



REMISSYTTRANDE

Datum	2021-08-13	Dnr	2021-000226
Ert datum	2021-04-22	Ert diariernr	S2021/03085

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Delbetänkandet En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19)

Sammanfattning

Utifrån delbetänkandet beskrivning att stärka lagerhållningen, dels riktat till en månads lagerhållning lokalt i kommuner men också sex månaders statligt ägt lager utifrån krisberedskapssituation vid fredstida kriser och i krig. Det är också rimligt att planering och åtgärder som vidtas för hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap måste utföras med utgångspunkt i den vård som ska bedrivas. 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. Ansvaret för sådan lagerhållning bör därför vila på de ordinarie aktörerna men att en överblick finns och ansvaret vilar med avseende på var och i vilka volymer de olika artiklarna i de olika lagren finns. Osäkerheten om vad som händer vid ström och IT-bortfall under längre perioder tas upp i en begränsad omfattning och behöver belysas bättre. Den del som beskriver finansieringen av sådana lager tar utgångspunkt i statens ansvar vilket vitsordas.

Lagerhållning och tillgång

En kommun är skyldig att lagerhålla sådana sjukvårdsprodukter som omfattas av lagerhållningsskyldighet enligt 7 § och som används vid utförande av den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Skyldigheten att lagerhålla omfattar också produkter som avses i 8 kap. 9 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som kommunen enligt 12 kap. 6 § ska tillhandahålla. 7 § medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning av förbrukningskaraktär samt livsmedel för speciella medicinska ändamål ska lagerhållas under förutsättning att 1, regeringen har föreskrivit det, och 2. produkten, utrustningen eller livsmedlet har sålts till öppenvårdsapotek eller hälso- och sjukvården i Sverige det närmast föregående kalenderåret. Lagerhållningsskyldighet enligt första stycket gäller inte för medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning av förbrukningskaraktär vars angivna hållbarhet är kortare än 24 mån.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att i samråd med övriga berörda aktörer, framför allt kommuner, regioner, Läkemedelsverket och Försvarsmakten, ta fram sådana underlag som krävs för att regeringen ska kunna besluta om vilka sjukvårdsprodukter som ska lagerhållas. I ett sådant uppdrag ska också ingå att löpande bedöma om omfattningen av sortimentet bör ändras med hänsyn till Sveriges behov av beredskap eller den medicinska ut. Genom att lagerhållningen i



huvudsak ordnas som en omsättningslagring i den ordinarie försörjningskedjan minimeras riskerna för kassation och möjliggör att lagerhållningen kan anpassas efter den medicinska utvecklingen. Remissvaret stödjer därför att det bör skapas en nationell funktion för inköp av sjukvårdsprodukter som kan träda in och säkerställa hälso- och sjukvårdens behov av sådana produkter eller produktområden i händelse av globala bristsituationer eller andra fredstida kriser och krig. En sådan funktion ska agera för hela Sveriges räkning. Funktionen bör inordnas hos Socialstyrelsen och bemannas med kompetens från t.ex. regionerna. Genom att en statlig myndighet ansvarar för uppdraget sker inköpen för statens räkning och produkterna kan fördelas till olika aktörer utifrån behov. För att kunna skapa en lägesbild över tillgången till sådana produkter i Sverige behöver de aktörer som lagerhåller produkter rapportera in sina lagernivåer. Det införs en uppgiftsskyldighet för kommuner och regioner i hälso- och sjukvårdslagen att lämna uppgift om lagernivåer till E-hälsomyndigheten. Kostnaden för sådant system tillfaller staten att ansvara för. Vid resursbrist bör prioriteringar och omfördelningar av resurser i första hand hanteras på lokal och regional nivå samt på frivillig väg mellan regioner och andra aktörer som görs idag. Det är rimligt att Socialstyrelsen ska få det statliga ansvaret för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Utredningen föreslår ett system för ökad lagerhållning. 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 har övervägt om lagerhållningsansvar bör läggas på kommuner eller regioner som bedriver vård alternativt på vårdgivare. Det kan för det första konstateras att det knappast är rimligt att anse att kommuner och regioner ska vara lagerhållningsskyldiga för de läkemedel som distribueras via öppenvårdsapotek. Däremot skulle regionerna kunna åläggas lagerhållningsskyldigheten för sjukvårdens behov. SOU 2021:19

Lagerhållningsskyldigheten för andra sjukvårdsprodukter än läkemedel kommer främst att vila på kommuner och regioner. I avsaknad av ett nationellt system för insamling av försäljningsuppgifter måste således lagerhållningsskyldigheten för andra sjukvårdsprodukter än läkemedel och beräkningar av i vilka mängder sådana produkter ska lagerhållas grunda sig på uppgifter om inköp från de lagerhållningsskyldiga. Under punkten 9.4.1 Sid 517 är kommuner och regioner själva ansvariga för att avgöra stora inköpen varit, vilket är rimligt.

Utredningen anser mot ovanstående och bedömningen i avsnitt 8.9 att en lagerhållning motsvarande sex månader normal förbrukning är en rimlig ambition för att ta höjd även för civila kriser. Detta bedöms ge samhället tillräcklig tid för att med de övriga verktyg som utredningen föreslår vidta åtgärder för att säkerställa försörjningen sidan 521.

Inköpssamverkan mellan kommuner och regionerna förekommer men ser olika ut beroende på produktområde. Regioner och kommuner kommer enligt utredningens förslag under punkten 9.3.2 bli lagerhållningsskyldiga för en utökad lagerhållning av andra sjukvårdsprodukter än läkemedel. Även dessa uppgifter kommer att behöva rapporteras in med stöd av uppgiftsskyldigheten i 7 kapitlet i den nya lagen om lagerhållningsskyldighet för sjukvårdsprodukter. Utredningen bedömer att det är mest ändamålsenligt att inrapportering av all lagerinformation om sjukvårdsprodukter från alla aktörer, och enligt de berörda författningarna, görs enligt samma strukturer och att uppgiftslämningen sker till samma myndighet. E-hälsomyndigheten ansvarar för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshandling. Myndigheten ska bl.a. tillhandahålla system för insamling av läkemedelsinformation och ska samordna regeringens satsningar på e-hälsa sidan 812.



Personlig skyddsutrustning

Arbetsmiljöverket utövar marknadskontroll enligt lagen (2018:125) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om personlig skyddsutrustning när det gäller personlig skyddsutrustning som är avsedd för yrkesmässig användning, eller som kan antas komma att användas yrkesmässigt och det finns också andra myndigheter inom hälso- och sjukvårdens område som skulle kunna tänkas utöva tillsyn. Det beskrivs under punkt 9.9.1 sidan 577.

Arbetsmiljöverket är ansvarig myndighet för personlig skyddsutrustning. Personlig skyddsutrustning kan i vissa fall även vara medicinteknisk utrustning och kommer då att omfattas av Läkeemedelsverkets kartläggningssupdrag. Personlig skyddsutrustning kan också användas inom andra sektorer än hälso- och sjukvårdssektorn. Myndigheterna i hälso- och sjukvårdssektorn bör på regeringens uppdrag gemensamt identifiera vilken personlig skyddsutrustning som är mest nödvändig för att bedriva hälso- och sjukvård vid allvarliga händelser i fredstid och i krig. När en sådan sammanställning tagits fram bör regeringen ge Arbetsmiljöverket i uppdrag att genomföra en kartläggning av förekomsten av sådan produktion i Sverige. Resultatet av sådant arbete bör delges Socialstyrelsen i egenskap av sektorsansvarig myndighet detta beskrivs i punkten 10.5 och sidan 667. Det krävs generellt sett inte särskilda tillstånd för att lagerhålla sjukvårdsprodukter. Det finns inte heller generella förbud mot att sälja eller använda sådana produkter efter hållbarhets- eller användningstidens utgång. Därmed förenklas hanteringen något vid långtidslagring i statliga säkerhetslager. Punkten 9.8.2 sidan 569.

Socialstyrelsen bör genom avtal med tillverkare av sådana sjukvårdsprodukter av förbrukningskaraktär som vid allvarliga kriser eller krig bedömts vara av synnerlig vikt, säkerställa att dessa kan tillverkas i Sverige se punkten 10.8.2 Sjukvårdsprodukter av förbrukningskaraktär. För att åstadkomma sådan tillverkning kommer det med stor sannolikhet också att krävas avtal med främst aktörer som i Sverige utför annan närliggande tillverkning. Avtal som säkerställer tillverkning vid allvarliga kriser och krig kan utformas för att även täcka nordiska behov sidan 698.

I samband med utbrottet av covid-19 har RISE flaggat för att de ansökt om att bli anmält organ för andningsskydd. För att omsorg, sjukvård och polis snabbare ska få tillgång till personlig skyddsutrustning under covid-19-pandemin har också ett så kallat snabbspår upprättats av Arbetsmiljöverket på uppdrag av regeringen. Snabbspåret innebär en snabbare bedömningsprocess där tillverkaren eller importören får ut sina godkända produkter till vården på kortare tid utan att tumma på säkerhet eller kvalitet. Arbetsmiljöverkets snabbspår i kombination med testkapacitet hos RISE var inte dimensionerat för det antal ansökningar och tester som behövde göras under den initiala fasen av covid-19 pandemin. Det har tagit lång tid för företagen att få svar på förfrågningar om kravställning. För produkter som personlig skyddsutrustning och medicintekniska produkter är det viktigt att kvalitetsregelverken kan upprätthållas även i kris och krig. Det finns dock vissa krav som kan vara viktigare att upprätthålla än andra. Utredningen bedömer därför att Arbetsmiljöverket och Läkeemedelsverket, som ett led i sin planering för krisberedskap och höjd beredskap, bör analysera och klargöra vilka förenklingar som i kris eller krig kan möjliggöras utifrån befintliga regelverk och kan utgöra grunder för dispenser. Myndigheterna bör vidare planera för att tillskapa den kapacitet som behövs för att handlägga dessa dispenser inom rimliga tidsförhållanden utifrån ett krisperspektiv sidan 716. Av lagen ska också framgå att lagerhållningsskyldighet inte ska gälla för medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning med kortare hållbarhetstid än 24 månader. Många sjukvårdsprodukter har dock en bestämd hållbarhet (se bl.a. avsnitt 8.5 samt 9.2.3) Att producera och lagerhålla en produkt vars enda syfte är att kasseras är inte på något vis rimligt. Det innebär en negativ miljöpåverkan att varje till vartannat år transportera nyproducerad vara till Sverige endast i syfte att ersätta sådant som kasserats, sidan 547.



IT-säkerhet

IT-säkerhet. IT-systemens funktionalitet och elektroniska kommunikationer är också avgörande för att beredskapsapoteken ska kunna överföra beställningar av varor till distributörerna. För det fall kommunikationen med E-hälsomyndighetens och distributörernas system inte kan upprätthållas i de normala systemen behöver det finnas överenskomna reservrutiner. Eftersom reservrutiner sannolikt kommer att vara väsentligt mindre effektiva än de normala rutinerna kommer det att påverka verksamheten kraftigt, särskilt om avbrotten kvarstår över längre tid. Det bör således i första hand så långt möjligt säkerställas att de ordinarie systemen fungerar. Reservrutiner med återgång till pappershantering kan i dagens samhälle inte vara ett första reservalternativ. Inte heller kassafunktions beroende till el och elektroniska kommunikationer ska underskattas. Många betaltransaktioner är i dag beroende av elektroniska kommunikationer och kassasystemet är med stor sannolikhet integrerat i apoteket övriga system. Detta beskrivs under punkten fyra på sid 915. I yttrandet påpekas att ett eller flera alternativ behöver finnas även vid övrig hantering bland annat i beställning av skyddsutrustning, där det idag finns IT-lösningar som vid krissituation kan bli obrukbara. Som framgick i avsnittet om reservkraft under punkten kan ett mindre dieselaggregat köpas för cirka 15 000 kronor. En distributör har sannolikt flera distribunaler och med kylrum och annan utrustning krävs sannolikt en helt annan effekt varför det finns anledning att anta att kostnaden är avsevärt mycket högre. Det är oklart vilka eventuella alternativa strömkällor som finns i den storleksordningen. Svårigheter i alternativ ström eller IT-lösningar beskrivs väldigt sparsamt. Det som går att finna är under punkten 16.11.3 sidan 1178 och behöver enligt remissvaret få en större betydelse då vi kan räkna med avbrott i krissituationer. Här behöver ytterligare expertkunskap tillföras delbetänkandet eftersom med längre och större IT och strömvabrott i krissituationer skapas större problem än vad delbetänkandet tagit höjd för.

Kostnadsfördelning

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. 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. 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. För att åstadkomma en utökad lagerhållning av sådana sjukvårdsprodukter som krävs i kris och krig för sådan vård som inte kan anstå föreslår utredningen en ny lag om lagerhållningsskyldighet. Vidare innehåller lagen en skyldighet för kommuner och regioner att säkerställa att det i Sverige lagerhålls andra sjukvårdsprodukter för sådan vård. Utredningen har föreslagit att lagerhållningen i grunden ska motsvara en nivå som motsvarar sex månaders normalomsättning men att regeringen ska kunna föreskriva om särskilda mängder för vissa produktområden. Utredningen anser att staten ska ersätta kommuner, regioner och berörda privata aktörer för sådana kostnader som lagerhållningen i form av omsättningslager är förknippad med. Det bör därför vara den genomsnittliga historiska förbrukningen av en sjukvårdsprodukt som utgör grund för en lagerhållningsskyldighet. Punkt 9.4.1 på sidan 522 beskriver att det bör vara den genomsnittliga historiska förbrukningen av en sjukvårdsprodukt som utgör grund för en lagerhållningsskyldighet enligt avsnitt 9.4.1. Det är en utmaning i remissyttrandet då pandemin Covid-19 påkallade ytterligare personliga skyddsutrustningar som tidigare användes mycket sparsamt.



Historisk förbrukning av personlig skyddsutrustning blir då missvisande. Utgångsläget blir i remissyttrandet att förslå beräkning utifrån ett krisläge inte ett tidigare inköpssnitt. Det vitsordar även utredningen om på sidan 533.

Kommuner, regioner och företag behöver ersättas för de kostnader som uppstår i samband med lagerhållningsskyldigheten. Att kommuner och regionerna enligt lag blir skyldiga att lagerhålla produkter är ett nytt åtagande och utredningen bedömer i denna del att förslaget ska botten finansieras enligt finansieringsprincipen. Ersättningen ska inkludera direkta lagerhållningskostnader inklusive driftkostnader samt kapital för att möjliggöra inköp av de fastställda produkterna.

Utredningen föreslår under punkten 9.2.4 att regeringen ska förskriva om vilka omsättningsbara sjukvårdsprodukter som ska omfattas av lagringsskyldighet enligt den nya lagen. Förteckningar över sådana produkter kan sedan beslutas som bilagor till en förordning.

Uppgifter om lagersaldo för läkemedel E-hälsomyndigheten uppskattar kostnaden för utveckling av ett system för att samla in lagersaldo från partihandel, apotek och sjukvård (inklusive kommunala sjukvårdsinrättningar) initialt till 3–5 miljoner kronor och därefter en driftkostnad på 1–2 miljoner kronor per år. Det som driver E-hälsomyndighetens kostnader är antalet uppgiftslämnare, komplexiteten i insamling, sammanställning och kvalitetsgranskning.

Utredningen bedömer att det kommer att innebära nya kostnader eller ökade kostnader för kommunerna beroende på utgångsläget. Det gäller kostnader för investeringar ibland annat IT eller lokaler men även kostnader för driften. Utredningen anser att staten behöver stödja kommunernas uppbyggnad av rapporteringssystem med hjälp två statliga stöd, dels ett investeringsstöd för de investeringar som kommer att vara nödvändiga för ändamålet, dels en ersättning för driftkostnader i form av en höjning av det generella statsbidraget.

Utredningen föreslår att staten ersätter kommunernas kostnader som följer av förslaget under punkten 7.1 om en månads lagerhållning via det generella statsbidraget till kommunerna. Detta eftersom utredningens förslag om en månads lagring innebär ett förtydligande och ambitionshöjning inom ramen för gällande skyldigheter ska denna enligt den kommunala finansieringsprincipen finansieras av staten. Utredningen föreslår under punkten 9.3.2 att kommuner och regioner ska vara skyldiga att lagerhålla vissa sjukvårdsprodukter som omfattas av lagringsskyldighet. Det är regeringen som föreskriver vilka produkter som ska lagerhållas och för detta transfererar staten bidrag till kommunerna och regionerna. Detta redovisas närmare under punkten 16.7.5 på sidan 1193.

Kommunens skyldighet att hålla sådana lager begränsas dock till att den inte får överstiga en månads normalförbrukning i kommunen.

Erfarenheter från Covid-19

Begränsningar i lagerhållning på produkter i statliga lager beskrivs under punkten 8.5 sidan 389. Vad som i övrigt sägs för läkemedel gäller dock allmänt även för medicintekniska produkter. Det är inte säkert att de hållbarhetstider som anges på produkterna i alla fall är detsamma som produktens verkliga hållbarhet och en längre hållbarhet skulle underlätta lagerhållning. Det är förvisso riktigt men erfarenheten från pandemin Covid-19 visar att det finns en kravställning från kommunala skyddsombud som i enstaka fall begärt skyddsstopp hos Arbetsmiljöverket på godkända nitrilhandskar där hållbarhetstiden inte löpt ut genom osäkerhet om godkännande för själva handsken fanns. Av lagen ska också framgå, se punkt 9.2.3 sidan 485, att lagerhållningsskyldighet inte ska gälla för medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning med kortare hållbarhetstid än 24 månader. De produkter som är personlig skyddsutrustning och som under Corona pandemin har haft stor användning, t.ex. skyddshandskar, visir och skyddsglasögon, har genomgående hållbarheter från 24 månader och uppåt. Så beskrivs punkten 9.2.3 Sid 489. Den erfarenheten kommunerna har är att hållbarhetstiden är under 24 månader vilket gör påståendet om lång hållbarhet inte är korrekt. Det



skulle i praktiken innebära att bland annat munskydd inte kan lagras i statliga lager. I de fall hållbarhetstiderna är kortare än 24 månader på munskydd och hållbarhetstiden löpt ut då behöver arbetsmiljöverket ges instruktioner att bortse från skyddsstoppsbegäran från skyddsombud så uthämtning av produkterna från statliga beredskapslager kan ske. Erfarenhet sedan tidigare skulle visa att den personliga skyddsutrustningen ändå inte skulle kunna användas då skyddsombud inte accepterat utgången personlig skyddsutrustning. Anledning till att de fortfarande kan vara användbara redovisas under punkten 9.8.2 sidan 569.

Sjukvårdsprodukter har som tidigare beskrivits i regel fastställda hållbarhetstider eller datum de ska användas före. Sådana datum finns av kvalitets- och patientsäkerhetsskäl men behöver med nödvändighet inte vara satta utifrån vad som är produktens faktiska kemiska, mikrobiologiska, tekniska stabilitet eller hållbarhet. Hållbarhetstider anges i allmänhet utifrån de studier tillverkaren eller den som har tillstånd till försäljning validerat och dokumenterat hållbarheten.

Det är inte enbart pandemier som riskerar utmana vårt skydd mot bland annat smitta. Vid en terrorhändelse eller ett krig kan inte uteslutas att biologiska, kemiska eller för den delen nukleära vapen kommer att användas. Därmed krävs också förmåga att skydda befolkningen mot sådana hot. Utrustning för att möta sådana hot har, såväl vad gäller personlig skyddsutrustning, sjukvårdsmateriel och läkemedel, inte någon större omsättning i vardagen varför den behöver lagras i statliga säkerhetslager. Sidan 417.

Under punkten 12.3.3 beskrivs behov av nationell lägesbild efter erfarenheter av covid-19 Under hanteringen av utbrottet av covid-19 år 2020 stod det klart att det finns brister i hälso- och sjukvårdens lagerhållning av och försörjning med sjukvårdsprodukter i Sverige. Särskilt uppmärksammas var bristen på personlig skyddsutrustning och läkemedel för intensivvård.

Vad gäller sjukvårdsprodukter som inte är läkemedel finns en större samsyn om att det har förekommit betydande utmaningar i försörjningen med vissa produkter, till exempel personlig skyddsutrustning i form av andnings- och munskydd, viss förbrukningsmateriel till ventilatorer samt handsprit. Det har också förekommit risk för kritisk brist på vissa artiklar till exempel nitrilhandskar under pandemin Covid-19 vilket också redovisas under punkten 8.4 sid 384.

Kommuner och regionerna är för sina inköp bundna i avtal för olika sjukvårdsprodukter. Det innebär att så länge dessa leverantörer kan leverera, ska regionerna också avropa på befintliga avtal. Det kan också finnas skäl för staten att t.ex. tillåta användning av vissa produkter trots att de har passerat den tid som tillverkaren angett som den tänkta användningstiden. Sådana beslut bör i så fall grunda sig på data från test eller provning av sådana lagerhållna artiklar, punkten 10.8.5 sidan 710.

Risk situationer

För kommuner och regioner regleras ansvaret för krisberedskapen i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH sidan 1300, samt förordningen (2006:637) med samma namn, i det följande förkortad FEH. Där anges vilka åtgärder kommuner och regioner ska vidta inför och vid fredstida krissituationer men även inför höjd beredskap. Bestämmelserna i lagen syftar till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred. Här har Länsstyrelsen redan ett särskilt ansvar för att följa upp kommunernas tillämpning av LEH.

För de situationer när resursbristen blir så påtaglig att prioriteringar behöver göras på nationell nivå behöver det finnas mandat för en statlig myndighet, enligt utrednings delbetänkande Socialstyrelsen, att besluta om vilka verksamheter som ska prioriteras och vid behov om att tillgängliga produkter inom offentliga verksamheter ska omfördelas till sådana verksamheter. Socialstyrelsen är redan i dag bevakningsansvarig myndighet och har enligt myndighetens instruktion ansvar för att på regeringens



uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med sjukvårdsprodukter inför höjd beredskap och för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Utredningen föreslår att den bestämmelsen i myndighetens instruktion ändras så att uppgiften ska gälla löpande och inte bara efter beslut av regeringen. Det medverkar till att kontinuiteten bibehålls. De nya bestämmelserna om lagerhållningsskyldighet för normala förhållanden föreslås införas för regionernas del, som ett nytt kapitel 8 kap. 11 § HSL, och för kommunerna som en ny 12 kap. 7 § HSL.

Under punkten 12.5.2 sidan 858 beskriver ett igenkännbart scenario. När marknadspriset i krislägen är högre än det reglerade priset finns en risk att säljarna hellre säljer till andra marknader än den svenska om de inte ges möjlighet att höja priset närmare marknadsvärdet. För att motverka detta måste det finnas omvärldsbevakning och säljarna behöver vara bundna av någon form av leveransskyldighet. Det finns flera tidigare exempel på att sjukvårdsprodukter som varit beställda av svenska köpare men som befunnit sig i lager utomlands i stället har sålts till andra länder som betalat mer för produkterna. Prisreglering med stöd av prisregleringslagen kan vara användbart, framför allt på produkter som redan finns i Sverige, men behöver övervägas noggrant eftersom det kan få konsekvenser för den fortsatta tillgången till produkterna på marknaden. Detta är en viktig sak enligt yttrandet att ta hänsyn till.

Jodtabletter

Utredningen har också haft i uppdrag att se över hanteringen av jodtabletter inom ramen för kärnenergiberedskapen. Jodtabletter ska intas som en förebyggande hälsoskyddsåtgärd i händelse av en radiologisk nödsituation vid en kärnteknisk anläggning. Under punkten 6.3.3 sidan 314 beskrivs att Strålsäkerhetsmyndigheten har snabb tillgång till läkemedel innehållande kaliumjodid till allmänheten, så kallade jodtabletter, är avgörande för att begränsa vissa skador som kan uppkomma genom joniserande strålning men att dessa också behöver snabbt kunna distribueras.

Utredningen har i denna del konstaterat att länsstyrelserna som har ansvar för att planera för åtgärder inför och i samband med en radiologisk nödsituation kan låta utdela jodtabletter via öppenvårdsapotek vilket är det remissvaret också förordar.

Andreas Witt
Socialchef
Nordmalings kommun