

Sektionen för hälso- och sjukvård  
Hasse Knutsson  
Sektionen för socialtjänst  
Eva Sahlén

Socialdepartementet  
103 33 STOCKHOLM

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

### Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ser i allt väsentligt positivt på de av utredningen presenterade förslagen för att uppnå en stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. SKR vill framhålla angelägenheten av det arbete som sedan flera år drivs av Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap. Pandemin har synliggjort betydelsen av att bygga en långsiktigt hållbar beredskap i hela det svenska samhället, inte minst inom hälso- och sjukvården och omsorgen som har utsatts för utdragna och avsevärda prövningar. De presenterade förslagen avser att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera ett brett spektra av olika typer av kriser i fredstid och krig.

Utredningen föreslår att det införs en ny 5 kap. 9 § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (2017:30) som anger att hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig ska ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. SKR finner det emellertid inte rimligt att i förslagen lagtext använda skrivningen att hälso- och sjukvård *ska i krig ha kapacitet att* utföra vård som inte kan anstå. En sådan skrivning ställer oerhört höga krav på både kommuner och regioner. Mot denna bakgrund föreslår SKR följande alternativ till ny 5 kap. 9 § HSL. ”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.”

SKR är tveksam till förslaget att det införs en möjlighet för regeringen att delegera föreskriftsrätten avseende hälso- och sjukvården i krig till Socialstyrelsen. Enligt SKR är det emellertid regeringen som lämpligen äger föreskriftsrätten som möjliggör synnerligen ingripande åtgärder i hälso- och sjukvården och därmed är det regeringen som också får ta ansvar för uppkomna konsekvenser till följd av denna föreskriftsrätt.

SKR ställer sig heller inte bakom förslaget som handlar om bemyndigandet i 6 kap. 2 § 3 utökas till att även avse hälso- och sjukvård i fredstida kriser och inte bara katastrofmedicinska insatser. Socialstyrelsen skulle således få möjlighet att i fredstid besluta om omfördelning av resurser mellan regioner eller kommuner. SKR vill framhålla att om det uppkommer brist på resurser i fredstid ska regioner och kommuner i linje med ansvarsprincipen och det kommunala självstyret lösa detta inom ramen för sina vanliga strukturer och processer. SKR vill också lyfta fram att Utredningen om

hälso- och sjukvårdens beredskap kommer i sitt slutbetänkande i februari 2022 att lägga förslag som rör bl.a. frågor om vem som fattar beslut om omfördelning av resurser inom hälso- och sjukvården i fredstida kriser och krig. Enligt SKR bör regeringen avvakta detta utredningsresultat innan slutligt förslag läggs om ändrad lagstiftning i detta sammanhang.

Utredningen föreslår ett förtydligande i HSL med följande lydelse. ”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.” Enligt SKR bör det föreslagna lagkravet emellertid avgränsas med ett tillägg som avspeglar verksamhetens uppdrag. En lämplig avgränsning kan vara att ange att ”*de sjukvårdsprodukter och den övriga* utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges inom verksamhetens uppdrag.”

SKR ser positivt på att det införs en ny bestämmelse i 8 kap. HSL som anger att regionen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för god vård som regionen ska erbjuda enligt denna lag. En motsvarande bestämmelse ska införas i 12 kap. HSL avseende kommunens lagerhållning. Förslaget avser omsättningsbara sjukvårdsprodukter som används i hälso- och sjukvården i vardagen.

SKR ställer sig bakom utredningens förslag att lagerhållningsskyldigheten ska avgränsas till att omfatta sjukvårdsprodukter som används vid utförande av hälso- och sjukvård, vård som inte kan anstå, vid fredstida kris och vid krig.

SKR avstyrker utredningens förslag att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att skapa en nationell funktion för samordning och inköp av sjukvårdsprodukter som ska träda i funktion när det finns behov av nationellt samordnade inköp för att säkerställa hälso- och sjukvårdens behov i händelse av kris eller krig. Det är inte en ändamålsenlig lösning att Socialstyrelsen ges ett sådant operativt nationellt uppdrag. Detta skulle inte vara i linje med den princip som innebär att den som i normala fall ansvarar för en verksamhet, ansvarsprincipen, har detta ansvar även under en kris- och krigssituation. SKR vill vara tydlig med att det inte handlar om att staten ska detaljstyra eller ta över driftuppgifter som måste eller bör finnas nära verksamheterna. Det finns emellertid ett behov av att berörda myndigheter kan utveckla sin samverkan med regioner och kommuner utifrån regionala och lokala behov och förutsättningar.

Utredningen har presenterat ett omfattande underlag om konsekvenser av framlagda förslag. Enligt SKR bygger emellertid utredningens ekonomiska beräkningar av naturliga skäl på ett antal antaganden som i sin tur utgör osäkerhetsfaktorer. De faktiska kostnader som uppstår för regionerna och kommunerna kan därför avvika från utredningens bedömningar. Därmed finns det en uppenbar risk att det uppstår en icke avsedd kostnadsövertäring från staten till regionerna och kommunerna. Mot denna bakgrund är det enligt SKR nödvändigt att det inrättas en ekonomisk kontrollstation några år efter reformens ikraftträdande för att säkerställa att staten på ett långsiktigt

och hållbart sätt kompenserar regionerna och kommunerna, via det generella statsbidraget, på en korrekt nivå.

## Förbundets ställningstagande

### Inledande kommentar

SKR ser i allt väsentligt positivt på de av utredningen presenterade förslagen för att uppnå en stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Vidare vill SKR framhålla angelägenheten av det arbete som sedan flera år drivs av Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap. Föreliggande delbetänkande har fokus på uppbyggnaden av en stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården vad gäller läkemedel och sjukvårdsmateriel.

Pandemin har synliggjort betydelsen av att bygga en långsiktigt hållbar beredskap i hela det svenska samhället, inte minst inom hälso- och sjukvården och omsorgen som har utsatts för utdragna och avsevärda prövningar. Avsikten med de presenterade förslagen i utredningen är att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera ett brett spektra av olika typer av kriser i fredstid och krig. Det är därför betydelsefullt att staten, kommunerna och regionerna i nära samverkan fortsätter med sina utvecklingsinsatser inom detta område. Vidare finns det ett behov av att statliga myndigheter fortsätter med att utveckla sitt långsiktiga stöd till kommunerna och regionerna. I detta utvecklingsarbete är erfarenheterna av pandemin viktiga att ta tillvara. Därmed kan det svenska samhället få en bättre förmåga för att uthålligt kunna möta kommande kriser.

### 5.4.2 Det införs en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om vård vid fredstida kriser och krig

Utredningen föreslår att det införs en ny 5 kap. 9 § i HSL som anger att hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig ska ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå.

SKR noterar att utredningen har utvecklat resonemanget, i förhållande till utredningens förra delbetänkande, om varför det är motiverat att i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) förtydliga att hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig inte har möjlighet att tillhandahållas på samma sätt och i samma omfattning som i vardagen. I uttrycket vård som inte kan anstå inryms bl.a. sådan vård som har högsta prioritet enligt prioriteringsplattformen. Det är viktigt att poängtera att det är det medicinska behovet av vård som ska styra vårdens prioriteringar.

Utredningen skriver att oavsett vilket begrepp som används i HSL kommer det att uppstå tolkningssvårigheter i vissa fall.

SKR finner det dock inte rimligt att i föreslagen lagtext använda skrivningen att hälso- och sjukvård *ska i krig ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå*. En sådan skrivning ställer oerhört höga krav på både kommuner och regioner. I ett krig kommer det att vara utomordentligt svårt att i alla situationer upprätthålla vård som inte kan anstå. Om ett eller flera sjukhus i en region slås ut kommer detta att vara omöjligt. Att i

fredstid dimensionera sin organisation för att ha kapacitet att under höjd beredskap leverera vård som inte kan anstå innebär väldigt stora krav på redundans för regionen. Detta skulle medföra mycket stora ekonomiska konsekvenser. Ambitionen att hälso- och sjukvården vid höjd beredskap ska prioritera vård som inte kan anstå kan inte kopplas till ett krav på kapacitet i fredstid, vilket den nuvarande skrivningen innebär.

SKR vill också framhålla att 5 kap. HSL handlar om all hälso- och sjukvård i regioner och kommuner, allt från små privata till stora offentliga vårdgivare. Det är dock betydelsefullt att denna komplexitet av olika vårdgivare även återspeglas i den kommande propositionen och vad det kan tänkas betyda för enskilda verksamheter.

Termen ”hälso- och sjukvård” innefattar många olika vårdgivare och utredningens förslag riktar sig till alla, såväl offentliga som privata. De förväntas ha en kapacitet att i fredstida kriser och krig utföra sådan vård som inte kan anstå. Frågan är om det är rimligt att anta att varje vårdgivare kan ges ett sådant ansvar. Mot denna bakgrund föreslår SKR följande alternativ till ny 5 kap. 9 § HSL. ”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 t.ex. ge huvudmännen legala möjligheter att nyttja offentligt finansierade privata vårdgivares kapacitet vid fredstida kriser och krig utan föregående kompletterande upphandling. Ett sådant stöd hade varit en tillgång för att hantera pandemin.

Enligt SKR är det nödvändigt att regeringen nogsamt i den kommande propositionen också redovisar de skäl som ligger till grund för den föreslagna kompletteringen av HSL. Socialstyrelsen har ett angeläget regeringsuppdrag att ta fram uppdaterade mot svarigheter till Vårdprinciper i kris och krig som ska slutredovisas den 30 juni 2022.

SKR efterlyser ett tydligare stöd för att bestämma vilken vård som inte ska bedrivas. Denna fråga aktualiserades våren 2020 då skönhetsoperationer kunde fortsätta att genomföras trots att det var stor brist i Sverige på sövningsmedlet Propofol. Det konstaterades då att det inte fanns något stöd för att förbjuda sådan verksamhet, varken utifrån Socialstyrelsens eller Läkemiddelsverkets föreskrifter eller från staten. Detta behöver klargöras i den fortsatta beredningen av detta ärende.

#### **5.4.3 Ändrat bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård i krig**

SKR är tveksam till förslaget att det införs en möjlighet för regeringen att delegera föreskriftsrätten avseende hälso- och sjukvården i krig till Socialstyrelsen. Det görs genom att bestämmelsen om rätten att meddela sådana föreskrifter om hälso- och sjukvård i krig flyttas, utan ändring i sak, från 6 kap. 1 § HSL till 6 kap. 2 § 4 samma lag. Förslaget behandlas ytterligare i kap 12.4.9. Enligt SKR är det emellertid regeringen som lämpligen äger föreskriftsrätten som möjliggör synnerligen ingripande åtgärder i

hälso- och sjukvården och därmed är det regeringen som också får ta ansvar för uppkomna konsekvenser till följd av denna föreskriftsrätt.

SKR ställer sig heller inte bakom förslaget som handlar om bemyndigandet i 6 kap. 2 § 3 utökas till att även avse hälso- och sjukvård i fredstida kriser och inte bara katastrofmedicinska insatser. Bemyndigandet avser situationer där det i fredstid finns behov av prioritering, ransonering eller omfördelning av resurser.

Socialstyrelsen skulle således få möjlighet att i fredstid besluta om omfördelning av resurser mellan regioner eller kommuner. SKR vill framhålla att om det uppkommer brist på resurser i fredstid ska regioner och kommuner i linje med ansvarsprincipen och det kommunala självstyret lösa detta inom ramen för sina vanliga strukturer och processer. Erfarenheterna från pandemin har också visat på en omfattande förmåga hos regionerna att ha ett uthålligt och bra samarbete vad gäller t.ex. IVA-platser.

Ytterligare exempel på samordning som fungerat väl under pandemin är den struktur för samverkan som byggts upp inom läkemedelsområdet där regionerna på grund av brist på sövningsmedlet Propofol gemensamt tog fram rekommendationer samt prioriterings- och fördelningsprinciper för att läkemedlet skulle göras tillgängligt för alla regioner utifrån behov.

SKR ser ett behov av att berörda statliga myndigheter i fredstid stödjer och utvecklar sin samverkan med regioner och kommuner istället för att ta över operativa uppgifter. Stöd från statliga myndigheter bör exempelvis underlätta det operativa arbetet. Det kan handla om bl.a. nödvändiga dispenser från produktstandarder, snabbspår för att testa/godkänna alternativ till prioriterade produkter eller information om substitut till sådana produkter. Det finns även ett behov av regelverk som underlättar för kommuner och regioner att, i samband med fredstida kriser, sinsemellan köpa och sälja nödvändiga varor och tjänster samt även avyttra dem till privata huvudmän.

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap kommer i sitt slutbetänkande i februari 2022 att lägga förslag som rör bl.a. frågor om vem som fattar beslut om omfördelning av resurser inom hälso- och sjukvården i fredstida kriser och krig. SKR anser att regeringen bör avvakta detta utredningsresultat innan slutligt förslag läggs om ändrad lagstiftning i detta sammanhang.

Enligt SKR bör det vid fredstida kriser finnas en flexibilitet för regioner och kommuner att själva ha en i lag reglerad befogenhet att besluta om omfördelning av resurser med hänsyn till rådande omständigheter.

### **7.1.3 Vårdgivarnas ansvar för tillgång till förnödenheter**

Utredningen föreslår att den befintliga bestämmelsen i 5 kap. 2 § HSL, avser regioner, kommuner och privata vårdgivare, förtydligas så att det framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de läkemedel, de blodprodukter, de medicintekniska produkter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

SKR noterar dock att det förslag som lämnas till förtydligande i lagtexten har en något annorlunda utformning och lyder som följer: ”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.” Vidare noteras att förslaget till författningskommentar har skrivningar som inte helt återspeglar förslaget till lag.

Enligt SKR bör det föreslagna lagkravet emellertid avgränsas med ett tillägg som avspeglar verksamhetens uppdrag. En lämplig avgränsning kan vara att ange att ”*de sjukvårdsprodukter och den övriga* utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges *inom verksamhetens uppdrag*.” T.ex. kan en optiker inte förväntas ha motsvarande ”utrustning” som en vårdcentral och en vårdcentral kan heller inte förväntas ha motsvarande utrustning som finns på ett sjukhus.

Regeringen behöver i den fortsatta beredningen av detta ärende se över förslaget till förtydligande i HSL samt säkerställa att det också återspeglas i författningskommentarerna och i propositionstexten. Det kan noteras att den definition av sjukvårdsprodukt som finns i förslaget till lag om lagerhållningsskyldighet för sjukvårdsprodukter har följande lydelse. ”Med sjukvårdsprodukt avses läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning, livsmedel för speciella medicinska ändamål och tillverkningsmaterial.”

#### **7.1.4 Krav på kommuner och regioner att ha utökad lagerhållning**

SKR ser positivt på att det införs en ny bestämmelse i 8 kap. HSL som anger att regionen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för god vård som regionen ska erbjuda enligt denna lag. Regeringen får, enligt förslaget, meddela närmare föreskrifter om lagerskyldighetens innehåll och omfattningen. Sådana föreskrifter får dock inte medföra krav om lagerhållning som överstiger en månads normalförbrukning i regionen. En motsvarande bestämmelse ska införas i 12 kap. HSL avseende kommunens lagerhållning. Förslaget avser omsättningsbara sjukvårdsprodukter som används i hälso- och sjukvården i vardagen.

Enligt SKR bör det vara möjligt för kommunerna att lagerhålla hos tredjepartslogistiker, inköpscentraler, kommunalförbund, hos en annan region eller kommun, eftersom det inte alltid torde vara kostnadseffektivt att kräva att varje enskild kommun har ett eget lager. För regionerna bör det också finnas möjligheter att lagerhålla hos en distributör.

SKR vill betona nödvändigheten av att Socialstyrelsen samverkar med regioner och kommuner i det kommande arbetet med att ta fram underlag om innehållet och omfattningen av den föreslagna lagringsskyldigheten.

#### **7.3 Ökad hemberedskap**

Utredningen bedömer att kroniskt sjuka med en stabil läkemedelsbehandling bör ha tillgång till läkemedel för minst en månads förbrukning i hemmet, förutsatt att detta

inte medför patientsäkerhetsrisker. Motsvarande bör gälla för andra sjukvårdsprodukter som patienten behöver för egen behandling.

SKR vill poängtera vikten av att kraven på patientsäkerhet ska tillgodoses. Ytterst har ansvarig förskrivare att bedöma hur mycket läkemedel en patient kan ha i sitt hem.

### **9.1.1 Övergripande avgränsning av vad som ska lagerhållas**

SKR ställer sig bakom utredningens förslag att lagerhållningsskyldigheten ska avgränsas till att omfatta sjukvårdsprodukter som används vid utförande av hälso- och sjukvård, vård som inte kan anstå, vid fredstida kris och vid krig.

### **9.2.4 Regeringen föreskriver om vilka omsättningsbara sjukvårdsprodukter som ska omfattas**

Utredningen föreslår att det i lag ska införas ett bemyndigande för regeringen att förskriva om vilka omsättningsbara sjukvårdsprodukter som ska omfattas av lagringskyldighet, som motsvarar sex månaders förbrukning.

SKR vill framhålla att i det kommande arbetet med att ta fram förteckningar över dessa produkter är det nödvändigt att detta sker i nära samverkan med regioner och kommuner, eftersom det krävs god expertkunskap och god kännedom om aktuella förhållanden inom området.

Ett införande behöver också ske under rimlig tid för att inte riskera att en uppbyggnad av omsättningslager i själva verket skapar en brist på de produkter som omfattas av lagerhållningsskyldighet. Frågan om ökad beredskap diskuteras inte bara i Sverige vilket gör att konkurrensen om produkter för ökad lagerhållning inte bara omfattar den nationella nivån utan kommer att påverka tillgången globalt.

### **9.3.1 Läkemedel**

SKR ser positivt på förslaget att den som innehar ett godkännande för försäljning av ett läkemedel ska lagerhålla läkemedel som säljs med stöd av enbart godkännandet. Vad gäller parallellhandlade läkemedel ska den som parallellimporterar eller parallell-distribuerar ett läkemedel till Sverige vara skyldig att lagerhålla läkemedel som importerats eller distribuerats på det sättet. Vidare ska den som till Sverige för in ett läkemedel som kan säljas här med stöd av licens vara skyldig att lagerhålla sådana läkemedel som kan säljas med stöd av licens.

### **9.3.2 Sjukvårdsprodukter som inte är läkemedel**

SKR ställer sig bakom förslaget att regioner och kommuner ska vara skyldiga att lagerhålla medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning och livsmedel för speciella medicinska ändamål. Det bör framhållas att produktlistor behöver hållas på en generisk nivå eftersom det i flera fall saknas standarder eller finns flera olika produkter som fyller samma behov. Exempelvis är det viktigt att reservdelar till medicinteknisk utrustning passar berörd utrustning. Det här förhållandet innebär såklart att

omfördelning av produkter i samband med bristsituationer är utmanande. Det är angeläget med ett långsiktigt arbete för att standardisera de prioriterade produkterna.

Vidare är det särskilt viktigt att lyfta fram att regionerna och kommunerna kan överlåta åt någon annan att utföra själva lagerhållningen. Huvudmännen har således möjligheter att sluta avtal med t.ex. en leverantör, en annan kommun eller region eller en inköpscentral om att lagerhålla en viss mängd sjukvårdsprodukter.

### **11.3 Operativa inköp**

SKR avstyrker utredningens förslag att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att skapa en nationell funktion för samordning och inköp av sjukvårdsprodukter som ska träda i funktion när det finns behov av nationellt samordnade inköp för att säkerställa hälso- och sjukvårdens behov i händelse av kris eller krig.

Enligt utredningen ska en sådan funktion inte ta över alla inköp till hälso- och sjukvården utan ansvara för sådana produkter där det finns behov av nationell samordning. Förslaget innebär vidare att funktionen bör kunna förstärkas med kompetens från bl.a. regionerna. Genom att en statlig myndighet ansvarar för uppdraget sker inköpen för statens räkning och produkterna kan fördelas till olika aktörer utifrån behov.

SKR ser i likhet med utredningen att det är angeläget att stärka förmågan att göra operativa inköp under kris och krig. Enligt SKR:s uppfattning är det emellertid inte en ändamålsenlig lösning att staten, Socialstyrelsen, ges ett sådant operativt nationellt uppdrag. Detta skulle inte vara i linje med den princip som innebär att den som i normala fall ansvarar för en verksamhet, ansvarsprincipen, har detta ansvar även under en kris- och krigssituation.

För att klara av att hantera komplexa försörjningsfrågor som rör inköp, logistik, lagring och distribution m.m. av läkemedel och sjukvårdsmateriel under kris och krig krävs det en synnerligen väl utrustad kompetens och erfarenhet samt god kunskap om gällande regelverk och leverantörskontakter som regionerna, kommunerna och Adda inköpscentral besitter till skillnad mot Socialstyrelsen.

Om Socialstyrelsen ges en helt ny driftoperativ roll torde det uppstå en rad olika problem. Ett dilemma blir t.ex. att hantera gränsdragningsproblem och tolkningsfrågor vad gäller vilka inköp staten ska göra och vilka inköp som regionerna och kommunerna ska göra då vissa verksamheter är berörda direkt av en pågående kris medan andra verksamheter fungerar mer som normalt. Om en ny aktör kommer in på en marknad där regionerna och kommuner redan köper för normalförsörjningen i vardagen finns också en risk för undanträngningseffekter. Parallella inköpsvägar skapar oklarheter och försämrar hälso- och sjukvårdens förmåga att på ett robust och effektivt sätt hantera försörjningsfrågor i kris och krig.

SKR förordar i stället en lösning som innebär att berörda myndigheter stödjer regioners och kommuners arbete med att förbättra förmågan att göra operativa inköp



under kris och krig utifrån den princip som innebär att den som i normala fall ansvarar för en verksamhet har detta ansvar även under en kris- och krigssituation.

Regionerna och kommunerna samarbetar i olika konstellationer i frågor om inköp utifrån sina behov. Adda, f.d. SKL Kommentus, stödjer bl.a. kommuner och regioner med strategisk försörjning av varor, tjänster och kompetens genom att bl.a. erbjuda ramavtal och utbildningar. Adda inköpscentral har bl.a. uppdraget att upphandla och förvalta ramavtal för de vacciner som ingår i Sveriges barnvaccinprogram. Vidare kommer Adda under året även överta upphandlingen och ramavtalsförvaltningen av i stort sett samtliga vacciner som regionerna erbjuder (förutom Covid-vaccinerna). I vissa ramavtal regleras att leverantörerna har ett säkerhetslager och vid en brist så kommer diskussion om prioritering att tas upp med en särskild grupp. Ifråga om det nationella barnvaccinprogrammet har även Folkhälsomyndigheten en roll. Det här är en modell som skulle kunna överföras till fler för försörjningsberedskapen prioriterade produktområden.

Adda inköpscentral har under pandemin, fr.o.m. maj 2020, haft en viktig roll genom att försörja i synnerhet kommunernas omsorgsverksamheter med personlig skyddsutrustning men även snabbtester åt regionerna. Inköpscentralen och SKR håller även i en samordning där regionernas inköpsdirektörer deltar för att diskutera behov, omfördelning och lösa gemensamma utmaningar i varuförsörjningen.

För att säkra tillgången till de mest kritiska läkemedlen för behandling av covid-19 gick regionerna under pandemin tillsammans och gjorde inköp av ett stort antal läkemedel utifrån behov och tillgång. Modellen som byggdes upp under pandemin fungerade väl för att öka trygghet och skapa en buffert av kritiska läkemedel och visar att regionerna har förmåga att hantera gemensamma inköp för regionernas behov.

Det är sammanfattningsvis ingen rimlig väg framåt att i en krissituation överlåta rollen som regionerna, kommunerna och Adda inköpscentral har under normala tider till Socialstyrelsen. De som är experter på varuförsörjning i sådana tider är det också under kristid. Det bör däremot etableras ett samarbete mellan regionerna, kommunerna, Adda och Socialstyrelsen för att underlätta upphandling och hantering av nationella avtal under kris.

SKR vill vara tydlig med att det emellertid inte handlar om att staten ska detaljstyra eller ta över driftuppgifter som måste eller bör finnas nära verksamheterna. Vidare vill SKR framhålla angelägenheten av att Försvarsmaktens behov av inköp behöver tillgodoses under krig utan att staten tar över kommunernas och regionernas operativa inköp under kris och krig. SKR ser också ett behov av att berörda myndigheter kan utveckla samverkan med regioner och kommuner utifrån regionala och lokala behov och förutsättningar.

### **12.3 Nationell lägesbild över tillgången på läkemedel och medicintekniska produkter**

SKR ställer sig bakom utredningens förslag att det ska införas ett system för att ta fram nationella lägesbilder över tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter i Sverige. Det behövs emellertid i den fortsatta beredningen av detta ärende lämnas ett klargörande om även privata vårdgivare omfattas av detta förslag. Det behöver också säkerställas att framtagna lägesbilder kan delas med aktörer med driftsoperativt ansvar. Under den pågående pandemin har en återkommande problematik varit att data som samlas in av Socialstyrelsen, länsstyrelserna och andra aktörer inte kunnat delas med kommuner och regioner med hänvisning till sekretess något som försvårat samverkan och fördröjt stöd, inte minst till kommunerna. Läkemedelsverket föreslås få i uppdrag att upprätta och förvalta en samlad nationell lägesbild över tillgång, lokalisering och förbrukning av läkemedel och medicintekniska produkter. SKR vill understryka att ett system för en samlad nationell lägesbild behöver omgärdas av högt ställda krav på informationssäkerhet, säkerhetsskydd och kontinuerlig drift. Detta behöver säkras i den fortsatta beredningen.

Enligt SKR bör även prioriterat sjukvårdsmateriel, t.ex. personlig skyddsutrustning, omfattas av den nationella lägesbilden och att leverantörerna av dessa produkter är skyldiga att redogöra för produkternas ursprung. Det är viktig information för att fastställa Sveriges sårbarhet inför eventuella importstopp eller annan global bristsituation.

För att möjliggöra nationella lägesbilder införs i lag en skyldighet för den som bedriver partihandel med läkemedel i Sverige, den som bedriver detaljhandel med läkemedel till konsument från öppenvårdsapotek, regioner och kommuner att lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten. Uppgiftsskyldighet för regioner ska också avse läkemedel som finns i läkemedelsförråd hos kommunerna.

Det är positivt med en ökad överblick över tillgången på läkemedel men många regioner saknar system för att ha kontroll på mängden läkemedel och var de är tillgängliga. Vidare bör det övervägas hur ett system för nationell lägesbild ska byggas upp och på vilken detaljnivå. De produkter som finns nära verksamheten omsätts snabbt och frågan är vad en ögonblicksbild tillför. Det behöver också övervägas om detta är uppgifter Läkemedelsverket ska kunna ha tillgång till i varje ögonblick eller om det ska byggas ett system där de kan begära in uppgifter vid särskilda tidpunkter/händelser.

SKR delar även utredningens bedömning att det ännu inte går att kräva in uppgifter om medicintekniska produkter från regioner och kommuner, eftersom det krävs mer omfattande utveckling på det området för att skapa underlag för en nationell lägesbild. Regioner och särskilt kommuner saknar i stor utsträckning idag sådana system. I utvecklingen av strukturer som kan göra detta möjligt är det angeläget att ansvarig myndighet samråder med kommuner och regioner för att skapa ett så resurseffektivt system som möjligt.

### **12.5.6 Regionernas ansvar för hela sjukvårdens försörjning**

Utredningen konstaterar att den uppdelning som finns i lagen om handel med läkemedel mellan sjukhusens läkemedelsförsörjning och försörjning av enheter utanför sjukhus via öppenvårdsapotek inte är ändamålsenlig. Vidare finns det hinder för regionerna att stödja varandra vad avser beredningsverksamhet och detta utgör en sårbarhet.

SKR välkomnar därför utredningens förslag att frågan om en sammanhållen försörjning av hälso- och sjukvården och hur regionerna kan stödja varandra i beredningsverksamheten bör utredas vidare. Även om utredningen enbart lyfter fram området läkemedel i detta avsnitt anser SKR att det också finns behov av att belysa möjligheterna för regioner och kommuner att stödja varandra avseende medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning.

### **13.3 Beredskapsapotek**

SKR ser positivt på utredningens förslag att vissa öppenvårdsapotek ska få i uppdrag att vara beredskapsapotek. Dessa ska inrättas med lämplig geografisk spridning över hela landet och de ska säkerställa att allmänheten har tillgång till läkemedel även vid fredstida kriser och vid krig.

Enligt SKR behöver kommuner och regioner ges möjlighet att medverka i arbetet med att tillsammans med bl.a. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ta fram underlag om var i landet det bör finnas beredskapsapotek. Därmed säkerställs att de lokala och regionala behoven tydliggörs. Utredningen har i sitt förslag emellertid endast fokuserat på statliga myndigheters medverkan i detta beredningsarbete.

## **16 Konsekvenser av utredningens förslag**

### **16.6.1 Krav på vården**

#### **Sammantagna kostnader och konsekvenser för regionerna av ett grundläggande för- mågekrav**

Utredningens förslag om en i vardagen förstärkt patientnära lagerberedskap i regionerna innebär sammanlagt en kostnad på 917 miljoner kronor i direkta lagerhållningskostnader inklusive driftkostnader och 2,16 miljarder i utgifter till följd av inköp av läkemedel och övriga sjukvårdsprodukter under perioden 2023–2035. Baserat på lagerräntan beräknas kapitalbindningskostnader till följd av lagrade tillgångar till 1,5 miljarder kronor över tidsperioden.

SKR vill tydligt understryka utredningens bedömning att förslaget om en månads lagerhållning innebär att staten gör en ambitionshöjning inom ramen för gällande skyldigheter och därmed ska kostnaderna för denna höjning finansieras av staten i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen.

Utredningen har presenterat ett omfattande underlag om konsekvenser av framlagda förslag. Enligt SKR bygger emellertid utredningens beräkningar av naturliga skäl på

ett antal antaganden som i sin tur utgör osäkerhetsfaktorer. De faktiska kostnader som uppstår för regionerna kan därför avvika från utredningens bedömningar. Därmed finns det en uppenbar risk att det uppstår en icke avsedd kostnadsöverväldning från staten till regionerna i arbetet med uppnå en månads lagerhållning av sjukvårdsprodukter. Mot denna bakgrund är det enligt SKR nödvändigt att det inrättas en ekonomisk kontrollstation några år efter reformens ikraftträdande för att säkerställa att staten på ett långsiktigt och hållbart sätt kompenserar regionerna, via det generella statsbidraget, på en korrekt nivå.

### **Sammantagna kostnader och konsekvenser för kommunerna av en förstärkt patientnära beredskap**

Utredningen bedömer att värdet på kommunernas inköp av tillgångar till cirka 51 miljoner kronor över tidsperioden 2023–2035, lagerhållningskostnader till 24 miljoner kronor och löpande driftkostnader till 110 miljoner kronor.

SKR anser i likhet med utredningen att staten, via det generella statsbidraget, ska finansiera de direkta lagerhållningskostnaderna inklusive löpande driftkostnader för att uppnå en månads lagerhållning av sjukvårdsprodukter. De beräknade kostnaderna för kommunerna baseras, liksom för regionerna i föregående kapitel, på ett antal osäkerhetsfaktorer. Det tillgängliga beräkningsunderlaget grundas på lagerhållningskostnader i de två kommunerna Västerås och Eskilstuna. Även för kommunerna finns det således en uppenbar risk att de inte kompenseras fullt med statlig ersättning för att uppnå och hålla en månads lager av sjukvårdsprodukter. Enligt SKR är det därför nödvändigt att den i föregående kapitel föreslagna kontrollstationen även omfattar kommunerna. Det är angeläget att säkerställa att staten, via det generella statsbidraget, ersätter kommunerna på en rätt nivå.

### **16.6.3 Ökad hemberedskap**

#### **Kostnader för ökad hemberedskap innebär ökade kostnader för regioner och allmänhet**

Utredningen bedömer att för regionerna innebär en ökad hemberedskap, för en månads buffert, höjda kostnader med i genomsnitt 225 miljoner kronor per år för läkemedel och omkring 47 miljoner i genomsnitt per år för förbrukningsartiklar under de första fem åren. Det innebär sammantaget 270 miljoner kronor per år. För läkemedel och andra varor som säljs via öppenvårdsapotek finns ett förmånssystem som innebär att patienten själv betalar en egenavgift medan regionerna står för resterande kostnader.

SKR vill understryka att staten ersätter i sin tur regionerna för deras kostnader i förmånssystemet på statsbudgeten genom anslaget 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna. En del förbrukningsartiklar ligger emellertid utanför förmånssystemet. Detta behöver staten hantera genom att kompensera regionerna genom reglering i den s.k. ”övrigenposten” som är en del i bidraget för läkemedelsförmånerna.

### **16.7.1 Omsättningslagring av läkemedel enligt lag**

#### **Kompensation genom prishöjning ger de bästa förutsättningarna**

Utredningen föreslår att företagen får kompensera sig för de tillkommande kostnader som lagerhållningsskyldigheten på sex månader medför. En bedömning som utredningen gör är att regionernas kostnader därmed årligen ökar med 450 miljoner kronor genom sitt ansvar för kostnaderna för läkemedelsförmånen.

SKR vill tydligt poängtera nödvändigheten av att regionerna fullt ut kompenseras för dessa kostnader av staten genom statsbidraget för läkemedelsförmånen.

#### **Konsekvenser för kommuner och regioner**

Utredningen har inte redogjort för hur regionerna ska kompenseras av staten för företagens tillkommande lagerhållningskostnader för läkemedel som köps in av regionerna.

SKR vill framhålla att regeringen i den fortsatta beredningen av detta ärende behöver säkerställa att regionerna även i detta fall ersätts fullt ut av staten för de lagerhållningskostnader som företagen kompenserar sig för genom att höja priset mot bakgrund av kravet på lagerhållning. Dessa lagerhållningskostnader behöver finansieras av staten i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Enligt SKR behöver även dessa kostnader omfattas av den föreslagna kontrollstationen.

### **16.7.2 Omsättningslagring av licensläkemedel enligt lag**

Det är inte helt tydligt i utredningen om vilka ekonomiska konsekvenser som uppstår för regionerna vad gäller licensläkemedel. SKR förutsätter emellertid att merkostnader för dessa läkemedel som uppstår för regionerna ersätts fullt ut av staten. Det behöver fastställas i den kommande propositionen.

### **16.7.3 Omsättningslagring av läkemedel enligt avtal**

Utredningen föreslår att en myndighet får i uppgift att genomföra upphandlingar av särskilda omsättningslager för läkemedel i PV-systemet (periodens vara). Det avser en omsättningsbaserad lagerhållning som staten förfogar över och som ska användas för framtida kriser och krig.

Enligt SKR är det inte tydligt i utredningen om vad detta kan få för ekonomiska konsekvenser för regionerna. SKR förutsätter dock att om merkostnader uppstår för regionerna ersätts dessa fullt ut av staten. Det behöver framgå i den kommande propositionen.

### **16.7.5 Omsättningslager av sjukvårdsprodukter som inte är läkemedel**

Utredningen föreslår att kommuner och regioner ska vara lagerhållningsskyldiga för sjukvårdsprodukter som inte är läkemedel. Omfattningen på lagringsskyldigheten är sex månader minimilager om inte regeringen föreskriver annat.

SKR delar utredningens uppfattning att de kostnader för denna nya lagerhållningsskyldighet som uppstår för regioner och kommuner ska bottenfinansieras enligt finansieringsprincipen.

Utredningen är tydlig med att det har varit svårt med att få tillgång till information om gällande kostnader för att bygga upp och upprätthålla lager med sjukvårdsmateriel.

SKR delar uppfattningen att det föreligger avsevärda svårigheter med att bedöma korrektheten i uppskattade kostnaderna. Det är därför enligt SKR nödvändigt att det inrättas en ekonomisk kontrollstation också för sjukvårdsmateriel några år efter reformens ikraftträdande för att säkerställa att staten på ett långsiktigt och hållbart sätt kompenserar regionerna och kommunerna, via det generella statsbidraget, på en korrekt nivå.

### **16.10.3 Nationell lägesbild**

#### **Finansiering**

Regioner och kommuner saknar i många fall system för lagerhantering vilket påverkar möjligheterna att rapportera information till Läkemedelsverket i enlighet med utredningens förslag.

SKR ställer sig bakom utredningens förslag att staten lämnar ekonomiskt stöd, investeringsstöd för uppbyggnad av rapporteringssystem och ersättning via det generella statsbidragssystemet för driften av dessa system. Det behöver också utgå ersättning till kommuner och regioner för förvaltning och kontinuerlig utveckling av systemen för lagerhantering. SKR anser att den statliga finansieringen av även detta nya åtagande för regionerna och kommunerna behöver ingå som en del i den föreslagna ekonomiska kontrollstationen, eftersom utredningens beräkningsunderlag är förknippat med osäkerhetsfaktorer.

Sveriges Kommuner och Regioner

Anders Knappe  
Ordförande

*Särskilt yttrande lämnades av Vänsterpartiet, se **bilaga 1***

*Särskilt yttrande lämnades av Kristdemokraterna, se **bilaga 2***