ex. Riksavtalet för utomlänsvård. Sådana överenskommelser om hur skälig ersättning enligt denna lag ska regleras kan träffas på förhand.

Beslut om kvalificerat katastroftillstånd

9 § Om det råder katastroftillstånd i en kommun eller region och det inte med stöd av 2 § eller på andra sätt är möjligt att ge den hjälp som krävs för att tillståndet ska upphöra, får regeringen besluta om kvalificerat katastroftillstånd i den kommunen eller regionen.

När förhållandena inte längre är sådana som avses i första stycket ska regeringen besluta att det kvalificerade katastroftillståndet inte längre ska gälla.

Paragrafen, som är ny, reglerar när regeringen ska besluta om katastroftillstånd och när ett sådant beslut inte längre ska gälla. Övervägandena finns i avsnitt 5.7.

Av paragrafens första stycke följer att ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd får fattas när ett katastroftillstånd i en kommuns eller regions hälso- och sjukvård inte upphör. Beslutet ska avse en kommun eller en region i vilken det råder katastroftillstånd som inte kan hävas. Vad som avses med katastroftillstånd framgår av kommentaren till 2 kap. 9 §.

Genom ett sådant förfarande som anges i bestämmelsen om samverkan i 4 § och bestämmelsen om uppgiftsskyldighet i 6 §, som syftar till att skapa en god lägesuppfattning av situationen, kommer det att stå klart om det i en kommuns eller regions hälso- och sjukvård råder katastroftillstånd. Det kommer även finnas förutsättningar att bedöma om det är möjligt att ge hjälp med stöd av 2 §, dvs. om en annan kommun eller region kan lämna hjälp för att häva katastroftillståndet. Om ett katastroftillstånd kan upphöra genom sådan hjälp finns inga förutsättningar för att besluta om kvalificerat katastroftillstånd i kommunen eller regionen. Detsamma gäller om det på andra sätt är möjligt att ordna den hjälp som krävs för att häva katastroftillståndet. Om tillståndet i hälso- och sjukvården kan upphöra med hjälp av statliga resurser eller internationell hjälp finns således inte förutsättningar att besluta om ett kvalificerat katastroftillstånd. Om det däremot inte är möjligt att ge den hjälp som krävs för att häva ett katastroftillstånd finns förutsättningar för att besluta om ett kvalificerat katastroftillstånd i en kommun eller region.

Av bestämmelsen framgår även att det är regeringen som ska besluta om ett kvalificerat katastroftillstånd i en kommun eller region. Ett sådant beslut måste alltid avgränsas så att det tydligt framgår vilken kommun eller region som beslutet avser. Det bör också tydligt framgå att det gäller i kommunens eller regionens hälso- och sjukvård.

I paragrafens andra stycke framgår att när förhållandena inte längre är sådana att de motiverar ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd ska regeringen besluta att tillståndet inte längre ska gälla. Förhållandena kan inte anses medge ett sådant beslut förrän situationen i den drabbade kommunen eller regionen är tillräckligt stabil. Beslut om kvalificerat katastroftillstånd ska dock inte gälla längre än vad som är nödvändigt.

Genom ett sådant förfarande som anges i bestämmelsen om samverkan i 4 § och bestämmelsen om uppgiftsskyldighet i 6 § kommer det att stå klart om det finns skäl att låta ett kvalificerat katastroftillstånd upphöra.

10 § Om ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd har meddelats enligt 9 §, ska den kommun eller region som beslutet avser så långt det är möjligt

1. erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa, och
2. fullgöra sina skyldigheter när det gäller 5 kap. 1 § 1, 2, 4 och 5 och 5 kap. 2 och 4 §§.

Första stycket 2 gäller även andra vårdgivare som bedriver verksamhet i en sådan kommun eller region.

Paragrafen, som är ny, innehåller kommuners, regioners och vårdgivares skyldighet att erbjuda vård när ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd har meddelats. Övervägandena finns i avsnitt 5.7.

Paragrafen är endast tillämplig när ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd har meddelats enligt 9 §. Bestämmelsen är alltså endast aktuell i situationer då ett katastroftillstånd inte kan hävas.

Av paragrafens *första stycke punkt 1* framgår vilken vård som en kommun eller region ska erbjuda när det har meddelats ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd i den aktuella kommunen eller regionen. Skyldigheten innebär att kommuner eller regioner så långt det är möjligt ska erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Av kommentaren till 1 § framgår vad som avses med vård som är nödvändig för liv och hälsa och av kommentaren till 9 § framgår vad ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd innebär.

I ett normalläge innefattar kommuners och regioners vårdskyldighet i princip all vård som är medicinskt motiverad. Under fredstida kris-situationer och höjd beredskap är vårdskyldigheten begränsad till att omfatta vård som är nödvändig för liv och hälsa (se kommentaren till 1 §). I bestämmelsen begränsas vårdskyldigheten ytterligare för en kommun eller region som omfattas av ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd enligt 9 §. Kommuner och regioner ska i sådana fall vara skyldiga att så långt det är möjligt erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.

Med att erbjuda vård så långt det är möjligt avses att kommuner och regioner endast är skyldiga att ge den vård som är möjlig att ge. Det innebär att kommuner och regioner behöver prioritera så att det finns förutsättningar att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa. Det kan innebära att kommuner och regioner behöver göra avsteg från vissa skyldigheter som regleras i lagen om att erbjuda vård och behandling. Sådana bestämmelser finns t.ex. i 8–13 a kap. Det kan exempelvis handla om skyldighet att erbjuda habilitering och rehabilitering enligt 8 kap. 7 § 1, krav på vårdgaranti i 9 kap. och krav på patienters rätt att välja bl.a. behandlingsalternativ enligt 10 kap. 1 § och 13 kap. 1 §. Det kan även röra sig om kravet på att kommuner och regioner ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov enligt 13 a kap. 1 § 1.

Av paragrafens *första stycke punkt 2* framgår att om det har meddelats ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd ska den kommun eller region som beslutet avser så långt det är möjligt fullgöra sina skyldigheter enligt 5 kap. 1 § 1, 2, 4 och 5 och 5 kap. 2 och 4 §§. Det innebär att avsteg kan

göras från bestämmelser som ställer krav på vårdkvalitet, medicinska behandlingsresultat och vårdmetoder som inte är möjliga att följa i en situation där det råder kvalificerat katastroftillstånd.

I 5 kap 1 § 1, 2, 4 och 5 ställs krav på att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig. I 5 kap. 2 § ställs krav på att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska ha den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. I 5 kap. 4 § ställs krav på att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Av paragrafens *andra stycke* följer att skyldigheten i första stycket 2 även gäller för vårdgivare i en sådan kommun eller region som beslutet enligt 9 § avser.

Den hälso- och sjukvård som ska erbjudas enligt paragrafen ska dock alltid ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § andra stycket). Bestämmelsen medger inget avsteg från 5 kap. 1 § 3 om att inga åtgärder får vidtas utan patientens samtycke och därmed får heller inga avsteg göras från 2 kap. 6 § regeringsformen om skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp.

Sammanfattning av delbetänkandet En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19) i nu aktuella delar

Sjukvårdsprodukter betecknar en mängd olika produkter

Hälso- och sjukvården har behov av en mängd olika typer produkter och tjänster för att fungera. Det är produkter som andningsskydd, läkemedel, näringsdrycker, pacemakers och suturer men även exempelvis vatten, toalettpapper och ljuskällor. Många av de mest centrala produkterna för utförandet av vård tillhör särskilda kategorier som också är noga reglerade, det handlar framför allt om läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning och livsmedel för speciella medicinska ändamål. Utredningen har valt att benämna dessa särskilda kategorier sjukvårdsprodukter. Det är dessa produkter utredningen kopplar till uppdraget om försörjning med sjukvårdsmateriel och läkemedel.

Hälso- och sjukvården har också ett stort behov av olika tjänster. Många av dessa har tydlig koppling till försörjning. Utredningen har utifrån uppdraget fokuserat på sådana tjänster som har betydelse för försörjningen av sjukvårdsprodukter även om det är tydligt att det finns ett stort behov av att i vården även trygga försörjningen av andra produkter och tjänster. Utredningen hoppas att även de som arbetar med dessa områden ska kunna finna viss vägledning i betänkandet.

Tillgång till sjukvårdsprodukter är nödvändigt för att kunna bedriva vård

Tillgången till sjukvårdsprodukter är av central betydelse för en fungerande hälso- och sjukvård. Viss vård, även livräddande sådan, kan i nödfall bedrivas under mycket primitiva förhållanden men det förutsätter tillgång till personal och nödvändiga sjukvårdsprodukter. Bristande tillgång till sådana produkter utgör ett reellt hot mot människors liv och hälsa.

Det finns brister i dagens försörjning

Utveckling, tillverkning och distribution av produkter har under årtionden genomgått en förändring som innebär att vi i dag har ett stort beroende till globala värdekedjor. Detta, tillsammans med ett effektivitetstänk som i stort innebär att verksamheterna inte ska ha mer i lager än vad som behövs till nästa leverans, har skapat sårbarheter i försörjningen. Hälso- och sjukvårdens förmåga att motstå störningar i försörjningsflödena är därmed begränsade. Om motståndskraften mot sådana störningar brister redan i vardagen innebär det också en sämre förmåga att hantera de utmaningar som kommer av fredstida kriser eller krig. Det bör därför vidtas åtgärder för att motverka detta.

Krisberedskap bygger på samhällets ordinarie verksamhet och är förmågan att genom planering, utbildning, övning och andra åtgärder samt genom den organisation och de strukturer som skapas före, under och efter en kris förebygga, motstå och hantera krissituationer. Exakt vad en kris är kan vara svårt att definiera och det kan vara olika för olika aktörer. Krisberedskapssystemet rymmer inom ordinarie förvaltningsstruktur. Det finns i Sverige ingen ”krislag” som reglerar beslutsfattandet på nationell nivå. Detta har blivit särskilt tydligt under hanteringen av utbrottet av covid-19 då det i vissa avseenden varit svårt att finna stöd i gällande lagstiftning för olika åtgärder som behövt vidtas med anledning av den pågående pandemin.

Förmågan till försörjning behöver öka

Säkerställandet av nödvändig försörjning av sjukvårdsprodukter är avgörande för att upprätthålla förmågan inom sjukvården i vardag, kris och krig. Tillgången till sjukvårdsprodukter behöver därför öka för att skapa uthållighet över tid. Planering och åtgärder som vidtas för hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap måste utföras med utgångspunkt i den vård som ska bedrivas vid fredstida kriser och i krig. Sådana åtgärder behöver även inkludera planering för smitta och hälsohot. För att uppnå målsättningen om säkerställd försörjning krävs bland annat utökad lagerhållning av sjukvårdsprodukter i Sverige.

Regeringen konstaterar i totalförsvarspropositionen att ett nationellt sammanhållet system för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel i Sverige för fredstida kriser och krig behöver tas fram. Sådan lagerhållning lämpar sig av effektivitetsskäl bäst nära slutanvändarna, i den ordinarie logistikkedjan. Ansvar för sådan lagerhållning bör därför vila på de ordinarie aktörerna. Regionerna har enligt gällande lagstiftning ansvar för att det finns läkemedel och annan nödvändig utrustning för den vård de ska bedriva. Det behöver därför finnas en viss lagerhållning av sådana förnödenheter i regionerna för att minska sårbarheten i vardagen. Vissa regioner har redan påbörjat arbete med att se över sin lagerhållning. Det behöver också finnas utökade lager i andra delar av försörjningskedjan.

En målsättning för hälso- och sjukvården i kris och krig

Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser gäller även i kris och krig. För att skapa en tydlig målbild för planering och utförande av vård i kris och krig anser utredningen att det ska införas en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som anger en målsättning för hälso- och sjukvården i fredstida kriser och i krig. Där ska anges att vid fredstida kriser och i krig ska hälso- och sjukvården ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Det bemyndigande som finns i hälso- och sjukvårdslagen för regeringen att föreskriva om hälso- och sjukvården i krig förändras så att regeringen även kan bemyndiga Socialstyrelsen att meddela sådana

föreskrifter. En tydlig målbild har stor betydelse för planering och inriktning av den vård som ska bedrivas i kriser och krig. Förslaget innebär att Socialstyrelsen på ett tydligare sätt kan samordna hälso- och sjukvårdens förberedelser inför höjd beredskap och krig. Det ger också stöd för myndigheten att skapa bättre vägledningar som stöd för regionernas planering. Ett sådant exempel är uppdaterade vägledningar för vårdprinciper i kris och krig.

Socialstyrelsen ska ha det statliga ansvaret för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvården

Det finns ett tydligt behov av att hålla ihop frågor som rör hälso- och sjukvårdens planering för att säkerställa tillgången till sjukvårdsprodukter. Vilka produkter som behöver finnas måste ta sin utgångspunkt i den vård som ska bedrivas. Utredningen anser därför att Socialstyrelsen ska få det statliga ansvaret för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredningen föreslår en ändring av myndighetens instruktion där den uppgift myndigheten har i dag att på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför höjd beredskap och för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap görs om till en löpande uppgift.

Försörjningsberedskapen skapas med hjälp av flera olika verktyg, men ska utgå från vilken vård som ska kunna bedrivas

En starkt försörjningsberedskap inom hälso- och sjukvården skapas genom tillgång till flera olika verktyg. Utredningen utgår från tre principer i arbetet med att stärka försörjningsberedskapen. Det behöver finnas mer sjukvårdsprodukter i Sverige, ett effektivare resursutnyttjande av de sjukvårdsprodukter vi har och en säkerställd distribution av dessa. Inom ramen för försörjningssystemet är lagerhållning i Sverige ett viktigt verktyg för tillgången till större volymer av sjukvårdsprodukter och därmed möjligheten att köpa tid att med hjälp av andra verktyg under kris och krig mer långsiktigt säkerställa tillgången till sjukvårdsprodukter. Lagerhållningen ska utgå ifrån den ovan angivna målsättningen som förs in i hälso- och sjukvårdslagen att hälso- och sjukvården i fredstida kriser och krig ska ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå.

Utredningen föreslår ett system för ökad lagerhållning

Utredningen har redan i det tidigare delbetänkandet SOU 2020:23 föreslagit ett system för lagerhållning av sjukvårdsprodukter i Sverige indelat i fyra nivåer. Utredningen föreslår i detta delbetänkande ett genomförande av ett sådant system. Systemet vilar på att det i grunden finns en robust försörjning och lagerhållning i vardagen som bygger på sjukvårdshuvud-

männens, öppenvårdsapotekens och patienternas eget ansvar att säkerställa en viss tillgång till sådana sjukvårdsprodukter man har behov av.

Utöver detta ser utredningen behov av en utökad lagerhållning av vissa sjukvårdsprodukter som krävs för sådan vård som inte kan anstå. Denna bör utformas som en lagerhållningsskyldighet reglerad i lag. En sådan lagerhållning bör ske genom omsättningslagring nära slutanvändarna i den ordinarie logistikkedjan. Utredningen ser dessutom ett visst behov av lagerhållning i statliga säkerhetslager för sådana produkter som inte kan omsättas i vardagen. Det handlar i huvudsak om sådana produkter som normalt inte används eller som i vissa situationer behövs i så stor mängd att de inte kan omsättas.

Utredningen ser också ett behov av att skapa en tillverkningsberedskap för vissa produkter eller produktkategorier. Det kan både handla om att tillförsäkra sig leveranser av sådana varor som tillverkas i Sverige i vardagen, men även att ställa om produktionen för tillverkning av vissa produkter eller produktgrupper. Sjukvårdsprodukter omfattas av många olika regelverk för att säkerställa patientsäkerheten och därför är det viktigt att sådan produktion så långt det är möjligt förbereds och att de stödprocesser som krävs finns på plats.

Förtydligade av krav på alla vårdgivare och huvudmän att ha tillgång till förnödenheter

Utredningen har bl.a. i uppdrag att överväga och analysera vilka åtgärder som behövs för att förebygga och hantera situationer med brist på hälso- och sjukvårdsmaterial under förhållanden då inte någon allvarlig händelse i övrigt påverkar försörjningen. Under hösten 2019 uppstod problem med hälso- och sjukvårdens materialförsörjning i fem regioner i samband med att en ny leverantör, som hade upphandlats av regionerna gemensamt, övertog ansvaret för leveranser av förbrukningsmaterial. Den omfattande materialbristen medförde snabbt konsekvenser för vården. Motsvarande sårbarhet i hälso- och sjukvårdens försörjning av sjukvårdsprodukter har framkommit under utbrottet av covid-19. För att minska sårbarheten i hälso- och sjukvårdens försörjning av sjukvårdsprodukter och stärka förmågan att hantera störningar i försörjningskedjan behövs en grundläggande lagerhållning av sjukvårdsprodukter. Den grundläggande lagerhållningen är också grunden till hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera frestida kriser och höjd beredskap.

Det finns redan i dag ett krav i 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen som gäller för alla vårdgivare som anger att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de lokaler, den personal och den utrustning som krävs för att bedriva god vård. Utredningen föreslår att den bestämmelsen förtydligas så att det framgår att med utrustning avses de läkemedel, det blod, den sjukvårdsmateriel eller den övriga utrustning som behövs för att bedriva god vård.

Därutöver föreslås att det i hälso- och sjukvårdslagen införs krav på kommuner och regioner i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården att ha en utökad lagerhållning av i stort sett alla kategorier av sjukvårdsprodukter som används i verksamheten till vardags. Vad som ska

lagerhållas och hur mycket får bestämmas av regeringen. Utredningen föreslår att omfattningen av denna lagerhållningsskyldighet inte får överstiga en månads normalförbrukning inom kommunens respektive regionens ansvarsområde. Denna skyldighet hindrar dock inte regioner och kommuner från att ha en lagerhållning som överstiger en månad. I lagerhållningen omfattas även den förbrukning som sker inom ramen för sådan offentligfinansierad vård som kommunen eller regionen genom avtal har överlåtit till privata aktörer. Staten ska ersätta kommuner och regioner för större delen av sådan lagerhållning.

Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs avseende hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 6 kap. 1 och 2 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det införs tre nya paragrafer, 5 kap. 9 §, 8 kap. 11 § och 12 kap. 7 §.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 kap.

9 §

Hälso- och sjukvården ska vid fredstida kriser och i krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå

6 kap.

1 §¹

Regeringen får meddela föreskrifter om

1. att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner, och

2. hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara, och

3. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

1. att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner,

2. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

6 kap.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,

2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,

3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt

3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt

¹ Senaste lydelse SFS 2019:973.

perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser

perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser *eller om det vid fredstida kriser finns behov av andra nationellt samordnade åtgärder till skydd för enskildas hälsa,*

4. hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara, och

4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.

5. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.

8 kap.

11 §

Regionen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som regionen ska erbjuda enligt denna lag.

Regionen ska till den myndighet som regeringen bestämmer lämna uppgift om lagernivå på sådana sjukvårdsprodukter som regionen lagerhåller enligt första stycket.

Regeringen får meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning. Regionens skyldighet att hålla sådana lager får dock inte överstiga en månads normalförbrukning i regionen.

12 kap.

7 §

Kommunen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som kommunen ska erbjuda enligt denna lag.

Kommunen ska till den myndighet som regeringen bestämmer lämna uppgift om lagernivå på sådana sjukvårdsprodukter som kommunen lagerhåller enligt första stycket

Regeringen får meddela föreskrifter om innehållet i och om-

*fattningen av sådan lagerhållning. Bilaga 2
Kommunens skyldighet att hålla
sådana lager får dock inte
överstiga en månads
normalförbrukning i kommunen.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

Förteckning över remissinstanserna

Efter remiss har yttranden kommit in från Apotek Hjärtat AB, Apotek Produktion & Laboratorier AB (APL), Apotekar societeten, Apoteket AB, Arbetsmiljöverket, Borlänge kommun, Burlövs kommun, E-hälsomyndigheten, Enköpings kommun, Folkhälsomyndigheten, Föreningen för Generiska läkemedel och Biosimilarer (FGL), Företagarna, Försvarets materielverk, Förvarshögskolan, Försvarmakten, Försäkringskassan, Förvaltningsrätten i Uppsala, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Integritetsskyddsmyndigheten, Karlskoga kommun, Kommerskollegium, Kommunal, Konkurrensverket, Konsumentverket, Kungliga krigsvetenskapsakademin, LIF – de forskande läkemedelsföretagen, Linköpings kommun, Livsmedelsverket, Luftfartsverket, Läkemedelsdistributörsföreningen, Läkemedelshandlarna, Läkemedelsverket, Länsstyrelsen i Hallands län, Länsstyrelsen i Skåne län, Länsstyrelsen i Stockholms län, Länsstyrelsen i Västernorrlands län, Länsstyrelsen i Västmanlands län, Länsstyrelsen i Östergötlands län, Malmö kommun, Migrationsverket, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Nordmalings kommun, Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer (LOK), Plikt- och prövningsverket, Polismyndigheten, Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, Regelrådet, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Västmanland, Region Örebro län, Region Östergötland, Reumatikerförbundet, RISE Research Institutes of Sweden AB, Rättsmedicinalverket, Sjöfartsverket, Småföretagarnas riksförbund, Socialstyrelsen, SPF Seniorerna, Statens jordbruksverk, Statens medicinsk-etiska råd (Smer), Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA), Statskontoret, Stockholms kommun, Strålsäkerhetsmyndigheten, Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (Swedac), Sundbybergs kommun, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Svenska Röda Korset, Svenskt Näringsliv, Sveriges Apoteksförening, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Sveriges läkarförbund, Sweden Bio, Swedish Medtech, Säkerhetspolisen, Söderhamns kommun, Tamro AB, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Tillväxtverket, Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI), Trafikverket, Transportstyrelsen, Tullverket, Täby kommun, Uddevalla kommun, Umeå kommun, Umeå universitet, Upphandlingsmyndigheten, Verket för innovationssystem (Vinnova), Vetenskapsrådet, Vårdförbundet, Västerås kommun, Västra Götalandsregionen, Växjö kommun, Åklagarmyndigheten, Örebro universitet och Östersunds kommun.

Därutöver har yttranden inkommit från Adda AB, Fresenius Kabi AB, OneMed Sverige AB, MSD Sweden AB, en specialistläkare och Sveriges oberoende apoteksaktörers förening.

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna synpunkter: Apotea, Arboga kommun, Astma- och allergiförbundet, Bodens kommun, Funktionsrätt Sverige, Göteborgs kommun,

Hammarö kommun, Karlstads kommun, Karolinska institutet, Kiruna kommun, Kristianstads kommun, Kronans Apotek, Linköpings universitet, Lunds universitet, Mullsjö kommun, Neuro, Olofströms kommun, Oriola AB, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Piteå kommun, Praktikertjänst, Prostatacancerförbundet, Riksdagens ombudsmän, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Riksförbundet Hjärtlung, Riksrevisionen, Sabbatsbergs sjukhus, Sjöbo kommun, Smittskyddsläkarföreningen, SmåKom, Sorsele kommun, SOS Alarm, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Stiftelsen Nätverket för läkemedelsepidemiologi (NEPI), Sundsvalls kommun, Svensk förening för estetisk plastikkirurgi, Svenska Diabetesförbundet, Sveriges konsumenter, Sveriges Veterinärförbund, Säffle kommun, Tillväxtanalys, Unionen, Universitetskanslersämbetet, Vaggeryds kommun och Vårdföretagarna. Bilaga 3

Sammanfattning av slutbetänkandet Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6) i nu aktuella delar

Kommuner och regioner ansvarar för hälso- och sjukvård i hela hotskalan

Utgångspunkten för utredningens arbete och förslag är att kommuner och regioner enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är skyldiga att erbjuda god hälso- och sjukvård till befolkningen. Skyldigheten gäller i alla lägen dvs. även under svåra förhållanden vid fredstida kriser och vid krig. All vård ska ges till patienter inom den tid som är medicinsk motiverad och de kvalitetskrav som gäller för vård ska upprätthållas. Utredningen har i En förstärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19) föreslagit en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att hälso- och sjukvården ska vid fredstida kriser och i krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Denna bestämmelse är ännu inte genomförd.

I krig förväntas Försvarsmakten i första hand ta hand om skadade på stridsfältet men regioner måste stödja Försvarsmakten med t.ex. specialiserad vård och rehabilitering. Det är en del av regionernas ansvar att erbjuda även de som tillfälligt vistas i regionen omedelbar vård.

Kommuner och regioner har stor frihet att själva bestämma hur de vill organisera sig och hur de vill bedriva sina verksamheter. Något de också tagit fasta på. Hälso- och sjukvården bedrivs i komplexa organisationer med kommunala bolag, kommunalförbund, privata utförare och med en mängd lokala och regionala variationer. Oavsett hur kommuner och regioner väljer att organisera sig måste de dock se till att de kan planera och leda sina verksamheter på ett sådant sätt att de kan uppfylla gällande författningskrav. Detta gäller såväl vid en långdragen händelse, t.ex. en pandemi med många sjuka, som vid en snabbare övergående händelse, t.ex. en omfattande tågolycka med många skadade eller ett cyberangrepp. Det innebär t.ex. att om resurserna på ett visst sjukhus inte räcker till för prioriterad vård måste regionen kunna förstärka verksamheten eller omfördela resurser eller patienter mellan regionens sjukhus så att den mest prioriterade vården kan upprätthållas. Motsvarande behov att flytta resurser finns i kommuner.

Vid händelser med många skadade eller sjuka kan det ibland vara svårt, eller till och med omöjligt, för en enskild kommun eller region att själva klara av att möta alla de vårdbehov som uppstår. De är då beroende av hjälp från andra kommuner eller regioner. I sådana situationer kan kommunernas och regionernas olika organisationer och arbetssätt bli en utmaning när de ska samverka med varandra eller med statliga aktörer när samordning behöver uppnås på nationell nivå.

För att hälso- och sjukvården ska kunna fungera också under svåra påfrestningar krävs ett system för samverkan och ledning där ansvarsförhållandena är tydliga. De samlade nationella resurserna behöver kunna användas på ett effektivt sätt.

Utredningen lämnar flera förslag som tillsammans skapar en ordning för hälso- och sjukvårdens beredskap, som bygger på kommuners och regioners ansvar, som möjliggör utjämning av resurser över landet och som tar höjd för sådana extrema utmaningar som kommer av krig. Förslagen utgår ifrån att bestämmelsen om vård som inte kan anstå också införs i hälso- och sjukvårdslagen.

I korthet innebär förslagen att kommuner och regioner ska planera sina verksamheter och vidta åtgärder utifrån alla de faktorer som riskerar att negativt påverka förmågan att bedriva god vård (risker och sårbarheter) samt utifrån statliga planeringsansvisningar för civilt försvar. Vidare ställs krav på att kommuner och regioner tänker igenom, och i planer redovisar, hur de avser leda sina komplexa organisationer, med många olika utförare, vid händelser som negativt påverkar förmågan att bedriva vård.

Vid situationer som kraftigt utmanar en kommun eller regions förmåga att erbjuda vård föreslås vården begränsas till sådan vård som inte kan anstå. Om en kommun eller region inte längre själv kan erbjuda vård som inte kan anstå ska andra kommuner och regioner ge hjälp. Hjälp ska så långt möjligt ges på frivillig grund, men om detta inte sker ska regeringen eller en myndighet som regeringen bestämmer kunna besluta att kommuner eller regioner ska ge hjälp. Ytterst, om även detta är otillräckligt och det inte längre heller går att upprätthålla vård som inte kan anstå, ska det beslutas om att katastroftillstånd råder. Vid ett sådant tillstånd ska en kommun eller regionen erbjuda sådan sjukvård som är möjlig. Det kan innebära ett kraftigt minskat vårdutbud samt att enklare behandlingsmetoder än vanligt används. Så långt det är möjligt ska dock normal vård erbjudas och vårdgivare ska så långt möjligt upprätthålla kvalitetskrav. Närhelst det är möjligt ska beslutet om katastroftillstånd upphävas.

God beredskap förutsätter analys och planering

Hälso- och sjukvård är en samhällsviktig verksamhet och en prioriterad del av det civila försvaret. Till de mest utmanande situationerna för sjukvården hör händelser som medför ett stort antal samtidigt skadade eller sjuka. Andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att bedriva sjukvård är exempelvis avbrott i elförsörjningen, elektroniska kommunikationer eller cyberangrepp.

Det kan inte uteslutas att olika händelser kan leda till en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att med normala kvalitetskrav utföra vård som inte kan anstå och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de resurserna som krävs. En sådan situation betecknas inom vårdområdet som en katastrof. Med vård som inte kan anstå avses vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten.

Det är en stor utmaning att under svåra förhållanden erbjuda vård som inte kan anstå till alla som behöver det. För att kunna hantera den värsta tänkbara situationen, en katastrof, krävs särskilt katastrofmedicinsk kunskap men även andra färdigheter. Exempelvis torde ledning och

prioritering av verksamheter vara särskilt utmanande under sådana förhållanden. Det krävs också uthållighet eftersom inte alla händelser eller situationer som medför stora utmaningar för vården är kortvariga.

Kommuner och regioner är för utförande av sjukvård beroende av varandra. För att t.ex. kunna frigöra vårdplatser på sjukhus behöver kommunerna kunna ta emot färdigbehandlade patienter som är i behov av stöd från socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård eller hemsjukvård. Kommuner kan i sin tur vara beroende av regionens sjukvård vid t.ex. utbrott av smitta på ett kommunalt boende.

All hälso- och sjukvård behöver planeras. Syftet med planeringsbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen är övergripande att kommuner och regioner ska kunna fullgöra skyldigheterna att erbjuda god vård och följa andra rättsliga krav för hälso- och sjukvård. Vid planeringen måste kommuner och regioner ta särskild hänsyn till att det krävs beredskap för att kunna hantera särskilt utmanande situationer, i både fred och krig, och för att mildra de effekter som en katastrof för med sig. Sådan planering måste grunda sig på olika analyser om vilka hot och risker som kan innebära särskilda utmaningar för kommuner och regioner att bedriva hälso- och sjukvård.

Nuvarande planeringsbestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen, som anger att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls, är inte tillräckligt tydlig och omfattar inte fullt ut de situationer som en region behöver planera för. Planeringsbestämmelserna för kommuner är inte heller tillräckliga. Utredningen föreslår därför bl.a. att det ska införas ett nytt definierat begrepp och nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Med katastrof ska avses en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna. De nya planeringsbestämmelserna innebär att kommuner och regioner vid planering av hälso- och sjukvård särskilt ska beakta behovet av beredskap för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Planeringsbestämmelserna ska även innebära att kommuner och regionerna vid sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering mellan kommunerna i regionen och regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nämnts ovan.

Utredningen lämnar även förslag som innebär att ett bemyndigande i hälso- och sjukvårdslagen ersätts med ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer.

Socialstyrelsens nuvarande föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap måste med anledning av de ovan föreslagna ändringarna ses över. Utredningen anser att det ska införas närmare föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer. Föreskrifterna kan beslutas av regeringen eller den myndighet

som regeringen bestämmer. Utredningen lämnar också ett förslag till en ny förordning med sådana föreskrifter. Bilaga 4

För att underlätta planeringen föreslås också en förordningsändring i Socialstyrelsens instruktion som innebär att myndigheten ska analysera omfattande händelser av betydelse för hälso- och sjukvården, nationellt och internationellt, samt sammanställa slutsatser från större övningar som involverar hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska sprida dessa erfarenheter till berörda aktörer så att de bättre kan beakta detta i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvårdens beredskap.

Planering och åtgärder för totalförsvaret – nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen

Redan i denna utrednings första delbetänkande har framhållits behovet av ett tydligt och sammanhängande planeringssystem för totalförsvaret. Utredningen har bedömt att totalförvarsplanering bör utföras enligt ett system som bl.a. säkerställer att riksdagens och regeringens mål och anvisningar, och planeringsinriktningar från Försvarmakten och MSB med dimensionerande uppgifter förs vidare till och följs av myndigheter och andra aktörer i deras planering.

Totalförvarsplaneringen återupptogs år 2015 utifrån det förändrade säkerhetspolitiska läget i Sveriges närområde. Nuvarande planeringssystem för totalförsvaret, så som det presenteras av Försvarmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, vänder sig till statliga myndigheter. Även med beaktande av det omfattande och bitvis svåra arbete som denna planering innebär har det nu gått ett antal år utan att kommuner och regioner tydligt knutits till planeringssystemet. Att så sker är helt nödvändigt.

Förmågekrav för totalförsvaret har sin grund i det försvarspolitiska ramverket som fastställs genom bl.a. totalförvarspropositionen och som omsätts av regeringen och vidare av Försvarmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap genom konkreta planeringsanvisningar. Det är statens ansvar att bl.a. dimensionera och ge planeringsanvisningar för totalförsvaret och kommuner och regioner behöver tydligare bindas till denna planering och de krav på åtgärder som ställs för totalförsvaret. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer måste från kommuner och regioner kunna begära sådana uppgifter som behövs för planeringen. De bestämmelser som finns i gällande rätt bedöms inte i tillräcklig grad säkerställa detta.

Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård och utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta om sådana anvisningar och särskilda åtgärder. Det ska också införas bestämmelser som innebär att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård och att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om sådan planering. Vidare föreslås

att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela närmare föreskrifter om ovan angivna uppgiftsskyldigt.

Förmågekrav för totalförsvaret måste vara tydliga och knytas till finansiering. Ansvar för att finansiera särskilda åtgärder som är nödvändiga för höjd beredskap vilar på staten. Kostnader för upprätthållandet av den ordinarie vården, t.ex. cancervården, hjärtsjukvården eller äldreomsorgen, vilar dock alltså på kommuner och regioner. Det bedöms lämpligast om finansieringen av de ovan föreslagna åtgärderna för kommuner och regioner att vidta särskilda åtgärder för totalförsvaret omhändertas inom ramen för den av Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap föreslagna processen för totalförsvarets planering. Genom budgetpropositionerna prioriteras och fastställs vilka medel som ska finnas tillgängliga för planering och åtgärder inom olika delar av totalförsvaret. Anslagna medel för kommuner och regioners planering och åtgärder för totalförsvaret bör lämpligen utbetalas och följas upp genom de statliga myndigheter som har sektorsansvar eller motsvarande ansvar inom totalförsvaret.

Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer

Kommuner och regioner ska som huvudregel var för sig tillse att befolkningens vårdbehov tillgodoses och de har inte ansvar för andra kommuners eller regioners resursbrister. Ingen kommun eller region är överordnad någon annan kommun eller region. De har inget ansvar för ledning av andra kommuner och regioner och kan inte säkerställa samordning av vård eller vårdhjälp sinsemellan annat än på frivillig grund.

Det kan inte uteslutas att det uppkommer situationer i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna (katastrof). Vid en katastrof uppkommer ett allvarligt hot mot människors liv och hälsa. Skulle en kommun eller region drabbas av en katastrof i hälso- och sjukvården torde det vara i det närmaste självklart att staten, en annan kommun eller region försöker ge hjälp. Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I en situation där det inte går att häva uppkomna katastrofer finns det skäl att försöka säkerställa att kommuner och regioner på andra sätt ges mer likvärdiga förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

Staten har inte möjlighet att ta över kommuner och regioners ansvar för att erbjuda vård, men kan lämna stöd till kommuner och regioner exempelvis genom vissa resurser som hålls i beredskap. Staten kan i vissa fall också begära hjälp från andra länder och internationella sammanslutningar.

Effektiva hjälpinsatser kräver samordning av statliga, regionala och kommunala insatser. Om flera delar av det allmänna kan lämna hjälp, bör hjälpen lämnas av den eller de aktörer som sammantaget har bäst förutsättningar att göra det.

Den lämpligaste ordningen för hjälp att undvika eller mildra katastrofsituationer i hälso- och sjukvården är att kommuner och regioner själva, på frivillig grund, löser uppkomna hjälpbehov. När en kommun eller region inte längre på frivillig grund kan få nödvändig hjälp att utföra vård som inte kan anstå måste det dock finnas en ordning som säkerställer att kommuner och regioner som kan ge hjälp också gör det och att hjälpen kan samordnas också med hjälpinsatser från staten.

Det saknas i dag bestämmelser som gör det möjligt att effektivt samordna hjälpinsatser med staten och att det inte finns någon lagstadgad allmän skyldighet för kommuner och regioner att i fredstid hjälpa andra kommuner och regioner med vård som inte kan anstå. Även med beaktande av det kommunala självstyret finns enligt utredningen skäl att införa sådana bestämmelser.

Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller en region drabbats av en katastrof är andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. En kommun eller region ska inte vara skyldig att lämna hjälp om den själv har drabbats av en katastrof eller inom överskådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan. Om det inte finns någon kommun eller region som kan lämna hjälp utan att själv bli hjälpbehövande, ska en kommun eller region ändå vara skyldig att hjälpa andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

En kommun eller region som behöver eller kan komma att be-höva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta. Enligt utredningens förslag är det regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som ska besluta om hjälp ska lämnas. Beslutet ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna där sådan hjälp som kan ordnas genom staten, t.ex. om statliga resurser eller internationell hjälp, särskilt ska beaktas. Beslut om att hjälp ska lämnas får fattas om det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region saknar förutsättningar att ordna tillräcklig hjälp på egen hand. Beslutet behöver gälla omedelbart och ska inte kunna överklagas. Det föreslås också införas en skyldighet för kommuner, regioner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov. Kommuner och regioner ska till den som har att besluta om hjälp lämna de uppgifter som behövs. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska också få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs. Kommuner och regioner som har lämnat hjälp med stöd av bestämmelserna ska ha rätt till skälig ersättning för hjälpen. Ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har fått hjälp.

De ovan föreslagna bestämmelserna om hjälp ska tillämpas under såväl fred som vid krig. När dessa bestämmelser är tillämpliga, dvs. i de fall hjälpen avser att tillgodose hälso- och sjukvårdens behov, finns inte skäl att tillämpa bestämmelserna i 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap och i 2 kap. 5 § lagen om lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.

Det föreslås bestämmelser som medför att hjälpbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen tillämpas i stället för 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap och i 2 kap. 5 § lagen om lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.

Avsteg från bestämmelser i gällande rätt vid katastrofer

Omständigheterna vid en katastrof, oavsett om det avser en fredstida situation eller i krig, avgör i hög grad vilken vård som är möjlig att ge. Det är givetvis inget alternativ att sluta ge vård till svårt sjuka eller skadade för att det saknas förutsättningar att upprätthålla samma kvalitet som i ett normalläge. Det inte alltid ens möjligt att ge behövlig vård till alla som är svårt sjuka eller skadade, men den vård som är möjlig att ge ska naturligtvis ges.

De omställningar av vården som är nödvändiga för att kunna utföra vård som inte kan anstå vid katastrof kommer i vissa fall att medföra att vård som ur ett medicinskt perspektiv kan anstå får stå åt sidan. Det finns säkert en relativt utbredd förståelse för att den som har det största vårdbehovet, dvs. som regel de allra svårast sjuka eller skadade, måste ges förtur till vård även i situationer med resursbrister. Om det är möjligt ska naturligtvis även vård som ur ett medicinskt perspektiv kan anstå utföras. Det är inte rimligt att tro att det i alla lägen ska gå att upprätthålla vårdgarantier och sådana garantier utgår inte heller från vad som är medicinskt motiverat. Inte heller framstår det som troligt att det alltid ska gå att upprätthålla exempelvis fria vårdval, rätten att välja behandlingsalternativ, hjälpmedel eller att få en ny medicinsk bedömning. Men givetvis bör patienters rätt att välja i nyss nämnda avseenden upprätthållas så långt möjligt och på samma sätt ska rätten till ny medicinsk bedömning upprätthållas.

Det finns bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, som kan tänkas vara svåra, omöjliga eller olämpliga att tillämpa vid en katastrof. Att skriva helt ny lagstiftning som medför att bestämmelser i gällande rätt anpassas för alla de särfall som kan uppkomma vid katastrofer bedöms inte som genomförbart.

Allmänna avsteg från bestämmelser med skyldigheter att erbjuda vård och upprätthålla vårdkvalitet bör accepteras först när det står klart att en katastrof inte kan hävas. Det måste vara tydligt för vårdens huvudmän, vårdgivare, vårdpersonal och medborgarna när avsteg från bl.a. gällande skyldigheter att erbjuda vård och vårdkvalitet får göras. Utredningen anser att det finns behov av att införa bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som säkerställer dels tydlighet om när avsteg får göras från centrala bestämmelser, dels att avsteg inte går utöver vad som är nödvändigt.

Det ska därför införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller region har drabbats av en katastrof, och det inte med stöd av de bestämmelserna om skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer i vården eller på andra sätt är möjligt att ge den hjälp som krävs för att häva katastrofen, så ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd gäller i den drabbade kommunen eller regionen.

När förhållandena medger det ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd inte längre ska gälla. Beslut om katastroftillstånd ska inte få överklagas.

Be finner sig en kommun eller region i ett katastroftillstånd ska, utan hinder av övriga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, kommunen eller regionen erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda och så långt det är möjligt även fullgöra övriga åliggande som följer av hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgivare som bedriver verksamhet i en

kommun eller region där katastroftillstånd råder ska tillse att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt. Bilaga 4

Försvarmaktens hälso- och sjukvård

Försvarmakten är en statlig vårdgivare som måste kunna bedriva hälso- och sjukvård under mycket speciella förutsättningar. Bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen gäller, med ett fåtal undantag, även för Försvarmaktens verksamhet. På samma sätt som inom den vård som kommuner och regioner är huvudmän för, utförs vården inom Försvarmakten av personal med olika kompetens. Vissa soldater får särskild sjukvårdsutbildning och blir sjukvårdare eller stridssjukvårdare. Därutöver får alla soldater en grundläggande utbildning så att de kan utföra första hjälpen, s.k. kamrathjälp.

Längst fram på stridsfältet i krig finns normalt inte tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det omedelbara medicinska omhändertagandet efter kamrathjälpen genomförs därför av icke legitimerade sjukvårdare. Dessa behöver kunna utföra vissa vårdåtgärder i avvaktan på att den skadade kan komma under vård av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Utredningen bedömer att de hinder som finns mot sådant omhändertagande i gällande rätt inte finns i lag och förordning, utan i myndighetsföreskrifter. Mot bakgrund av det aktuella säkerhetsläget och den återupptagna totalförsvarsplaneringen anser utredningen att det kan finnas skäl för Socialstyrelsen och Läkemedelsverket att i nära samverkan med Försvarmakten göra en översyn av föreskrifterna för att skapa förutsättningar för att tillgodose skadade personers behov av vård även i krig.

Försvarmaktens hälso- och sjukvårdsresurser är begränsade och vården i krig bygger på att soldater med svårare skador och sjukdomar förs vidare till civil hälso- och sjukvård. Det faktum att en skadad eller sjuk soldat rör sig mellan den militära och den civila sjukvården medför att Försvarmakten, både i egenskap av arbetsgivare och i egenskap av remitterande vårdgivare, har behov av att få information om på vilket sjukhus eller vilken vårdinrättning som soldaten befinner sig. Försvarmakten behöver också kunna få information om ifall en soldat har avlidit på sjukhus eller annan vårdinrättning. Utredningen föreslår därför att det i patientsäkerhetslagen införs en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att under höjd beredskap lämna uppgift till Försvarmakten om huruvida Försvarmaktens personal vistas på en sjukvårdsinrättning.

Slutbetänkandets lagförslag i nu aktuella delar

Förslag till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap att 1 kap. 3 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

3 §

Vad som sägs i denna lag gäller inte om annat följer av elberedskapslagen (1997:288).

Vad som sägs i denna lag gäller inte om annat följer av elberedskapslagen (1997:288) eller av bestämmelserna i 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

Förslag till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap

Bilaga 5

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

5 §¹

Kommuner och regioner som befolkningen lämnar på grund av utrymning är skyldiga att i skäligen omfattning lämna hjälp till de kommuner och regioner som i större omfattning får ta emot befolkningen.

Vad som sägs i första stycket gäller inte om annat följer av 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

¹ Senaste lydelse SFS 2019:926.

Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659) att 6 kap. 15 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

15 §¹

Utöver vad som annars följer av lag eller förordning är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att lämna ut sådana uppgifter som

1. gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket,

1. gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten, Skatteverket, *eller under höjd beredskap av Försvarsmakten,*

2. begärs av Säkerhetspolisen i ett enskilt fall och behövs i myndighetens verksamhet för personskydd för

a) statschefen, tronföljaren, en annan medlem av kungahuset, en talman, en riksdagsledamot, statsministern, ett statsråd, en statssekreterare eller kabinetssekreteraren,

b) en person vars personskydd Säkerhetspolisen ansvarar för i samband med statsbesök och liknande händelser, eller

c) en person som Säkerhetspolisen i ett enskilt fall har beslutat om personskydd för,

3. behövs för en rättsmedicinsk undersökning,

4. Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor behöver för sin verksamhet,

5. behövs för prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning eller polisprogrammet, eller

6. behövs för prövning av någons lämplighet att ha körkort, traktorkort eller taxiförarlegitimation enligt taxitrafiklagen (2012:211).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Bilaga 5

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 6 kap. 2 §, 7 kap. 2 § och 11 kap. 2 §, ska ha följande lydelse, dels att det ska införas ett nytt kapitel, 16 a kap., sex nya paragrafer 2 kap. 8 §, 7 kap. 2 b och 2 c §§, 11 kap. 2 a och 2 b §§, samt 15 kap. 2 §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

8 §

Med katastrof avses i denna lag en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna.

6 kap.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,

2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,

3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, och

4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.

3. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda,

4. planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer, och

5. planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

7 kap.

2 §¹

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.

¹ Senaste lydelse SFS 2019:973. Ändringen innebär bl.a. att tredje stycket tas bort.

Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Regionen ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

Regionen ska vid planeringen *särskilt* beakta

1. den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare,

2. *behovet av beredskap för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter enligt 8 kap. eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård, och*

3. *behovet av gemensam planering med kommuner i regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även i situationer som avses i 2.*

2 b §

Regionen ska följa statliga planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård samt utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer beslutar om sådana planeringsanvisningar och särskilda åtgärder som avses i första stycket.

2 c §

Regionen ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om uppgiftsskyldighet enligt första stycket.

11 kap.

2 §

Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.

Kommunen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Kommunen ska vid planeringen *särskilt* beakta

1. den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare,

2. behovet av beredskap för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens förutsättningar att fullgöra sitt ansvar enligt 12 kap. eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård, och

3. behovet av gemensam planering med regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även i situationer som avses i 2.

2 a §

Kommunen ska följa statliga planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård samt utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer beslutar om sådana planeringsanvisningar och särskilda åtgärder som avses i första stycket.

2 b §

Kommunen ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om uppgiftsskyldighet enligt första stycket.

15 kap.

2 §

Regioner får med bibehållet huvudmannaskap och vårdgivaransvar sluta avtal med kommunal eller statlig räddningstjänst om utförande av sådan vård i väntan på sjuktransport som regionen ansvarar för. Av avtalet ska framgå

de särskilda villkor som gäller för uppdraget.

**16 a kap. Skyldighet
att lämna hjälp och beslut
om katastrofställstånd**

1 §

Om en kommun eller en region drabbats av en katastrof är andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. En kommun eller region är inte skyldig att lämna hjälp om den själv har drabbats av en katastrof eller inom överskådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan.

En kommun eller region är trots vad som anges i första stycket andra meningen skyldig att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får besluta att en kommun eller region ska lämna hjälp enligt 1 §.

En kommun eller region som behöver eller kan komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta till den som enligt första stycket har att besluta om hjälpen.

3 §

Beslut om hjälp enligt 2 § ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna varvid sådan hjälp som kan ordnas genom staten särskilt ska beaktas.

Beslut om att hjälp ska lämnas får fattas om det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region saknar förutsättningar att ordna tillräcklig hjälp på egen hand.

4 §

Regioner, kommuner och statliga myndigheter är på anmodan av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer skyldiga att samverka i frågor om hjälp.

5 §

En kommun eller region som efter beslut enligt 2 § har lämnat hjälp har rätt till skälig ersättning för hjälpen. Ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

6 §

Kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp till den som enligt 2 § får besluta om hjälp.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för beslut om hjälp.

7 §

Om en kommun eller region har drabbats av en katastrof och det inte med stöd av bestämmelserna i 1 § eller på andra sätt är möjligt att ge den hjälp som krävs för att häva katastrofen, ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd gäller i den drabbade kommunen eller regionen.

När förhållandena medger det ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd inte längre ska gälla.

8 §

Befinner sig en kommun eller region i ett katastroftillstånd ska, utan hinder av övriga bestämmelser i denna lag, kommunen eller regionen erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda och så långt det

är möjligt även fullgöra övriga åligganden som följer av denna lag.

Vårdgivare som bedriver verksamhet i en kommun eller region där katastroftillstånd råder ska tillse att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt.

9 §

Beslut enligt 1 och 8 §§ får inte överklagas.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

Efter remiss har yttranden kommit in från E-hälsomyndigheten, Ekonomistyrningsverket, Elsäkerhetsverket, Eskilstuna kommun, Folkhälsomyndigheten, Funktionsrätt Sverige, Försvarets materielverk, Försvershögskolan, Försvarsmakten, Förvaltningsrätten i Malmö, Gävle kommun, Göteborgs kommun, Göteborgs universitet, Hässleholms kommun, Inspektionen för vård och omsorg, Integritetsskyddsmyndigheten, Jämställdhetsmyndigheten, Järfälla kommun, Kalmar kommun, Karolinska institutet, Konkurrensverket, Linköpings universitet, Livsmedelsverket, Luftfartsverket, Luleå kommun, Lunds universitet, Lysekils kommun, Läkemedelsindustriföreningen, Läkemedelsverket, Länsstyrelsen Gävleborg, Länsstyrelsen i Dalarnas län, Länsstyrelsen i Gotlands län, Länsstyrelsen i Hallands län, Länsstyrelsen i Norrbottens län, Länsstyrelsen i Södermanlands län, Länsstyrelsen i Västmanlands län, Länsstyrelsen i Jämtlands län, Länsstyrelsen i Kalmar län, Länsstyrelsen i Kronoberg, Länsstyrelsen i Skåne län, Länsstyrelsen i Uppsala län, Länsstyrelsen i Värmlands län, Länsstyrelsen i Västerbottens län, Länsstyrelsen i Västernorrlands län, Länsstyrelsen i Östergötlands län, Länsstyrelsen i Stockholms län, Malmö kommun, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för psykologiskt försvar, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Mälardalens universitet, Norrköpings kommun, Polismyndigheten, Post- och telestyrelsen, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jönköping, Region Kalmar, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Sörmland, Region Stockholm, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Västmanland, Region Örebro län, Region Östergötland, Riksförbundet för döva, hörselskadade barn och barn med språkstörning (DHB), Räddningstjänsten Storgöteborg, Räddningstjänsten Östra Skaraborg, Rättsmedicinalverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Sjöfartsverket, Socialstyrelsen, Statens jordbruksverk, Statens veterinärmedicinska anstalt, Statskontoret, Stockholms kommun, Stockholms tingsrätt, Strömsunds kommun, Svenska kyrkan, Svenska Läkaresällskapet, Svenska Röda korset, Svenskt Nationellt Råd Inom Katastrofmedicin, Svensk Näringsliv, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges läkarförbund, Säkerhetspolisen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Totalförsvarets forskningsinstitut, Trafikverket, Transportstyrelsen, Umeå universitet, Universitetskanslersämbetet, Uppsala kommun, Uppsala universitet, Vårdförbundet, Vårdföretagarna, Västra Götalandsregionen, Örebro kommun och Örebro universitet.

Därutöver har yttranden inkommit från Cerus, Plikt- och provningsverket, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska diabetesförbundet, Svenska kraftnät, Svenska Psykiatriska Föreningen och Transportföretagen Flyg.

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna några synpunkter: Arbetsmiljöverket, Arvidsjaur kommun, Bengtsfors kommun, Falun kommun, Grums kommun, Gällivare kommun, Hudiksvalls kommun, Hörby kommun, Jämtland Räddnings-

tjänsten, Jönköpings kommun, Katastrofmedicinskt centrum/Prioriteringscentrum vid Linköpings Universitet, Kalix kommun, Kommunal, Kristinehamns kommun, Kungliga krigsvetenskapsakademin, Kunskapscentrum för Global Katastrofmedicin vid Karolinska Institutet, Länsstyrelsen i Blekinge län, Länsstyrelsen i Jönköpings län, Länsstyrelsen i Kalmar län, Länsstyrelsen i Västra Götalands län, Länsstyrelsen i Örebro län, Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer (LOK), Osby kommun, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Region Jämtland Härjedalen, Räddningstjänsten Östra Götaland, Skellefteå kommun, Smittskyddsläkarföreningen, Sorsele kommun, SOS Alarm Sverige AB, SPF Seniorerna, Statens energimyndighet, Svenskt Ambulansflyg, Sveriges Apoteksförening, Sveriges Farmaceuter, Swedish Medtech, Tyresö kommun, Unionen, Vetlanda kommun och Ystad kommun.