REGERINGSKANSLIET

Remiss

2016-11-17

S2016/07117/SF

Socialdepartementet

Socialförsäkringsenheten

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING
Inkom: 2016 -11- 2 1
Dnr:

Promemorian Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän, JO
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Stockholm
4. Förvaltningsrätten i Falun
5. Justitiekanslern
6. Domstolsverket
7. Datainspektionen
8. Försäkringskassan
9. Socialstyrelsen
10. Inspektionen för vård och omsorg
11. Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering
13. Myndigheten för delaktighet
14. Barnombudsmannen
15. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
16. Inspektionen för socialförsäkringen
17. Statskontoret
18. Karolinska institutet
19. Uppsala universitet
20. Umeå universitet
21. Konkurrensverket
22. Regelrådet
23. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
24. Landstinget i Stockholms län
25. Landstinget i Uppsala län
26. Landstinget i Södermanlands län
27. Landstinget i Östergötland
28. Landstinget i Jönköping län
29. Landstinget i Kronobergs län
30. Landstinget i Kalmar län

Postadress 103 33 Stockholm
Besöksadress Fredsgatan 8
Telefonväxel 08-405 10 00
Telefax 08-723 11 91
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

31. Landstinget i Blekinge län
32. Landstinget i Skåne län
33. Landstinget i Hallands län
34. Landstinget i Västra Götalands län
35. Landstinget i Värmlands län
36. Landstinget i Örebro län
37. Landstinget i Västmanlands län
38. Landstinget i Dalarnas län
39. Landstinget i Gävleborgs län
40. Landstinget i Västernorrlands län
41. Landstinget i Jämtlands län
42. Landstinget i Västerbottens län
43. Landstinget i Norrbottens län
44. Gotlands kommun
45. Handikappförbunden
46. Sveriges Kommuner och Landsting
47. Svenska Läkaresällskapet
48. Föreningen Svenskt Näringsliv
49. Kommunala Företagens Samorganisation
50. Sverige Akademikers Centralorganisation
51. Tjänstemännens Centralorganisation
52. Landsorganisationen
53. Akademikerförbundet
54. Sveriges läkarförbund
55. Svenska Psykiatriska Föreningen
56. Sveriges Psykologförbund
57. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
58. Fysioterapeuterna
59. Kommunal
60. Sveriges Företagshälsor
61. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
62. Reumatikerförbundet
63. Personskadeförbundet RTP
64. De handikappades Riksförbund
65. Intressegruppen för Assistansberättigade (Ifa)
66. Föreningen JAG
67. STIL
68. Vårdföretagarna Almega
69. FAMNA
70. Previa, Manpower Hälsopartner
71. Svenska Rygginstitutet AB
72. Patientförsäkringsföreningen
73. Patientskadenämnden
74. Löf (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag)

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **fredagen den 17 februari 2017**. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se samt s.sf@regeringskansliet.se
I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2016/07117/SF anges.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på promemorian.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta. För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Frågor under remisstiden besvaras av Eva Stina Lönngren
telefon 08-405 44 38 eller eva-stina.lonngren@regeringskansliet.se

En tryckt version av promemorian kommer att skickas till alla remissinstanser inom några veckor.

Therese Karlberg
Departementsråd

Ds 2016:41

Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna

REGERINGSKANSLIET
Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2016

ISBN 978-91-38-24533-0
ISSN 0284-6012

Förord

Denna promemoria har utarbetats av en arbetsgrupp inom Socialdepartementet med uppgift att lämna förslag till ett lagstadgat ansvar för landstingen att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna. Med en försäkringsmedicinsk utredning avses en medicinsk undersökning av en försäkrad som ska kunna utgöra ett underlag för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga i samband med beslut om rätten till ersättning eller förmåner enligt socialförsäkringsbalken.

I promemorian lämnas följande huvudsakliga förslag och bedömningar

- Vid prövning av en försäkrads arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken kan Försäkringskassan som stöd för sitt ställningstagande beställa en försäkringsmedicinsk utredning.
- Landstingen får ett lagstadgat ansvar att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.
- Om ett landsting bedömer att de inte kan göra de försäkringsmedicinska utredningarna kan de sluta avtal med någon annan som kan utföra dem, antingen ett annat landsting eller en privat aktör.
- Försäkringskassan ska fortlöpande bedöma sitt behov av försäkringsmedicinska utredningar och ta fram prognoser över behovet som de presenterar för landstingen.

- Utifrån socialförsäkringsbalken får Försäkringskassan ansvara för att ersätta landstingen för de försäkringsmedicinska utredningar som landstingen utför. Landstingen ska få full ekonomisk kompensation för arbetet med de försäkringsmedicinska utredningarna.

Stockholm den 16 november

Therese Karlberg
Departementsråd/Enhetschef

Innehåll

1 Författningsförslag 7

1.1 Förslag till lag om försäkringsmedicinska utredningar 7

1.2 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken 13

1.3 Förslag till förordning om försäkringsmedicinska utredningar 16

2 Bakgrund 21

2.1 Inledning 21
2.1.1 Från egna sjukhus till överenskommelse 21

2.2 Försäkringsmedicinsk utredning 22
2.2.1 Särskilt läkarutlåtande (SLU) 23
2.2.2 Teambaserad medicinsk utredning (TMU) 23
2.2.3 Aktivitetsförmågeutredning (AFU) 25

2.3 Överenskommelser 26

2.4 Hantering vid handläggning 27
2.4.1 Volymer och kostnader 29

2.5 Problem med nuvarande modell 31
2.5.1 Överenskommelser 31
2.5.2 Oklar reglering 32
2.5.3 Ojämn och liten beställning påverkar kvaliteten 32
2.5.4 Försäkringskassans handläggning 33
2.5.5 Otydlig samarbetsmöjlighet mellan landstingen 33

2.6 Ärendets gång 34

2.6.1 Remissvaren ... 36
2.6.2 Fortsatt arbete ... 39

3 Gällande rätt ... 41

3.1 Inledning ... 41

3.2 Försäkringskassans utredningsplikt och utredningsbefogenheter ... 42

3.3 Förhållandet till hälso- och sjukvårdslagen ... 46
3.3.1 Vad ingår i begreppet hälso- och sjukvård? ... 46
3.3.2 Övrig lagstiftning med koppling till hälso- och sjukvårdslagen ... 47

3.4 Övrig lagstiftning ... 49
3.4.1 Myndighetsutövning ... 49
3.4.2 Behandling av personuppgifter ... 50
3.4.3 Sekretess och tystnadsplikt ... 51
3.4.4 Bestämmelser om objektivitet och jäv ... 54
3.4.5 Möjligheten till samarbete mellan landstingen m.m. ... 55

3.5 EU-rätten ... 58
3.5.1 Inledning ... 58
3.5.2 Statligt stöd ... 59
3.5.3 Begreppet företag ... 60
3.5.4 Begreppet "tjänster av allmänt intresse" ... 61

4 Förslag och bedömningar ... 67

4.1 Val av modell ... 67

4.2 Förslag till lag om försäkringsmedicinska utredningar ... 68
4.2.1 Inledande bestämmelser ... 68
4.2.2 Information till den försäkrade ... 71
4.2.3 Utredningsformer och undersökningsmetoder ... 72
4.2.4 Underlag för utredning ... 74
4.2.5 Landstingets skyldigheter ... 75
4.2.6 Landstingens samverkan ... 75
4.2.7 Verksamheten och dess ledning ... 77
4.2.8 Personalens kompetens och utbildning ... 78

4.2.9 Dokumentation 79
4.2.10 Behandling av personuppgifter 82
4.2.11 Ändamål med personuppgiftsbehandlingen 87
4.2.12 Tystnadsplikt m.m. 88
4.2.13 Patientförsäkring 89
4.2.14 Tillsyn m.m. 91

4.3 Ändring i socialförsäkringsbalken 95
4.3.1 Försäkringskassans utredningsbefogenheter 95
4.3.2 Ersättning till försäkrad och till landstingen 96

5 Konsekvenser 103

5.1 Konsekvenser för det kommunala självstyret 103

5.2 Arbetsgruppens samlade bedömning 105
5.2.1 Ekonomiska konsekvenser 105
5.2.2 Övriga konsekvenser 107

6 Författningskommentar 109

6.1 Förslaget till lag om försäkringsmedicinska utredningar ... 109

6.2 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken 120

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om försäkringsmedicinska utredningar

Härigenom föreskrivs följande.

1 kap. Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om ansvar och befogenheter m.m., vid utredning av en försäkrads arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken. Med försäkrad avses detsamma som i 4 kap. 3 § socialförsäkringsbalken.

I lagen finns bestämmelserna om

– Försäkringskassans ansvar i 2 kap.,

– landstingets skyldigheter och befogenheter i 3 kap.,

– krav på verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar i 4 kap., och

– tillsyn m.m. i 5 kap.

2 § En försäkringsmedicinsk utredning är en medicinsk undersökning av en försäkrad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En sådan undersökning ska dokumenteras i ett utlåtande som ska kunna användas som underlag vid Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga.

2 kap. Försäkringskassans ansvar

Information till den försäkrade

1 § Om Försäkringskassan gör bedömningen att det i ett ärende om rätten till ersättning eller förmån enligt socialförsäkringsbalken behövs en försäkringsmedicinsk utredning ska Försäkringskassan informera den försäkrade om

1. vad en sådan utredning innebär,
2. vilket underlag som kommer att överlämnas till den som ska utföra utredningen,
3. att en utredning som kommer att innefatta läkarundersökning eller annat kroppsligt ingrepp endast får genomföras om den försäkrade samtycker till det, och
4. på vilket sätt utredningen kommer att ligga till grund för Försäkringskassans beslut om rätten till ersättning eller förmån.

Utredningsformer och undersökningsmetoder

2 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om olika former av försäkringsmedicinska utredningar och de undersökningsmetoder som får tillämpas vid utredning av en försäkrad.

Underlag för utredning

3 § När en försäkringsmedicinsk utredning behövs ska Försäkringskassan tillhandahålla nödvändigt underlag till den som ska utföra utredningen. Försäkringskassan ska även informera utföraren om den försäkrade har särskilda behov som måste beaktas i samband med utredningen.

3 kap. Landstingets skyldigheter och befogenheter

1 § Ett landsting ska tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar så att en undersökning enligt 110 kap. 14 § 4 socialförsäkringsbalken kan genomföras på begäran av Försäkringskassan.

Landstingets skyldighet enligt första stycket avser försäkrade som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller i fråga om försäkrade som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget.

Det som sägs om ett landsting gäller även en kommun som inte ingår i ett landsting.

2 § Ett landsting får sluta avtal med ett annat landsting eller någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ska ansvara för. Avtalet ska ange de villkor som gäller för överlämnandet och utförandet av uppgifterna.

Ett landsting får åta sig att utföra de uppgifter som ett annat landsting ska ansvara för.

4 kap. Krav på verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar

Verksamheten och dess ledning

1 § I verksamhet där det utförs försäkringsmedicinska utredningar ska det finnas en person som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). Det ska även finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

Personalens kompetens och utbildning

2 § Den personal som utför den försäkringsmedicinska utredningen ska ha den kompetens och utbildning som krävs för att bedöma den försäkrades arbetsförmåga. Personalen ska visa den försäkrade omtanke och respekt.

Regeringen får meddela föreskrifter om vilka krav på kompetens som ska gälla vid försäkringsmedicinska utredningar.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om vilka krav som ska ställas på personalens utbildning.

Dokumentation

3 § Iakttagelser och bedömningar som personalen gör i samband med en undersökning av en försäkrads arbetsförmåga ska dokumenteras i ett skriftligt utlåtande.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de krav som ska gälla för utlåtandet, dess innehåll och utformning.

4 § Den som efter en undersökning av den försäkrade upprättar ett utlåtande avseende dennes arbetsförmåga ska iaktta saklighet och opartiskhet.

5 § Utlåtande och andra dokumenterade uppgifter om den försäkrade ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Sådant underlag som avses i 2 kap. 3 § ska snarast efter avslutad utredning återlämnas till Försäkringskassan.

6 § Ett utlåtande ska bevaras minst tio år efter det att det har upprättats. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att vissa slags utlåtanden ska bevaras under längre tid än tio år.

För utlåtande som utgör allmän handling gäller, med de undantag som följer av första stycket, arkivlagen (1990:783) och de bestämmelser som meddelats med stöd av arkivlagen.

Behandling av personuppgifter

7 § Personuppgiftslagen (1998:204) ska gälla vid behandling av personuppgifter om inte annat följer av denna lag. Försäkringskassans behandling av personuppgifter regleras i 114 kap. socialförsäkringsbalken.

Behandling av personuppgifter inom försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet får utföras även om den försäkrade motsätter sig den.

Ändamålet med personuppgiftsbehandlingen

8 § Personuppgifter får behandlas inom försäkringsmedicinsk utredningsverksamheten om det behövs för

1. administration som rör försäkrade,
2. utförande av försäkringsmedicinska utredningar, och
3. planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten.

Tystnadsplikt m.m.

9 § Den som arbetar eller har arbetat inom en enskild verksamhet som bedriver försäkringsmedicinsk utredning får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon i den verksamheten har fått veta om en försäkrads hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör en sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

För det allmännas verksamhet gäller offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

5 kap. Tillsyn m.m.

1 § Den som avser att bedriva försäkringsmedicinsk verksamhet ska anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) senast en månad innan verksamheten påbörjas.

Om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas till IVO inom en månad efter genomförandet. Om verksamheten läggs ned, ska det snarast anmälas till IVO.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras.

2 § Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över den försäkringsmedicinska utredningsverksamheten.

IVO har rätt att inspektera verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar och får inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

IVO får besluta om åtgärder mot verksamheten enligt 7 kap. 23-28 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

3 § Inspektionen för vård och omsorg får besluta om åtgärder enligt 7 kap. 29 och 30 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) mot den personal som har medverkat i en försäkringsmedicinsk utredning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

1.2 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken

dels att 110 kap. 22 § ska upphöra att gälla samt att rubriken närmast före 22 § ska utgå,

dels att 110 kap. 14 och 30 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 110 kap. 30 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
110 kap.	
14 §[1]	
När det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk får den handläggande myndigheten	När det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk får den handläggande myndigheten
1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare, anordnare av personlig assistans eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter,	1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare, anordnare av personlig assistans eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter,
2. besöka den försäkrade,	2. besöka den försäkrade,
3. begära *ett särskilt läkarutlåtande eller* ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig, samt	3. begära ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig, samt
4. begära att den försäkrade genomgår undersökning *av viss läkare* eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av	4. begära att den försäkrade genomgår undersökning *enligt lagen (2017:xxx) om försäkringsmedicinska utredningar* eller någon annan utredning eller

[1] Senaste lydelse 2012:935.

den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.	deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.
	30 §
För kostnader som en försäkrad eller någon annan har med anledning av sådan utredning som avses i *14, 22 och 26 §§ lämnas ersättning i enlighet med föreskrifter som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar.*	*Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter om* kostnader som en försäkrad eller någon annan har med anledning av sådan utredning som avses i *14 och 26 §§.*
För kostnader som en försäkrad har för läkarundersökning eller läkarutlåtande i samband med ansökan om vårdbidrag, sjukersättning, aktivitetsersättning eller handikappersättning *lämnas ersättning enligt föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.*	*Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan även med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter om* kostnader som en försäkrad har för läkarundersökning eller läkarutlåtande i samband med ansökan om vårdbidrag, sjukersättning, aktivitetsersättning eller handikappersättning. *En försäkrad får beviljas förskott på ersättning enligt första stycket som avser kostnader för resa och uppehälle.*

30 a §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter om kostnader som ett landsting har med anledning av skyldigheter enligt lagen (2017:xxx) om försäkringsmedicinska utredningar..

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

1.3 Förslag till förordning om försäkringsmedicinska utredningar

Härigenom föreskrivs följande.

1 § I denna förordning ges kompletterande föreskrifter till lagen (2017:XXX) om försäkringsmedicinska utredningar.

Utredningsbehovet

2 § Försäkringskassan ska fortlöpande bedöma sitt behov av försäkringsmedicinska utredningar och årligen utarbeta prognoser för antalet utredningar som kan komma att begäras från landstingen.

Prognoserna ska återspegla Försäkringskassans behov på årsbasis utifrån olika tidshorisonter, både på kort och lång sikt. Försäkringskassans behov ska redovisas dels för hela landet dels uppdelat på respektive landsting.

Prognoserna ska även vara specificerade på de olika formerna av försäkringsmedicinska utredningar som förekommer.

Begäran om utredning

3 § En försäkringsmedicinsk utredning avseende en försäkrad ska utföras så snart som möjligt efter det att begäran har inkommit till landstinget. Underlag för utredning avseende den försäkrade ska översändas till den som ska utföra utredningen i samband med begäran.

Utredningsformer

4 § Det finns olika former av försäkringsmedicinska utredningar. Utformningen kan beroende på bemanning och utredningens omfattning avse olika undersökningar och tester.

Huvudindelning av de försäkringsmedicinska utredningarna görs enligt tabell 1.

Försäkringskassan får, efter att ha gett Socialstyrelsen och landstingen tillfälle att yttra sig, meddela föreskrifter om olika former av försäkringsmedicinska utredningar och undersökningsmetoder som ska tillämpas vid utredning av en försäkrad.

Tabell 1.1 Utredningsformer

Benämning	Beskrivning
Särskilt läkarutlåtande (SLU)	Undersökning av en läkare som syftar till att ge en helhetsbild av hur sjukdomen påverkar den försäkrades förmåga till aktivitet.
Teambaserad medicinsk utredning (TMU)	Undersökning av ett team bestående av läkare, psykolog, sjukgymnast och arbetsterapeut som syftar till att ge en helhetsbild av den försäkrades förmåga till aktivitet vid en sammansatt eller svårbedömd sjukdomsbild.
Aktivitetsförmågeutredning (AFU)	Undersökning av en läkare som syftar till att ge en helhetsbild av den försäkrades arbetsförmåga avseende normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden.
Utvidgad aktivitetsförmågeutredning (UAFU)	Vid behov kan en kompletterande AFU göras med hjälp av psykolog, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Personalens utbildning

5 § Försäkringskassan ska erbjuda utbildning i försäkringsmedicin för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som ska utföra försäkringsmedicinska utredningar.

Försäkringskassan får, efter att ha gett Socialstyrelsen och landstingen tillfälle att yttra sig, meddela föreskrifter om vilka utbildningskrav som gäller för den som ska utföra försäkringsmedicinska utredningar.

Dokumentation

6 § Ett utlåtande avseende en försäkringsmedicinsk utredning ska upprättas och färdigställas snarast efter avslutad undersökning.

Den som upprättar ett utlåtande ska ha

1. medverkat i undersökningen av den försäkrade,
2. legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården,
3. adekvat specialist- eller vidarutbildning för bedömning av den sjukdom eller skada som utreds, och
4. den kompletterande utbildning om försäkringsmedicin som Försäkringskassan erbjuder.

7 § Ett utlåtande ska innehålla uppgifter om

1. den försäkrades identitet,
2. vilket underlag som har legat till grund för utredningen,
3. vilken undersökningsmetod som har tillämpats,
4. vad som framkommit i samband med undersökningen av den försäkrade, och
5. vilken information som har lämnats till den försäkrade, dennes ombud eller närstående.

Av utlåtandet ska även framgå när och var undersökningen gjordes och vem eller vilka som medverkade. Utlåtandet ska undertecknas av den eller de som har upprättat det.

8 § Ett utlåtande ska vara Försäkringskassan tillhanda inom 30 dagar efter det att en komplett begäran om en försäkringsmedicinsk utredning har inkommit till landstinget. Detta gäller dock inte om det finns särskilda skäl till att en försäkringsmedicinsk utredning inte kan utföras inom den angivna tiden. Det underlag som Försäkringskassan har tillhandahållit avseende den försäkrade ska översändas samtidigt med utlåtandet. Försäkringskassan får, efter att ha gett Socialstyrelsen och landstingen tillfälle att yttra sig, meddela föreskrifter med ytterligare krav på utlåtandets innehåll och dess utformning.

Ersättning till landsting

9 § Ett landsting har rätt till ersättning för sina kostnader för tillhandahållande av försäkringsmedicinska utredningar på begäran av Försäkringskassan.

Ersättning utbetalas av Försäkringskassan mot specificerad faktura, dock högst till belopp och enligt villkor som framgår av tabell 2.

Tabell 1.2 Ersättning

Kostnad för:	*Belopp:*	*Villkor:*
Central administration	xxxx kr	Landstingen i Stockholms-, Västra Götalands- och Skånes län.
	xxxx kr	Övriga landsting
Utbildning	xxxx kr/dag	Avser ersättning för förlorad arbetstid för landstingets egen personal samt resa och logi i samband med utbildning.
Utförd utredning	xxxx kr	Särskilt läkarutlåtande (SLU)
	xxxx kr	Teambaserad medicinsk utredning (TMU)
	xxxx kr	Aktivitetsförmågeutredning (AFU)
	xxxx kr	Utvidgad aktivitetsförmågeutredning (UAFU)
Tolktjänst	xxxx kr/timme	Vid behov om den försäkrade inte behärskar svenska eller har en funktionsnedsättning som allvarligt begränsar förmågan att se, höra eller tala.

10 § Om Försäkringskassan inte har begärt försäkringsmedicinska utredningar motsvararande det prognostiserade utredningsbehovet enligt 2 § har landstinget ändå rätt till ersättning med ett belopp som motsvarar värdet av 70 procent av det prognostiserade utredningsbehovet för aktuell period.

Om den försäkrade anmäler förhinder till en inplanerad undersökning och annan försäkrad inte hinner kallas till den reserverade tiden kan landstinget ändå få ersättning för den uteblivna undersökningen.

Försäkringskassan får meddela närmare föreskrifter om administrationen och övrig hantering när det gäller ersättningen till landstingen.

Ersättning till den försäkrade

11 § Försäkringskassan får meddela föreskrifter om ersättning för kostnader som den försäkrade har med anledning av en försäkringsmedicinsk utredning samt dennes resa och uppehälle.

Landstingens återbetalningsskyldighet

12 § Ett landsting är återbetalningsskyldigt om

1. landstinget har sökt eller tagit emot ersättning genom att lämna oriktiga uppgifter som har förorsakat att ersättningen beviljats felaktigt eller med för högt belopp, eller
2. ersättningen av något annat skäl har beviljats felaktigt eller med för högt belopp och mottagaren borde ha insett detta.

13 § Om mottagare av ersättningen är återbetalningsskyldig enligt 12 §, ska Försäkringskassan besluta att helt eller delvis kräva tillbaka ersättningen.

Ett beslut om återkrav ska fattas inom tio år från det att ett beslut om utbetalning av ersättningen enligt 9 eller 10 §§ har fattats.

14 § Om en mottagare av ersättning inte är berättigad till ersättning och denna ska betalas tillbaka, ska ränta tas ut enligt räntelagen (1975:635). Om det finns särskilda skäl, får räntekravet sättas ned.

15 § Om en mottagare av ersättning är återbetalningsskyldig och skyldig att betala ränta enligt denna förordning, får krav på återbetalning och ränta avräknas mot annan utbetalning av ersättning enligt förordningen.

16 § Försäkringskassan får meddela föreskrifter om verkställigheten av denna förordning.

Försäkringskassan ska senast den sista januari vartannat år, med början år XXXX, lämna sådana uppgifter till regeringen som kan behöva rapporteras enligt artikel 9 i kommissionens beslut 2012/21/EU.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2018.

2 Bakgrund

2.1 Inledning

Inom socialförsäkringsadministrationen behövs det ibland medicinska utredningar som kompletterar de intyg som den försäkrade själv ger in för att styrka rätten till ersättning från försäkringen. Sådana kompletterande medicinska utredningar har socialförsäkringsadministrationen över tid fått på olika sätt; genom egna utredningsresurser, privata aktörer eller hälso- och sjukvården. Sedan år 2010 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingått överenskommelser om att ge ersättning till landsting som inom föreskriven tid, fastställd av Försäkringskassan, levererar fördjupade medicinska utredningar efter beställning från Försäkringskassan. Överenskommelserna är dock tidsbegränsade och inte juridiskt bindande.

2.1.1 Från egna sjukhus till överenskommelse

År 1916 etablerades det första sjukhuset i Tranås, som inrymde en utrednings- och rehabiliteringsverksamhet, följt av ett sjukhus i Nynäshamn år 1918. Ytterligare ett sjukhus etablerades år 1923 i Åre. Dessa sjukhus hade till uppgift att bidra med medicinska underlag inför bedömning av och beslut om motsvarigheten till dagens sjuk- eller aktivitetsersättning.

Verksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus avvecklades den 1 januari 2000 för att ersättas av Försäkringsmedicinskt centrum (FMC). FMC blev en del av Östergötlands läns allmänna försäkringskassa. Kärnverksamheten vid FMC bestod i att utföra kvalificerade utredningar inom försäkringsmedicin och rehabilitering. De allmänna försäkringskassorna fick genom särskilda medel möjlighet att köpa försäkringsmedicinska utredningar från FMC eller

från andra aktörer. Efterfrågan på grundutredningar varierade kraftigt mellan olika försäkringskassor i landet men var sammantaget betydligt mindre än förväntat. Försäkringskassan framförde år 2006, i en skrivelse till regeringen att ansvarsgränserna mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården behövde förtydligas. Försäkringskassan föreslog därför att hälso- och sjukvårdens ansvar att tillhandahålla intyg och utlåtanden till Försäkringskassan skulle omfatta alla underlag som socialförsäkringen behövde. Ett sådant förtydligande skulle medföra att Försäkringskassan inte längre hade behov av särskilda medel för att köpa försäkringsmedicinska utredningar eller särskilda utlåtanden. Ett liknande förslag lämnades av Rehabiliteringsutredningen i deras slutbetänkande. Men Regeringen fattade inte beslut i enlighet med Försäkringskassans skrivelse eller Rehabiliteringsutredningens förslag och Försäkringskassan behöll därmed sina medel för att köpa försäkringsmedicinska utredningar. År 2007 överlät Försäkringskassan sin verksamhet vid Försäkringsmedicinskt centrum till företaget Manpower Hälsopartner AB och tecknade samtidigt avtal om att köpa tjänster från samma företag. Försäkringskassan upphandlade även försäkringsmedicinska utredningar från andra privata aktörer från och med 2007 och fram till 2010. Sedan 2010 regleras det genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

2.2 Försäkringsmedicinsk utredning

Med en försäkringsmedicinsk utredning avses en fördjupad medicinsk undersökning som resulterar i ett utlåtande som ska kunna fungera som underlag när Försäkringskassan ska ta ställning till en försäkrads nedsättning av arbetsförmågan i samband med bedömningen av rätten till ersättning eller förmån.

En försäkringsmedicinsk utredning beställs ofta för försäkrade som har en mångfacetterad livssituation där inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning är avgörande för processen. De tre olika formerna av försäkringsmedicinska utredningar som för närvarande används i ärenden rörande sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning beskrivs mer utförligt nedan.

2.2.1 Särskilt läkarutlåtande (SLU)

Av Försäkringskassans riktlinjer[2] framgår att utredningarna avser försäkrade som får eller ansöker om ersättning på grund av sjukdom från Försäkringskassan och där det behövs en helhetsbild av hur sjukdomen påverkar förmågan till aktivitet.

Utredningen ska utföras av en legitimerad läkare med den specialistkompetens som behövs för en försäkringsmedicinsk bedömning av den försäkrades funktionstillstånd. Utöver lämplig specialistkompetens ska läkaren ha genomgått Försäkringskassans grund- och uppföljningsutbildningar i försäkringsmedicinska utredningar. För utredningar av försäkrade med en svårbedömd psykisk sjukdomsbild kan Försäkringskassan begära att läkaren ska ha specialistkompetens i psykiatri.

I det särskilda läkarutlåtandet för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete[3] ska det anges medicinsk bakgrund, uppgifter från den försäkrade, medicinsk utredning, medicinsk bedömning och uppgifter om utredningen. Det ska ske en kroppslig undersökning av den försäkrade som sedan ska ligga till grund för uppgifterna i den medicinska utredningen. De fysiska och psykiska undersökningsfynden samt observationer som framkommit vid undersökningen ska redovisas. Även andra utrednings- och testresultat ska redovisas t.ex. BMI, blodvärden, EKG, funktionstester m.m. I den medicinska bedömningen redovisas diagnoser för de sjukdomar som medför aktivitetsbegränsningar samt eventuella förändringar vad gäller tidigare angivna diagnoser. Det ska även anges om det finns medicinsk behandling som kan påverka förloppet, utan att utredande läkare lämnar förslag på några specifika behandlingar eller rehabiliteringsinsatser.

2.2.2 Teambaserad medicinsk utredning (TMU)

Av Försäkringskassans riktlinjer[4] framgår att utredningarna avser försäkrade som har en sammansatt eller svårbedömd sjukdomsbild,

[2] Riktlinjer för kvalitetskrav för teambaserade medicinska utredningar (TMU) och särskilda läkarutlåtanden (SLU) som Försäkringskassan beställer från landstingen, dnr 058733-2013.
[3] Försäkringskassans blankett 7264.
[4] Riktlinjer för kvalitetskrav för teambaserade medicinska utredningar (TMU) och särskilda läkarutlåtanden (SLU) som Försäkringskassan beställer från landstingen, dnr 058733-2013.

exempelvis vid sjukskrivning för flera diagnoser (samsjuklighet) eller där fler faktorer än enbart sjukdom kan påverka arbetsförmågan. Teamutredningar utföras av följande personalkategorier[5]:

- Legitimerad läkare med den specialistkompetens som behövs för en försäkringsmedicinsk bedömning av den försäkrades funktionstillstånd. För utredningar av försäkrade med en svårbedömd psykisk sjukdomsbild ska läkaren vara specialistutbildad läkare med bred erfarenhet av patienter med psykisk ohälsa och ha kunskap om aktuella behandlingsformer och moderna terapier.
- Legitimerad psykolog med den kompetens och yrkeserfarenhet som behövs för att utreda och bedöma funktionstillstånd.
- Legitimerad sjukgymnast med den kompetens och yrkeserfarenhet som behövs för att utreda och bedöma funktionstillstånd.
- Legitimerad arbetsterapeut med den kompetens och yrkeserfarenhet som behövs för att utreda och bedöma funktionstillstånd.

I läkarutlåtandet efter teamutredning för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete[6] ingår samma uppgifter och undersökningar som i SLU men även utrednings- och testresultat från sjukgymnast, psykolog och arbetsterapeut ska redovisas.

För en TMU finns det inga krav på vilka utredningsmetoder som ska användas men den kan gå till på följande sätt. Läkaren beskriver den försäkrades sjukdomshistoria och medicinering. Läkaren undersöker den försäkrade genom att bl.a. ta blodtryck, lyssna på hjärta och lungor, kontrollera neurologiska reflexer, undersöka buken och läkaren undersöker speciellt de områden där den försäkrades besvär finns genom att kontrollera rörlighet, styrka m.m. Psykologen gör en intervju och utför ett antal olika tester. Arbetsterapeuten genomför en test i form av en stationsbana. I banan ingår moment där den försäkrade ska lyfta saker, flytta saker, sortera saker samt plocka upp småsaker. Sedan får den försäkrade ut-

[5] Samtliga professioner ska delta i Försäkringskassans grund- och uppföljningsutbildningar i försäkringsmedicinska utredningar.
[6] Försäkringskassans blankett 7268.

föra någon form av lagerarbete, genomföra ett skruvmoment på olika höjder och göra en montering. Sjukgymnasten gör en kort undersökning av den försäkrade och sedan får den försäkrade genomgå ett så kallat TIPPA-test. I TIPPA-testet ingår vanlig gång, gå i trappor, gå upp och ned på en pall, kontroll av gripförmågan, lyft m.m.

2.2.3 Aktivitetsförmågeutredning (AFU)

Försäkringskassan fick år 2010 i uppdrag av regeringen att tillsammans med Socialstyrelsen och i samråd med Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården vidareutveckla metoder och instrument för att bedöma arbetsförmåga inför dag 180 i ett sjukfall. Mindre försök genomfördes under år 2011 vilket ledde till att AFU sedan år 2012 genomförs inom ramen för en pilotverksamhet. År 2013 gjordes en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om att göra ett något större försök i åtta landsting. För att få mer erfarenheter och möjlighet att utvärdera AFU förlängdes försöket under åren 2014 och 2015. Sedan 2015 är det sju landsting som ingår i försöket; Jönköpings läns landsting, Västerbottens läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne.

AFU används i situationer när prövningen av den försäkrades arbetsförmåga vidgas till att även innefatta normalt förekommande arbete på hela arbetsmarknaden, vilket normalt sker vid dag 181 i ett sjukfall. Utredningarna är i första hand aktuella i sjukpenningärenden men utlåtandet kan även ligga till grund för en prövning av sjukersättning i de fall omfattande begränsningar upptäcks. AFU är en metod som är utvecklad utifrån erfarenheter av SLU och TMU. Själva undersökningen baseras på ett självskattningsformulär som den försäkrade får fylla i som handlar om aktuellt medicinskt tillstånd, förmågor och syn på återgång i arbete. I undersökningen ingår en basal fysisk undersökning och i de fall det bedöms behövligt en psykiatrisk intervju. Största delen av undersökningen består av en ”klargörande intervju” som läkaren anpassar utifrån självskattningen, bifogade medicinska underlag och egna undersökningar. I vissa fall kan det behövas en utvidgad AFU, det är när det

finns behov av att komplettera den utredning som den bedömande läkaren gör med insatser från psykolog, sjukgymnast eller arbetsterapeut. AFU mynnar ut i ett utlåtande där en aktivitetsförmågeprofil kan sättas i relation till ett kunskapsunderlag om olika yrkens krav, som förvaltas och utvecklas av Arbetsförmedlingen. Till skillnad från SLU och TMU är de metoder som används vid AFU standardiserade.

2.3 Överenskommelser

Sedan år 2010 har staten och SKL ingått överenskommelser om att ge ersättning till landsting som levererat försäkringsmedicinska utredningar till Försäkringskassan. Överenskommelserna är frivilliga för det enskilda landstinget, vilket innebär att alla landsting inte behöver genomföra försäkringsmedicinska utredningar. Hittills har alla landsting valt att bygga upp utredningsverksamheten i egen regi, upphandlat den från en privat aktör eller en blandning av egen verksamhet och upphandlade privata aktörer. Men alla landsting gör inte alla typer av försäkringsmedicinska utredningar.

För perioden 1 november 2016 till 31 december 2017 finns en överenskommelse om försäkringsmedicinska utredningar i form av SLU, TMU och AFU (S2016/06220/SF). Sammantaget finns det 250 miljoner kronor per år avsatt för Försäkringskassans köp av de försäkringsmedicinska utredningarna. Försäkringskassan svarar för uppföljning, beräkning och utbetalning av ersättningen till landstingen som utgår enligt tabellen nedan.

Styckersättning inklusive tolkersättning utgår enligt följande:

Tabell 2.1 Ersättning per utredningsform

Belopp i kronor

Utredning	Ersättning per utredning	Ersättning för tolk per utredning
Teambaserad medicinsk utredning (TMU)	28 000	6 000
Särskilt läkarutlåtande (SLU)	14 500	—
Arbetsförmågeutredning (AFU)	16 300	3 200
Utvidgad AFU Psykolog	5 000	2 650
Utvidgad AFU fysioterapeut/arbetsterapeut	3 000	1 300

Förutom en styckersättning för varje genomförd godkänd utredning utgår även ersättning till landstingen för deras centrala administration, ambulerande team, utbildningsinsatser för personal som arbetar med de försäkringsmedicinska utredningarna samt en engångsvis uppstartsersättning för de landsting som inte deltagit i pilotverksamheten för AFU men som från 1 januari 2017 väljer att börja göra dessa utredningar.

2.4 Hantering vid handläggning

Alla handläggare som arbetar med de aktuella förmånerna har rätten och möjligheten att beställa försäkringsmedicinska utredningar. Hanteringen går till så att Försäkringskassans handläggare gör en beställning via e-post direkt till det landsting som den försäkrade tillhör. En kopia på beställningen skickas även till Försäkringskassans så kallade avropssamordnare, som är Försäkringskassans regionala kontaktperson.

Landstinget ska inom fem arbetsdagar via e-post meddela handläggaren och avropssamordnaren på Försäkringskassan vilken läkare eller leverantör som ska utföra utredningen. Senast två arbetsdagar efter handläggaren fått detta besked ska en skriftlig beställning tillsammans med relevanta handlingar skickas direkt till den läkare eller leverantör som landstinget anvisat. Läkarutlåtandet ska sedan komma in till Försäkringskassan senast inom fem veckor från det att relevanta handlingar kommit in till den som ska utföra utredningen.

Gemensamt för de olika typerna av fördjupade utlåtanden är att de har standardiserade frågeställningar och svar som ingår i utlåtandena. Det betyder att inga andra uppgifter än de som framgår av blanketterna ska redovisas. Försäkringskassans handläggare kan inte ställa frågor om t.ex. arbetsförmågans nedsättning eftersom det är ett försäkringsjuridiskt begrepp som Försäkringskassan själv ska ta ställning till.

När utlåtandet kommit in till Försäkringskassan biläggs det i den försäkrades akt. Utlåtandet ska innehålla läkarens bedömning angående diagnos, hur den försäkrades sjukdom påverkar funktionstillståndet, prognosen för aktivitetsbegränsningar samt eventuella medicinska risker vid utförande av någon typ av aktivitet. Det ska i utlåtandet framgå vilka undersökningsfynd och observationer som ligger till grund för bedömningen av aktivitetsbegränsningarna. Utifrån detta och övrig information i ärendet, bedömer Försäkringskassans handläggare den försäkrades arbetsförmåga och rätt till ersättning samt i vissa fall också behov och förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering. Vissa handläggare har kontakt med en försäkringsmedicinsk rådgivare[7] både före och efter en beställning. Men det är inte den försäkringsmedicinska rådgivarens uppgift att göra bedömningen om den försäkrade ska vara sjukskriven eller inte, utan detta är handläggarens uppgift. Det finns inget krav på att involvera den försäkringsmedicinska rådgivaren eller andra experter vid beställning eller uttolkning av de försäkringsmedicinska utredningarna.

Om den försäkrade ger sitt samtycke skickas en kopia på utlåtandet till den behandlande läkaren, om denne finns angiven. Som framgår ovan så finns det en detaljerad reglering av hur de försäkringsmedicinska utredningarna ska hanteras. Men i praktiken har det trots detta visat sig finnas en hel del osäkerhet och otydligheter.

[7] En försäkringsmedicinsk rådgivare är en läkare, anställd av Försäkringskassan, som på olika sätt stöttar handläggarna i medicinska frågor t.ex. genom att tolka läkarintyg och försäkringsmedicinska utredningar.

Utförarna av försäkringsmedicinska utredningarna

Landstingen har möjlighet att själva välja hur de ska hantera de försäkringsmedicinska utredningarna och vem/vilken som ska göra utredningarna. Drygt hälften av landstingen, elva stycken, gör utredningarna helt i egen regi, ofta som en integrerad del av en smärt- eller rehabiliteringsklinik, eller har en kombination där de gör vissa försäkringsmedicinska utredningar i den egna organisationen och andra upphandlas externt. Resten av landstingen, tio stycken, har valt att upphandla privata aktörer som gör alla försäkringsmedicinska utredningar. Anledningen till att inte fler landsting valt att göra utredningarna i egen regi är att landstingen bedömer att det inte finns utrymme eller kompetens inom den egna verksamheten att utföra utredningarna.

2.4.1 Volymer och kostnader

Nedan redovisas per landsting antalet försäkringsmedicinska utredningar; 2012–2014 och antalet utredningar i förhållande till antalet sjukfall i länet längre än 180 dagar.

Tabell 2.2 Antalet genomförda försäkringsmedicinska utredningar åren 2013–2015

Landsting	2013	2014	2015	Antal sjukfall 180 dagar el längre	Andel utredningar i förhållande till sjukfall 180 dagar eller längre
Blekinge	85	88	70	1 231	6%
Dalarna	21	33	44	2 834	2%
Gotland	9	4	8	464	2%
Gävleborg	98	198	84	2 803	3%
Halland	93	177	253	2 559	10%
Jämtland	77	83	103	1 563	7%
Jönköping	129	219	228	3 404	7%
Kalmar	154	115	151	2 410	6%
Kronoberg	131	109	200	1 913	10%
Norrbotten	52	87	84	2 261	4%
Skåne	874	1059	1449	11 082	13%
Stockholm	579	667	1163	18 899	6%
Södermanland	47	40	124	2 894	4%
Uppsala	217	125	136	3 203	4%
Värmland	86	213	139	2 680	5%
Västerbotten	133	277	169	3 262	5%
Västernorrland	225	447	283	3 219	9%
Västmanland	35	54	73	2 733	3%
Västra Götaland	1170	1311	1769	19 346	9%
Örebro	89	109	150	3 521	4%
Östergötland	157	149	201	3 467	6%
Totalt	**4461**	**5564**	**6 881**	**95 748**	**7%**

Antalet utredningar per landsting har ökat under perioden 2013–2015, men variationen mellan landstingen är fortfarande stor. Andel utredningar i förhållande till sjukfall 180 dagar eller längre varierar från bara några få procent i Dalarna, Gotland och Västmanland till över 10 procent i Halland, Kronoberg och Skåne.

Under 2014 beställde Försäkringskassan försäkringsmedicinska utredningar till en kostnad av 102 miljoner kronor och 2015 ökade beställningarna till cirka 226 miljoner kronor och för 2016 är prognosen att de avsatta medlen för ändamålet, 250 miljoner kronor, kommer att förbrukas.

2.5 Problem med nuvarande modell

Det finns en rad problem kring de försäkringsmedicinska utredningarna som kan kopplas till bristen på långsiktighet i överenskommelserna: osäkerhet kring vilken lagstiftning som reglerar verksamheten, ojämn beställning från Försäkringskassan, Försäkringskassans handläggning och otydlig samarbetsmöjlighet mellan landstingen. Nedan redovisas mer ingående några av de problem som framkommit.

2.5.1 Överenskommelser

De överenskommelser som Sveriges Kommuner och Landsting har ingått för landstingens räkning är inte juridiskt bindande för landstingen. De flesta landsting väljer ändå att följa överenskommelserna men det finns några landsting som bara följer överenskommelserna till viss del genom att emellanåt tacka nej till att utföra försäkringsmedicinska utredningar eller som inte har tillgodosett behovet av samtliga försäkringsmedicinska utredningar. Överenskommelserna innebär i praktiken att ett eller flera landsting skulle kunna sluta att leverera försäkringsmedicinska utredningar utan någon annan påföljd än att Försäkringskassan inte kan vara säker på att få tillgång till efterfrågat beslutsunderlag. Tidsbegränsade överenskommelser medför att det inte finns möjligheter för Försäkringskassan eller landstingen att göra en långsiktig planering och utveckla verksamheten. Detta kan vara en av orsakerna till att vissa landsting har tenderat att upphandla privata aktörer i stället för att göra utredningarna i den egna verksamheten.

Eftersom överenskommelserna ofta är ettåriga kan de landsting som upphandlar tjänsterna av privata aktörer bara teckna kortare avtal. De får därför lägga ner tid och resurser för att på nytt upphandla tjänsten vilket även kan leda till att landstingen får högre kostnad då inte heller den privata aktören kan planera långsiktigt och vill ha betalt för denna osäkerhet. När överenskommelserna ska omförhandlas tar det tid och resurser i anspråk för alla inblandade parter. Överenskommelserna som verktyg för att styra

landstingens prioriteringar och arbete har också kritiserats av Riksrevisionen[8].

Ett annat problem med de nuvarande överenskommelserna är att de reglerar ersättningen till landstingen och eftersom de saknar långsiktighet får det till följd att det är svårt för landstingen att veta vilken ersättning de på sikt kommer att få när de gör de försäkringsmedicinska utredningarna.

2.5.2 Oklar reglering

Ett annat problem är at det råder osäkert om vilka lagar och bestämmelser som är tillämpliga vid de försäkringsmedicinska utredningarna. Det finns olika åsikter huruvida de försäkringsmedicinska utredningarna omfattas av hälso- och sjukvårdslagen eller inte. Detta bidrar till osäkerhet om t.ex. patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientskadelagen är tillämpliga. Andra frågor som bidrar till osäkerhet är bl.a. följande. Vilket skydd finns det för den försäkrades integritet när denne genomgår en försäkringsmedicinsk utredning? Vad gäller i de situationer där jäv kan bli aktuellt? Vilka bestämmelser finns det som garanterar att den försäkringsmedicinska utredningen utförs på ett opartiskt och förutsättningslöst sätt?

2.5.3 Ojämn och liten beställning påverkar kvaliteten

Ett problem har varit att Försäkringskassan har beställt färre utredningar än vad de har prognostiserat. Det har också varit stora variationer i landet när det gäller hur många utredningar som beställts liksom fördelningen över året. De ojämna beställningarna har medfört problem för landstingen och de upphandlade privata aktörerna att anpassa sina organisationer utifrån efterfrågan. Blir det för få beställningar har de en överkapacitet som inte utnyttjas och då kan inte kompetensen hos läkare och övriga professioner upprätthållas i och med att de inte får rutin på att utföra utredningarna. Det är också en kostnad att ha outnyttjad personal och

[8] Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej (RIR 2014:20).

att personalen inte kan utnyttjas i annan verksamhet. Vid vissa toppar kommer däremot många beställningar och då kan inte leverantörerna hålla tidskravet och det kan vara svårt att på kort varsel få tag i kompetent personal. Några landsting har inte haft kompetens att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna i den egna organisationen och de har haft svårt att få in anbud från privata aktörer när de upphandlat. Detta har bidragit till att beställda utredningar ibland inte har kunnat levereras, vilket i sin tur även minskar Försäkringskassans benägenhet att beställa utredningar.

2.5.4 Försäkringskassans handläggning

Försäkringskassans handläggare har problem att välja ut i vilka ärenden utredningarna ska beställas. De har även problem med att välja vilken typ av utredning som bäst svarar mot behoven. Många handläggare beställer utredningar så sällan att de saknar rutin för både att avgöra vilka ärenden som är aktuella och hur beställningen administrativt ska gå till. Även om handläggarna saknar de medicinska baskunskaper som oftast krävs för att både se när fördjupade försäkringsmedicinska utredningar är motiverade och hur utredningsutlåtandena ska tolkas så är det sällsynt att handläggare tar hjälp av de försäkringsmedicinska rådgivarna. Handläggning av de försäkringsmedicinska utredningarna ingår inte i utbildningen för nyanställda handläggare och det finns heller ingen vidareutbildning eller fördjupning inom området för mer erfarna handläggare. Det är dessutom osäkert på vilket sätt och i vilken omfattning som handläggarna använder den genomförda utredningen i den försäkrades ärende samt vilken påverkan de beställda utredningarna har på utgången i de olika försäkringsärendena. Det har också brustit i feedback från Försäkringskassans sida till utförarna eller landstingen på genomförda utredningar och handläggarna har inte godkänt utredningarna inom 14 dagar.

2.5.5 Otydlig samarbetsmöjlighet mellan landstingen

Det har även framkommit problem som har med landstingens möjlighet till samarbete att göra:

- Några landsting har ansett sig förhindrade att samarbeta med andra landsting på grund av lagstiftningen där det framgår att varje landsting ska ta hand om de angelägenheter som har anknytning till det egna landstingets område eller deras egna landstingsmedlemmar.
- De överenskommelser som har ingåtts mellan staten och Sveriges Kommuner och landstingen har inte varit rättsligt bindande för landstingen. Det har därmed uppstått problem med att överlåta icke obligatoriska uppgifter om landstingsmedlemmar till ett annat landsting eller att göra en upphandling.
- Det har funnits svårigheter att ordna utredningsverksamheten på ett effektivt sätt när den är utspridd i samtliga landsting. De landsting som inte utför så många försäkringsmedicinska utredningar har inte fått igång verksamheten på ett bra sätt medan andra landsting har en fungerande verksamhet med fler beställningar. Vissa landsting har problem med att tillgodose Försäkringskassans behov av t.ex. SLU med psykiatrikerkompetens, vilket beror på att det är brist på psykiatriker inom landstinget medan närliggande landsting har denna kompetens.
- I små landsting har det uppkommit problem med jäv, det vill säga att den läkare som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen tidigare har behandlat den försäkrade. Detta problem har inte varit möjligt att lösa eftersom man inte kunnat skicka den försäkrade till ett angränsande landsting.

Några landsting har dock haft ett visst samarbete genom att använda sig av samma upphandlade privata aktörer.

2.6 Ärendets gång

Den 20 mars 2014 beslutade regeringen kommittédirektiv Ansvar för försäkringsmedicinska utredningar (dir. 2014:43). En särskild utredare fick då i uppdrag att lämna förslag till hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden skulle kunna tillgodoses. I uppdraget ingick att lämna förslag till de författningsändringar som utredarens överväganden gav anledning till. Syftet med utredningen var att

tydliggöra ansvaret för att göra försäkringsmedicinska utredningar och utfärda försäkringsmedicinska utlåtanden. I första hand skulle utredaren pröva möjligheten och lämpligheten av att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen.

Utredningen lämnade i mars 2015 sitt betänkande För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) i mars 2015 där det föreslogs ett lagstadgat ansvar för landstingen att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna med möjlighet för landstingen att samarbete med andra landsting för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.

Utredningen utgick ifrån tre övergripande ansvarsmodeller som tänkbara för att hantera ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna:

1. Försäkringskassan bygger upp en egen organisation som har ansvaret för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.
2. Försäkringskassan upphandlar försäkringsmedicinska utredningarna av privata aktörer.
3. Landstingen ansvarar för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna antingen i egen regi eller genom att upphandla dessa av privata aktörer.

Utredningen konstaterade att inte någon av modellerna var problemfri utan det fanns både för- och nackdelar med alla. Men de såg att det fanns vissa aspekter med modellerna som var viktigare än andra t.ex. objektivitet, geografisk täckning, långsiktighet, kompetens och närhet till forsknings- och utvecklingskliniker. Den samlade bedömning var att genom att ge ansvaret till landstingen skapas förutsättningarna för en långsiktigt stabil lösning. Med denna modell kan de försäkringsmedicinska utredningarna bli en del av landstingens uppbyggda eller upphandlade verksamhet. Inom landstingen finns god kompetens, en vana att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och förutsättningar för en ändamålsenlig geografisk spridning i landet. Landstingen kan vid behov upphandla verksamheten av privata aktörer. Med denna modell skapas viktiga förutsättningar för att Försäkringskassan ska kunna få de försäkringsmedicinska utredningar som de behöver.

Flera landsting har redan i dag byggt upp en verksamhet i egen regi där de gör de försäkringsmedicinska utredningarna, ofta inom

ramen för en smärt- eller rehabiliteringsklinik. Verksamhet har god geografisk spridning i landet och det vore olyckligt om den gick till spillo.

Utredningen ansåg även att det är en stor fördel att de försäkringsmedicinska utredningarna knyts till landstingens övriga arbete. För den försäkrade kan det framstå som tryggare och mer "neutralt" att bli utredd av hälso- och sjukvårdspersonal som har landstinget som huvudman än om det sker inom ramen för Försäkringskassans verksamhet. Även möjligheten att knyta de försäkringsmedicinska utredningarna till forskningssatsningar borde öka med denna modell.

2.6.1 Remissvaren

Betänkandet har remissbehandlats och en sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2015/1590/SF). Det stora flertalet remissinstanser ställde sig positiva och tillstyrkte utredningens förslag att landstingen ska få ett lagstadgat ansvar att göra de försäkringsmedicinska utredningarna. Fler remissinstanser ansåg att det är av stor vikt att det skapas stabila och långsiktiga lösningar för de försäkringsmedicinska utredningarna. Statskontoret ansåg att regering bör vara restriktiv med att använda överenskommelser som styrmedel och att de endast ska användas vid tillfällen där regeringen ser behov av att komplettera den ordinarie styrningen.

En viktig förutsättning för att landstingen och även SKL ställde sig positiva till förslagen var dock att de ges full ekonomisk kompensation och att denna verksamhet inte tränger undan landstingens kärnverksamhet. Flera landsting påpekade också att för att de ska ha möjlighet att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna patientsäkert och med god kvalitet är det nödvändigt att Försäkringskassan lämnar en prognos över antalet utredningar som de kommer att beställa. Detta är en förutsättning för att landstingen ska kunna planera sin verksamhet.

Sju landsting[9] ställde sig avvisande till den föreslagna modellen. De argument som de angav var att de anser sig mest fungera som en mellanhand mellan Försäkringskassan som beställare och de privata vårdgivare som de upphandlat för att göra utredningarna. Flertalet av de landsting som avvisade förslaget ansåg att en bättre lösning är att Försäkringskassan bygger upp denna verksamhet i sin egen organisation. Några av de mindre landstingen ansåg att det är svårt att tillhandahålla den kompetens som krävs för samtliga utredningar och samarbetet med andra landsting blir därför mycket viktigt. Flera landsting förordade även att ansvaret för utredningarna bör samordnas regionalt inom sjukvårdsregionerna vilket kan ge stordriftsfördelar, mindre administration och ett större utbud.

Även Rygginstitutet avvisade förslaget och de ansåg att denna verksamhet fungerade bäst när Försäkringskassan köpte de försäkringsmedicinska utredningarna direkt från vårdgivarna. De påpekade även att med detta förslag tar man i anspråk landstingens redan knappa resurser.

Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg och Stockholms läns landsting ställde sig frågande till utredningens bedömning att de försäkringsmedicinska utredningarna inte är hälso- och sjukvård. Det faktum att dessa utredningar genomförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, att den enskilde inom ramen för utredningen undersöks av personal från denna yrkesgrupp, att det inte är sällan som det vid utredningarna framkommer informations som har betydelse för den enskildes vård och rehabilitering ger stöd för att de försäkringsmedicinska utredningarna ska anses vara hälso- och sjukvård. Även det faktum att patientskadelagen (1996:799) och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, föreslås bli tillämpliga samt att patientjournal föreslås föras anser Socialstyrelsen ger ytterligare stöd för detta. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter (SOFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. och redan av 1§ följer att föreskrifterna ska tillämpas på intyg som grundas på en bedömning av någons hälsotillstånd, behov, förmåga eller annat förhållande orsakat av hälsotillståndet och som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonalen inom verksamheter som omfattas av HSL eller tandvårdslagen

[9] Landstinget i Uppsala län, Region Halland, Region Örebro, Landstinget Västmanland, Region Gävleborg, Landstinget Västernorrland och Region Gotland.

(1985:125). LO var tveksam till och ifrågasatte utredningens bedömning rörande att de försäkringsmedicinska utredningarna varken innebär myndighetsutövning eller hälso- och sjukvård. LO ansåg att denna fråga behöver utredas vidare. Flertalet landsting ansåg däremot i likhet med utredningen att det inte handlar om hälso- och sjukvård eftersom det inte rör sig om vård och behandling när de utför de försäkringsmedicinska utredningarna.

Socialstyrelsens remissvar

Socialstyrelsen har som komplement till sitt remissvar lämnat ett särskilt svar (S2015/1590/SF) där de framför vissa tveksamheten till delar av förslagen i betänkandet bl.a. att det är komplicerande om endast vissa delar av Patientdatalagen (PDL) blir tillämpliga eftersom författningen är uppbyggd för att tillämpas i sin helhet på vårdgivarens behandling av personuppgifter. En annan komplikation är att PDL är anpassad till verksamhet som bedrivs som hälso- och sjukvård.

Om endast vissa delar av PDL ska tillämpas kommer personuppgiftslagen (1998:204) (som inom kort kommer att ersättas av den nya dataskyddsförordningen) att bli tillämplig i betydligt större omfattning än vad som gäller för hantering av andra journaler inom hälso- och sjukvården. Vårdgivarna kommer att behöva tillämpa två olika regelsystem samtidigt för de försäkringsmedicinska utredningarnas journaler, varav enbart det ena regelsystemet är anpassat till journalföring och hantering av journaluppgifter. Det finns risk att förslaget leder till gränsdragningssvårigheter samt svårigheter för sjukvårdspersonalen att hålla reda på vilka regler som är tillämpliga. Det är också viktigt att ingen fråga hamnar "mellan stolarna" när regleringen utformas.

De journaluppgifter som rör de försäkringsmedicinska utredningarna kommer alltså inte att omfattas av samma detaljreglering i nämnda avseenden som andra journaluppgifter som finns i vårdgivarnas journalsystem. Frågan uppkommer om de uppgifter som finns i de försäkringsmedicinska utredningarna kan komma att omfattas av ett sämre skydd än de uppgifter i journalsystemen som omfattas av PDL, trots att det kan röra sig om samma sorts uppgifter, och om det är motiverat.

2.6.2 Fortsatt arbete

Mot bakgrund av de synpunkter som bl.a. inkommit från Socialstyrelsen har Socialdepartementet gjort bedömningen att den lagtekniska lösningen som presenterades i betänkandet För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU2015:17) behöver ses över och i vissa delar omarbetas. Mot bakgrund av detta har det tillsatts en arbetsgrupp i departementet med uppgift att utarbeta nya lagförslag.

3 Gällande rätt

3.1 Inledning

Av 110 kap. 13 och 14 §§ socialförsäkringsbalken framgår vilken utredningsplikt och vilka utredningsmöjligheter som Försäkringskassan har, bl.a. i form av försäkringsmedicinska utredningar, i de fall befintligt underlag i ett ärende inte är tillräckligt. Det är dock bara i en paragraf i socialförsäkringsbalken som försäkringsmedicinska utredningar överhuvudtaget nämns. Det är i övrigt osäkert vilka lagar och bestämmelser som är tillämpliga vid de försäkringsmedicinska utredningarna. Det finns flera lagar som har koppling till definitionen av hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) t.ex. patientsäkerhetslagen (2010:659), patientdatalagen (2008:355), patientskadelagen (1996:799) och patientlagen (2014:821). Dessa lagar är tillämpliga om försäkringsmedicinska utredningar kan definieras som hälso- och sjukvård, men inte annars. De övriga lagregleringar som har betydelse för försäkringsmedicinska utredningar är personuppgiftslagen (1998:204), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förvaltningslagen (1986:223) och kommunallagen (1991:900). Även lagen (2007:1091) om offentlig upphandling bör beaktas i sammanhanget. Vi redogör dessutom för relevant EU-lagstiftning och rättspraxis på området.

3.2 Försäkringskassans utredningsplikt och utredningsbefogenheter

Lagstadgad utredningsplikt

I 110 kap. 13 § första stycket socialförsäkringsbalken anges att den handläggande myndigheten ska se till att ärendena blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår bl.a. följande. Även om den s.k. officialprincipen som innebär att myndigheten har en vidsträckt utredningsskyldighet, gällde hos Försäkringskassan tidigare ansåg regeringen vid införandet av bestämmelsen att det var av värde att principen kom till direkt uttryck i lagtexten. Regeringen anförde att detta inte förändrade Försäkringskassans serviceskyldighet. Bestämmelsen innebär att Försäkringskassan ska leda utredningen i ärendet och se till att nödvändigt material kommer in. Den innebär däremot inte att Försäkringskassan i varje ärende själv måste sköta utredningen. Även den enskilde har ett ansvar för utredningen. Trots denna uppdelning av utredningsansvaret är det dock naturligt att anse att Försäkringskassan har en vidsträckt utredningsskyldighet. Särskilt i ärenden som initierats av Försäkringskassan själv är det uppenbart att Försäkringskassan har huvudansvaret för att behövlig utredning kommer in. Även i ansökningsärenden har Försäkringskassan ett ansvar för att ärendet blir tillräckligt utrett. Är det särskilt föreskrivet att den enskilde ska svara för viss utredning, t.ex. att lämna in ett läkarintyg, har denne visserligen ett förstahandsansvar i detta hänseende. Det är uppenbarligen svårt att generellt ange utredningsskyldighetens omfattning, eftersom ärendena kan vara av varierande slag och förhållandena inom samma ärendekategori kan skifta från fall till fall. Det anses exempelvis att en försäkrad som söker en förmån i princip ska visa att han eller hon uppfyller förutsättningarna för att erhålla denna. Försäkringskassan kan i ett sådant fall fullgöra sin utredningsskyldighet genom att anvisa den enskilde hur denne bäst kan styrka sina påståenden. Försäkringskassans utredningsskyldighet blir väsentligt mera omfattande om Försäkringskassan överväger att meddela ett för den försäkrade betungande beslut, t.ex. ett beslut

om återkrav, indragning eller nedsättning av ersättning. Bestämmelsen omfattar alla slags ärenden enligt socialförsäkringsbalken.[10]

Enligt 110 kap. 13 § andra stycket socialförsäkringsbalken är den enskilde skyldig att lämna de uppgifter som har betydelse för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av socialförsäkringsbalken.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår bl.a. följande. I bestämmelsen regleras den enskildes uppgiftsskyldighet i ett ärende. Ramen för uppgiftsplikten anges genom uttrycket "frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk". Uttrycket ska täcka såväl uppgifter som behövs för att bedöma om de grundläggande försäkringsvillkoren är uppfyllda som uppgifter som behövs för prövning av rätten till och storleken på den förmån som är i fråga. Uppgiftsskyldigheten upphör inte när ärendet avgörs utan kvarstår så länge ersättning utgår. Uppgifter om faktiska förhållanden ska vanligen lämnas på heder och samvete.[11]

Utredningspliktens omfattning

Av praxis framgår att det är ärendets art som avgör hur långt Försäkringskassans utredningsskyldighet sträcker sig. Vilket krav på utredning som kan ställas på Försäkringskassan i sjukpenningärenden varierar beroende på bl.a. ärendets karaktär och de förutsättningar den försäkrade har att bevaka sina intressen. Försäkringskassan måste komplettera utredningen på lämpligt sätt i de ärenden som är komplicerade och om det underlag som finns tillgängligt vid tidpunkten för Försäkringskassans beslut inte ger en tillräckligt tydlig bild av den försäkrades tillstånd och arbetsförmåga.[12]

Utredningsbefogenheter enligt socialförsäkringsbalken

Av bestämmelsen i 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken framgår att när det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i

[10] Jfr prop. 2008/09:200 s. 554 f.
[11] Jfr prop. 1996/97:121 s. 37, 2008/09:200 s. 557 och 2009/10:69.
[12] Jfr HFD 2010 ref 120.

övrigt för tillämpningen av socialförsäkringsbalken får Försäkringskassan

1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare, anordnare av personlig assistans eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter
2. besöka den försäkrade
3. begära ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig
4. begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Av förarbetena framgår att bestämmelsen omfattar alla slags ersättningar enligt balken. Den är därför tillämplig för såväl sjukpenning som assistansersättning. Detta är utredningsbefogenheter som jämfört med tidigare reglering är utvidgade och nu gäller för hela socialförsäkringsområdet. Det kan finnas behov för Försäkringskassan att vidta ytterligare åtgärder t.ex. när det gäller bedömningen av rätten till en ersättning eller storleken på en ersättning som redan betalas ut. Detta ställer krav på en precisering av vilka utredningsbefogenheter som Försäkringskassan har för att kunna bedöma vad den försäkrade egentligen har rätt till. Det finns därför regler om vilka befogenheter som Försäkringskassan kan använda för att vidta sådana fördjupade åtgärder.[13]

Enligt 110 kap. 14 § punkten 3 socialförsäkringsbalken får Försäkringskassan begära ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig om det behövs för att bedöma rätten till ersättning eller rehabilitering. Av Försäkringskassans vägledning framgår att Försäkringskassan för närvarande använder, som det tidigare har framgått, tre typer av försäkringsmedicinska utredningar: särskilt läkarutlåtande (SLU), ett läkarutlåtande efter teambaserad medicinsk utredning eller en aktivitetsförmågeutredning. Gemensamt för de olika typerna av försäkringsmedicinska

[13] Jfr prop. 2008/09:200 s. 557 f.

utredningar är att de ska belysa om sjukdomen påverkar den försäkrades förmåga till aktivitet. Vid ett SLU kan läkaren vid behov under utredningen ta hjälp av kompletterande kompetens, till exempel en sjukgymnast eller en psykolog.[14]

Av förarbetena framgår att regeringen anser att huvudregeln bör vara att det är en läkare med fördjupad utbildning i försäkringsmedicin som utfärdar ett särskilt läkarutlåtande.[15]

Enligt 110 kap. 14 § punkten 4 socialförsäkringsbalken får Försäkringskassan begära att den försäkrade genomgår en försäkringsmedicinsk utredning och tillhörande undersökningar för bedömning av hans eller hennes medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering för att fortsättningsvis ha rätt till en förmån.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår att det är i första hand utredningar som för den försäkrade är mindre ingripande som Försäkringskassan kan begära att han eller hon deltar i. Det kan vara undersökningar av specialistläkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter eller liknande. Ju mer ingripande utredningen är för den försäkrade, desto mer måste Försäkringskassan beakta principerna inom hälso- och sjukvården om den enskildes integritet och möjlighet till medverkan, och inflytande över utredning och behandling. Försäkringskassan måste även beakta andra faktorer än ekonomiska som kan innebära svårigheter för den försäkrade att t.ex. vara borta från hemmet i flera dagar.[16]

Lagtext som uttryckligen reglerar försäkringsmedicinska utredningar

Den enda bestämmelse som uttryckligen tar upp försäkringsmedicinska utredningar är 110 kap. 22 § socialförsäkringsbalken. Där framgår det att som villkor för rätt till eller ökning av sjukersättning eller aktivitetsersättning får det anges att den försäkrade under högst 30 dagar ska vara intagen på ett visst sjukhus eller vistas på en vårdinrättning för försäkringsmedicinsk utredning. Bestämmelsen

[14] Jfr Försäkringskassans vägledning 2004:2, version 21.
[15] Jfr prop. 2002/03:89 s. 31.
[16] Prop. 1994/95:147 s. 49 f.

kompletterar bl.a. utredningsbestämmelsen i 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken.

Den enskildes deltagande i den försäkringsmedicinskautredningen

Den bestämmelse som kan vara av betydelse för den försäkrades deltagande i den försäkringsmedicinska utredningen är 110 kap. 53 § socialförsäkringsbalken. Där anges bl.a. att ersättning får dras in eller sättas ned om den som är berättigad till ersättningen utan giltig anledning vägrar att medverka till utredningsåtgärder enligt bl.a. 110 kap. 14 §.

Av 2 kap. 6 § regeringsformen framgår att var och en är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp.

Enligt förarbetena till bestämmelsen räknas som kroppsligt ingrepp kirurgiska operationer, kastrering m.m., men också läkarundersökningar och när man tar blodprov och fingeravtryck. Om t.ex. en läkarundersökning ställs upp som villkor för en förmån eller anställning räknas den inte som påtvingad.[17]

3.3 Förhållandet till hälso- och sjukvårdslagen

3.3.1 Vad ingår i begreppet hälso- och sjukvård?

Den grundläggande definitionen av begreppet hälso- och sjukvård finns i 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter, dvs. ambulans och liknande transporter.

Uttalanden i förarbeten om definitionen av hälso- och sjukvård

Förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen från år 1982 gäller fortfarande och av dessa framgår det att begreppet hälso- och sjukvård inte ska ges alltför vid tolkning. I stället bör hälso- och sjukvården i

[17] Prop. 1994/95:147 s. 49.

princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller social kompetens. Med medicinskt utbildad personal avses även personal, vars utbildning inriktas på patientomvårdnad och rehabilitering.

Definitionen av hälso- och sjukvård anses även omfatta förebyggande åtgärder som är både miljöinriktade och individinriktade. Bland de individinriktade förebyggande åtgärderna finns även åtgärder för att hitta hälsoproblem t.ex. riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsoupplysning samt mödra- och barnhälsovård. Hälso- och sjukvården har även tidigare ansetts omfatta såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd, åtgärder i samband med abort och sterilisering och sjuktransporter.[18]

3.3.2 Övrig lagstiftning med koppling till hälso- och sjukvårdslagen

Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen syftar enligt 1 § till att värna om patienternas säkerhet vid hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. Lagen innehåller vidare bestämmelser om bl.a. vårdgivares skyldighet att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal och Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn.

Med hälso- och sjukvård avses, enligt 2 §, verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen.

Med uttrycket "jämförlig verksamhet" avses sådan verksamhet som regleras i 5 kap. och 7 kap. 2 § samt verksamhet vid enheter för rättspsykiatriska undersökningar.[19]

För hälso- och sjukvård som bedrivs i enskild regi finns bestämmelser om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen.

---

[18] Prop. 1981/82:97 s. 44 och s. 110 ff.
[19] Prop. 2009/10:210 s. 188.

Patientskadelagen

Patientskadelagen gäller skador som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring). I lagen avses sådan verksamhet som omfattas av bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och annan liknande medicinsk verksamhet, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen.

Av förarbetena till lagen framgår att med annan liknande medicinsk verksamhet avses t.ex. levandeundersökningar i rättsmedicinskt syfte, rättspsykiatriska undersökningar samt medicinsk forskning på människor.[20]

Patientdatalagen

Patientdatalagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. Hälso- och sjukvård definieras på samma sätt som i hälso- och sjukvårdslagen.

Patientlagen

Patientlagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innehåller bestämmelser om tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, fast vårdkontakt och individuell planering, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel, ny medicinsk bedömning, val av utförare, personuppgifter och intyg, synpunkter, klagomål och patientsäkerhet.

[20] Prop. 1995/96:187 s. 78.

3.4 Övrig lagstiftning

3.4.1 Myndighetsutövning

När offentliga myndigheter utövar makt över enskilda benämns detta ofta som myndighetsutövning, vilket är ett begrepp som även används i ett flertal olika lagstiftningar, främst i förvaltningslagen men även i andra lagar. Begreppet är dock inte definierat i lag i dag utan för att finna en definition av begreppet måste man söka i den gamla förvaltningslagens 3 § (ÄFL 1971:290). Där framgår att myndighetsutövning är "utövning av befogenhet att för enskild bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinpåföljd, avskedande eller annat jämförbart förhållande". Denna definition gäller även i den nya förvaltningslagen trots att definitionen tagits bort i lagtexten.[21]

Gemensamt för all myndighetsutövning är, att det rör sig om beslut eller andra åtgärder, som ytterst är uttryck för samhällets maktbefogenheter i förhållande till medborgarna. Det behöver dock inte vara fråga om åtgärder som medför förpliktelser för enskilda.

Myndighetsutövning kan även föreligga i form av gynnande beslut, t.ex. tillstånd att driva viss verksamhet, befrielse från viss i författning stadgad förpliktelse och beviljande av social förmån. Karakteristiskt är emellertid att den enskilde på visst sätt befinner sig i ett beroendeförhållande

Om ett ärende uteslutande gäller lämnande av råd eller upplysningar eller andra oförbindande besked, är förvaltningslagens särskilda bestämmelser inte tillämpliga. Med uttrycket "bestämma om förmån" blir de särskilda bestämmelserna i allmänhet inte tillämpliga när en myndighet avger remissyttrande till en annan myndighet. Uttrycket "bestämma om" syftar inte bara på sådana avgöranden då myndigheten skiljer ärendet från sig genom prövning i sak utan även på de fall då ärendet avskrivs eller inte prövas i sak. Den precisering av begreppet myndighetsutövning som gjorts i det föregående utgår från förutsättningen att myndigheten grundar sin

[21] Prop. 1985/86:80 s. 55.

befogenhet att bestämma för enskild på författning eller på beslut av Kungl. Maj:t eller riksdagen.[22]

I praxis har man bedömt att utfärdande av läkarintyg för den som ansöker om taxiförarlegitimation eller tillstånd till färdtjänst, läkares deltagande i avstämningsmöten hos Försäkringskassan eller viss rådgivning via internet inte har varit myndighetsutövning.[23]

Den myndighetsutövning som förekommer inom t.ex. hälso- och sjukvården är i de situationer där det finns särskilt lagstöd genom bestämmelser om t.ex. tvångsvård och smittskydd.[24]

3.4.2 Behandling av personuppgifter

Försäkringskassan, landsting och även privata vårdgivare som ett landsting överlåtit uppdraget att utföra försäkringsmedicinska utredningar till behöver i samband med utredningarna behandla personuppgifter.

Försäkringskassan kan utföra den personuppgiftsbehandling som är nödvändig för de försäkringsmedicinska utredningarna med stöd av bestämmelserna i 114 kap. socialförsäkringsbalken. Detta följer bl.a. av 114 kap. 2, 7, 9 och 11 §§ socialförsäkringsbalken. Den personuppgiftsbehandling som ett landsting eller en privat vårdgivare utför vid en försäkringsmedicinsk utredning görs med stöd av personuppgiftslagen, om patientdatalagens bestämmelser inte är tillämpliga.

Syftet med personuppgiftslagen, enligt 1 §, är att skydda människor så att deras personliga integritet inte kränks genom behandling av personuppgifter. Enligt 5 § personuppgiftslagen gäller lagen behandling av personuppgifter, som är helt eller delvis automatiserad. Lagen gäller även för annan behandling av personuppgifter (manuell behandling) om uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier. Personuppgifter är all slags information som direkt eller indirekt

[22] Kungl. Maj:ts prop. med förslag till lag om allmänna förvaltningsdomstolar, 1971:30 s. 331 ff.
[23] Jfr HFD 2007 ref. 88 I–III.
[24] Förvaltningsrättslig Tidskrift, 1991 s. 317, "Något om myndighetsutövning inom hälso- och sjukvården" av Jan Sahlin.

kan hänföras till en fysisk person som är i livet enligt 3 §. I 10 § personuppgiftslagen regleras när behandling av personuppgifter är tillåten. Vad det gäller känsliga personuppgifter som rör t.ex. hälsa får de behandlas om den registrerade har lämnat sitt uttryckliga samtycke till behandlingen enligt 15 §, dvs. det ska inte vara ett tyst eller hypotetiskt samtycke. Känsliga personuppgifter får också behandlas om behandlingen är nödvändig enligt något av kriterierna i 16 §. Den registrerade ska få information om behandlingen av uppgifterna enligt 23–25 §§ personuppgiftslagen, t.ex. vilka uppgifter som kommer lämnas till Försäkringskassan och varför.

3.4.3 Sekretess och tystnadsplikt

Sekretess inom Försäkringskassan

Sekretess gäller hos Försäkringskassan enligt 28 kap. 1 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen, för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs och uppgiften förekommer i ärende enligt lagstiftningen om t.ex. allmän försäkring, allmän pension, arbetsskadeförsäkring, handikappersättning och vårdbidrag.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår att uttrycket personliga förhållanden i princip omfattar alla uppgifter som kan hänföras till den enskilde och kan gälla allt från uppgift om civilstånd och adress till arbetsförmåga och medicinsk diagnos. Även ekonomiska förhållanden som sjukpenninggrundande inkomst och sjukpenning faller under begreppet personliga förhållanden.[25]

Sekretess inom hälso- och sjukvården

Enligt 25 kap. 1 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller

[25] Prop. 1979/80:2 Del A s. 84 och 189.

någon närstående lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, exempelvis rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, befruktning utanför kroppen, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, omskärelse och åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår att med annan medicinsk verksamhet åsyftas i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen verksamhet som inte primärt har vård- eller behandlingssyfte. I lagtexten anges några verksamheter av särskild betydelse, men som framgår av lagen är det endast exempel. Att lämna en uttömmande uppräkning av alla de verksamheter som bestämmelsen bör omfatta är inte möjligt. För att så långt möjligt undanröja tvekan om sekretessens omfattning i vissa speciella fall har det i lagtexten angetts några verksamheter som är av särskild betydelse.[26]

Sekretess och tystnadsplikt hos enskilda vårdgivare

Offentlighets- och sekretesslagen är inte tillämplig för enskilda vårdgivare. Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får inte obehörigen röja vad denne fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen.

Det framgår av lagens förarbeten att det vid tolkning av vad som är ett obehörigt röjande av uppgifter har ansetts naturligt att söka ledning i offentlighets- och sekretesslagens regler. Ståndpunkten från lagstiftarens sida är att den enskilde ska ha samma skydd för sin personliga integritet vare sig han eller hon behandlas av en offentlig eller privat vårdgivare.[27] Hälso- och sjukvårdspersonal hos enskilda vårdgivare ska kunna läsa om de sekretessbrytande bestämmelserna för det offentligas verksamhet för att bedöma om dessa är möjliga att hämta ledning ur.

[26] Prop. 1979/80:2 Del A s. 167.
[27] Jfr prop. 2007/08:126 s.46, 132 f samt s. 248, 2005/06:141 s. 63, 2005/06:161 s. 82 och 93 och 1980/81:28 s. 28.

Sekretessbrytande bestämmelser

Trots att en uppgift i många fall är sekretessbelagd kan den i vissa situationer ändå lämnas ut. Det beror på att det finns en rad olika bestämmelser som bryter sekretess. Ofta grundar sig detta på att det finns en uppgiftsskyldighet för en viss myndighet och att uppgiften behövs för ett visst syfte.

Landstingen har en skyldighet att på begäran lämna uppgifter som avser en namngiven person till Försäkringskassan när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av socialförsäkringsbalken enligt 110 kap. 31 § socialförsäkringsbalken dvs. sjukpenning, pension m.m. Av ett förarbetsuttalande och från ett beslut från Justitieombudsmannen framgår att den nu aktuella regleringen har sekretessbrytande effekt när det avser uppgifter som lämnas från en myndighet till en annan myndighet. Sekretessen bryts således bl.a. inom all statlig, landstingskommunal eller kommunal sjukvård, t.ex. beträffande uppgifter ur patientjournaler rörande den försäkrade. Med namngiven person torde endast avses den försäkrade själv. Försäkringskassan bör dock vara restriktiv med att begära ut patientjournaler då dessa kan innehålla mer information än vad Försäkringskassan behöver.[28]

Enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen hindrar sekretess inte att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.

Av förarbetena till lagen framgår att Försäkringskassan kan behöva lämna ut sekretessbelagda uppgifter till en utomstående medicinsk expert för att få in ett yttrande som Försäkringskassan har begärt. Sekretessen hindrar inte att en uppgift lämnas till en privat vårdgivare eller till en annan myndighet, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet enligt 10 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen. Fler uppgifter än nödvändigt får inte lämnas ut eftersom bestämmelsen bör tillämpas restriktivt.[29]

[28] Jfr JO 2008/09 s. 345 och prop. 2012/13:1 utg.omr. 9, s. 233.
[29] Prop. 1979/80:2 del A s. 465.

Vem sekretessen riktar sig till

Förbudet att röja eller utnyttja sekretessbelagda uppgifter riktar sig till den myndighet där uppgiften finns och till personalen på den myndigheten (2 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen).

Sekretessbestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen innebär att inom Försäkringskassan kan det exempelvis vara en handläggare eller en försäkringsmedicinsk rådgivare som inte får avslöja uppgifter, vare sig muntligt eller genom att lämna ut en allmän handling eller på annat sätt. Detsamma gäller även hälso- och sjukvårdspersonalen samt att de också har tystnadsplikt enligt patientsäkerhetslagen. Eftersom patientsäkerhetslagen har företräde framför principen om rätten att meddela och offentliggöra uppgifter enligt 44 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen, finns det i stort sett inte någon sådan rätt för hälso- och sjukvårdspersonalen, oavsett om den är verksam i offentlig eller privat verksamhet.

3.4.4 Bestämmelser om objektivitet och jäv

Objektivitet

Av 1 kap. 9 § regeringsformen framgår att förvaltningsmyndigheter i sin verksamhet ska beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet.

Jäv

Reglerna i 11 och 12 §§ förvaltningslagen om jäv gäller bara vid förvaltningsmyndigheters handläggning av ärenden och riktar sig till den som på något sätt kan påverka ärendets utgång. Reglerna gäller inte bara den som beslutar i ett ärende, utan även de som har sådan befattning med ärendet att de kan påverka ärendets utgång. Reglerna talar om när den som ska handlägga ett ärende ska anses ha ett sådant intresse i ärendet att hans eller hennes opartiskhet kan ifrågasättas. Klara fall av jäv är t.ex. om ärendets utgång kan väntas medföra synnerlig nytta eller skada för en närstående. Utgångspunkten är att den som är jävig inte får handlägga eller delta i beredningen av ett ärende eller en ansökan. Den som känner till en

omständighet som kan utgöra jäv mot honom eller henne är skyldig att självmant meddela detta.

Enligt Försäkringskassans riktlinjer är syftet med de försäkringsmedicinska utredningarna att få ett fördjupat medicinskt underlag från en läkare och ett utredningsteam med särskild kompetens i försäkringsmedicin och att utredningen genomförs på ett neutralt och förutsättningslöst sätt. Det betyder att läkaren och teamet inte ska ha eller inte har haft någon behandlingskontakt med den försäkrade tidigare. Det betyder också att läkaren och teamet inte ska vara anställda eller ha varit anställda det senaste året på Försäkringskassan eller hos uppdragstagare till Försäkringskassan. Dessa riktlinjer syftar till att läkares eller utredningsteams opartiskhet och objektivitet inte ska kunna ifrågasättas på samma sätt som om läkare och utredningsteam är anställda av Försäkringskassan.[30]

3.4.5 Möjligheten till samarbete mellan landstingen m.m.

Det finns för närvarande inget samarbete mellan olika landsting om utförandet av försäkringsmedicinska utredningar. Det förekommer dock att ett landsting använder samma privata aktörer som ett annat landsting t.ex. Region Skåne och Blekinge.

Lokaliseringsprincipen

Kommuner och landsting får själva ta hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte ska handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan enligt 2 kap. 1 § kommunallagen (lokaliseringsprincipen).

Av praxis framgår att för att ett landsting via ett avtal ska ta på sig en uppgift gäller att reglerna i 2 kap. 1 § kommunallagen om gränserna för den kommunala kompetensen ska respekteras. En förutsättning för att ett landsting ska kunna engagera sig i anbuds-

[30] Riktlinjer för kvalitetskrav för teambaserade medicinska utredningar (TMU) och särskilda läkarutlåtanden (SLU) som Försäkringskassan beställer från landstingen, diarienummer 058733-2013.

givning i en offentlig upphandling av t.ex. utförande av försäkringsmedicinska utredningar är att landstinget disponerar eller avser att skaffa de materiella och personella resurser som behövs för ändamålet. Att behålla eller skapa en sådan organisation för att kunna delta i en upphandling av en tjänst som landstinget inte har ansvar för utgör inte en sådan angelägenhet av allmänt intresse som kommunen har rätt att engagera sig i.[31]

Den kommunala självstyrelsen

I 1 kap. 1 § kommunallagen anges att landsting sköter på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund de angelägenheter som anges i kommunallagen eller i särskilda föreskrifter. Det framgår även av 14 kap. 2 § regeringsformen att landsting sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Närmare bestämmelser om detta finns i regeringsformen. På samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag. En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den enligt 14 kap. 3 § regeringsformen.

Samarbetsmöjligheter enligt hälso- och sjukvårdslagen

Enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen ska landstinget erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård om någon som vistas inom landstinget behöver sådan vård oavsett vilket landsting som har ansvaret för den personen. Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det.

Möjligheter för landsting att upphandla privata aktörer

Av 12 kap. 4 § regeringsformen framgår att förvaltningsuppgifter kan överlämnas åt kommuner. Förvaltningsuppgifter kan även

[31] Jfr HFD 2003 ref 98.

överlämnas åt andra juridiska personer och enskilda individer. Innefattar uppgiften myndighetsutövning, får ett överlämnande göras endast med stöd av lag. Av 3 kap. 16 § kommunallagen framgår att kommuner och landsting får efter beslut av fullmäktige lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ. Om det i lag eller förordning anges att angelägenheten ska bedrivas av en kommunal nämnd eller om den innefattar myndighetsutövning, får den dock inte överlämnas med stöd av denna bestämmelse.

En upphandlande myndighet som ska tillhandahålla en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse kan alltså välja att antingen utföra tjänsten själv eller att uppdra åt någon annan att tillhandahålla tjänsten mot ersättning. Om en kommun eller ett landsting väljer att lägga ut en verksamhet på entreprenad ska detta som huvudregel ske med stöd av bestämmelserna i lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU). Vid upphandling av s.k. B-tjänster, t.ex. hälsovårds- och socialtjänster, tillämpas 15 kap. i lagen.

Nuvarande LOU genomför 2004 års EU-direktiv om upphandling. Nya EU-direktiv[32] på upphandlingsområdet trädde dock i kraft under 2014. Regeringen har i proposition 2015/16:195 lämnat förslag till genomförande av de nya direktiven bl.a. genom en ny lag om offentlig upphandling. Genom de nya direktiven ersätts regleringen av B-tjänster genom särskilda regler för upphandling av sociala tjänster och andra särskilda tjänster. Direktivens bestämmelser föreslås i propositionen genomföras genom motsvarande reglering som för nuvarande B-tjänster. De nya lagarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2017. Välfärdsutredningen, som lämnade sitt delbetänkande den 8 november 2016, har dock haft i uppdrag att se över hur reglerna för upphandling av sociala tjänster och andra särskilda tjänster kan göras enklare och mer flexibla.

Genom de nya direktiven införs ett nytt undantag för kontrakt som ingås mellan uteslutande två eller flera upphandlande myndigheter och som avser ett samarbete mellan myndigheterna (artikel 12.4 i det nya upphandlingsdirektivet). Bestämmelserna bygger på EU-domstolens praxis. För att ett kontrakt ska vara undantaget krävs att följande villkor är uppfyllda:

[32] Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

- Kontraktet inrättar eller genomför ett samarbete mellan de deltagande upphandlande myndigheterna för att säkerställa att de offentliga tjänster som de ska utföra tillhandahålls med målet att uppnå myndigheternas gemensamma mål.
- Genomförandet av samarbetet styrs endast av överväganden som sammanhänger med ett allmänintresse.
- De deltagande upphandlande myndigheterna utövar verksamhet på den öppna marknaden i en omfattning som understiger 20 procent av de verksamheter som berörs av samarbetet.

I ingressen till det nya upphandlingsdirektivet (beaktandesats 33) anges att upphandlande myndigheter bör kunna välja att tillhandahålla sina offentliga tjänster gemensamt genom samarbete utan skyldighet att använda en viss juridisk form. Ett sådant samarbete kan omfatta alla typer av verksamhet som sammanhänger med fullgörandet av tjänster och ansvar som förelagts de deltagande myndigheterna eller som de påtagit sig ansvaret för, t.ex. obligatoriska eller frivilliga uppgifter för lokala eller regionala myndigheter eller tjänster som genom lag ålagts vissa organ. De tjänster som tillhandahålls av de olika deltagande myndigheterna måste inte nödvändigtvis vara identiska; de kan också komplettera varandra.

Regeringen har i prop. 2015/16:195 föreslagit att artikeln ska genomföras i svensk rätt genom bestämmelser i de nya lagarna om undantag för upphandling mellan upphandlande myndigheter, se 2 kap. 17 och 18 §§ i förslaget till ny lag om offentlig upphandling (prop. 2015/16:195 del 1 s. 29 f.)

3.5 EU-rätten

3.5.1 Inledning

När nationella regler fastställs måste de vara förenliga med EU-rätten. Av denna anledning finns det skäl att klassificera vilken typ av tjänst försäkringsmedicinska utredningar är ur ett EU-rättsligt perspektiv samt avgöra vilka EU-rättsliga regler som ska tillämpas för att det inte ska strida mot EU-rätten.

De frågeställningar som behöver besvaras med hänsyn till EU-rätten är

- om statsstödsreglerna ska tillämpas på verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar och
- om försäkringsmedicinska utredningar är en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse.

Vi redogör här för relevant EU-lagstiftning och rättspraxis som grundas på ett rättsutlåtande. [33]

3.5.2 Statligt stöd

I fördraget om den Europeiska unionens funktionssätt (EUF) finns i artiklarna 107–109 bestämmelser om statligt stöd som ska säkerställa att konkurrensen inom den inre marknaden inte snedvrids.

Det bör observeras att stödet kan komma direkt från staten eller från regionala eller lokala organ inom landet. Det som betecknas "statligt stöd" omfattar alltså allt offentligt stöd i vid bemärkelse.

För att en ekonomisk överföring av något slag ska kunna kvalificeras som statligt stöd i EU-rättslig mening måste fyra villkor vara uppfyllda:

1. Det måste vara fråga om en selektiv ekonomisk förmån, dvs. ett visst företag eller viss produktion måste gynnas.
2. Förmånen måste finansieras direkt eller indirekt genom offentliga medel.
3. Förmånen måste snedvrida eller hota att snedvrida konkurrensen.
4. Förmånen måste påverka handeln mellan medlemsstaterna.

[33] Rättsutlåtande angående försäkringsmedicinska utredningar av Jörgen Hettne som är docent i EU-rätt och tf. direktör vid Svenska institutet för europapolitiska studier (Sieps) och Maria Fritz som är doktorand i EU-rätt vid Institutionen för handelsrätt vid Lunds universitet.

3.5.3 Begreppet företag

EU-domstolen har genomgående definierat företag som enheter som utövar ekonomisk verksamhet, oberoende av deras rättsliga ställning och hur de finansieras. Kvalificeringen av en viss enhet som ett företag hänger därför samman med vilken typ av verksamhet den bedriver. Detta får flera konsekvenser:

1. Det är inte avgörande vilken status enheten har enligt nationell lagstiftning.
2. Två separata juridiska personer kan anses utgöra en ekonomisk enhet. Hela den ekonomiska enheten betraktas då som ett företag.
3. Tillämpningen av EU:s regler är inte beroende av om enheten har skapats för att generera vinst. Enligt EU-domstolarnas rättspraxis kan även ideella organisationer erbjuda varor och tjänster på en marknad.
4. Klassificeringen av en enhet som företag är alltid relaterad till en särskild verksamhet. Ett företag som utför både ekonomisk och icke-ekonomisk verksamhet är att betrakta som ett företag endast i fråga om den verksamhet som är ekonomisk.

För att klargöra skillnaden mellan ekonomisk och icke-ekonomisk verksamhet har EU-domstolen konsekvent slagit fast att all verksamhet som går ut på att erbjuda varor och tjänster på en marknad utgör ekonomisk verksamhet. Frågan om det finns en marknad för en viss tjänst beror på hur en viss tjänst organiseras i den berörda medlemsstaten. Mot denna bakgrund gäller t.ex. reglerna om statligt stöd endast om en viss verksamhet tillhandahålls i en marknadsmiljö. Som framgått kan tjänstens ekonomiska art skilja sig åt från en medlemsstat till en annan.

En myndighets beslut att inte tillåta tredje man att tillhandahålla en viss tjänst (t.ex. därför att den vill tillhandahålla tjänsten inom ramen för sin egen organisation) utesluter inte heller förekomsten av en ekonomisk verksamhet. Trots en sådan avskärmning av marknaden kan en ekonomisk verksamhet existera om andra aktörer har vilja och kapacitet att tillhandahålla tjänsten på den berörda marknaden.

3.5.4 Begreppet "tjänster av allmänt intresse"

Tjänster av allmänt intresse

Tjänster av allmänt intresse omfattar både tjänster av allmänt ekonomiskt intresse och icke-ekonomiska tjänster av allmänt intresse[34]. Tjänster av allmänt intresse är bl.a. hälso- och sjukvård, renhållning, bibliotek och utbildning i viss utsträckning. EU-domstolen har uppställt ett antal kriterier som ska vara uppfyllda för att en tjänst ska anses som allmännyttig[35]. Tjänsten ska

- vara betydelsefull för konsumenterna
- vara öppen för alla konsumenter
- tillhandahållas på likartade villkor.

Icke-ekonomiska tjänster av allmänt intresse

Icke-ekonomiska tjänster är tjänster som inte är av ekonomisk art. Två verksamhetskategorier har fastställts vara icke-ekonomiska.

1. Verksamhet kopplad till utförandet av statliga befogenheter
2. Viss verksamhet av social natur

Ett skäl till att kvalificera en viss verksamhet som icke-ekonomisk är att granska i vilken mån den innefattar myndighetsutövning om den är förenad med "offentlig makt". Enligt artikel 51 EUF undantas nämligen verksamhet som hos medlemsstaten, om än endast tillfälligt, är förenad med utövandet av offentlig makt. Enligt EU-domstolen avser offentlig makt endast särskilda verksamheter och inte hela yrkesgrupper[36]. Artikel 51 EUF har överlag tolkats snävt. EU-domstolen har fastställt att den inte omfattar verksamheter som har en rent stödjande och förberedande karaktär i förhållande till utövandet av offentlig makt eller verksamheter som har

[34] Protokoll nr 26 om tjänster av allmänt intresse.
[35] Jfr mål C-393/92, Commune d´Almelo m.fl. mot NV Energiebedrijf Ijsselmij, punkt 48.
[36] Se mål C-355/98, kommissionen mot Belgien, mål C-114/97, kommissionen mot Spanien, mål C-42/92, Adrianus Thijssen mot Controledienst voor de verzekeringen, och mål C-2/74, Jean Reyners mot belgiska staten.

en rent teknisk karaktär, såsom programmering och drift av databehandlingssystem[37].

Offentlig maktutövning, såsom begreppet har definierats i EU-domstolens rättspraxis, sammanfaller i stort med den svenska termen myndighetsutövning. Det bör dock inte sättas ett likhetstecken mellan de bägge begreppen, eftersom "offentlig makt" i artikel 51 EUF är en autonom EU-rättslig term vars innebörd är beroende även av EU-domstolens framtida rättspraxis[38].

Hälso- och sjukvård är verksamhet som är ekonomisk i vissa medlemsstater och icke-ekonomisk i andra stater. Viss verksamhet av social natur, som t.ex. hälso- och sjukvård kan anses utgöra icke-ekonomisk verksamhet. Det gäller t.ex. organiseringen av allmänna sjukhus som är en integrerad del av det nationella hälso- och sjukvårdssystemet och som nästan helt bygger på solidaritetsprincipen, finansieras direkt med sociala avgifter och andra statliga medel och vars tjänster är gratis för dem som är anslutna till systemet på grundval av principen om allmän täckning[39].

Fördragens regler om fri rörlighet och konkurrens är inte tillämpliga på åtgärder som rör icke ekonomiska tjänster.

Tjänster av allmänt ekonomiskt intresse

I kommissionens kvalitetsram[40] förtydligas att tjänster av allmänt ekonomiskt intresse är ekonomisk verksamhet vars resultat är till övergripande del allmän nytta och som marknaden inte skulle tillhandahålla utan offentligt ingripande (eller endast på andra villkor vad avser kvalitet, säkerhet, överkomlighet, likabehandling och allmän tillgång). Den allmännyttiga skyldigheten läggs på leverantören i form av ett uppdrag som grundar sig på ett allmännyttig-

[37] Se mål C-42/92, Adrianus Thijssen mot Controledienst voor de verzekeringen och mål C-3/88, kommissionen mot Italien.
[38] Prop. 2008/09:187, s. 45. För en fördjupad analys av skillnaden mellan myndighetsutövning och offentlig makt, se Höök, J., Dags att mönstra ut begreppet myndighetsutövning? i Allmänt och enskilt: Festskrift till Lena Markusson (Iustus 2013) s. 177.
[39] Se mål T-319/99, FENIN mot kommissionen.
[40] Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, Rådet, Europeiska ekonomiska sociala kommittén samt regionkommittén, En kvalitetsram för tjänster av allmänt intresse i Europa, KOM (2011) 900 slutlig.

hetskriterium, som säkerställer att leverantören tillhandahåller tjänsterna under former som överensstämmer med uppdraget.

Av artikel 106.2 EUF framgår att företag som anförtrotts att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse eller som har karaktären av fiskala monopol ska vara underkastade reglerna i fördragen, särskilt konkurrensreglerna, i den mån tillämpningen av dessa regler inte rättsligt eller i praktiken hindrar att de särskilda uppgifter som tilldelats dem fullgörs. Utvecklingen av handeln får inte påverkas i en omfattning som strider mot unionens intresse. Artikeln innebär att fri rörlighet och konkurrens ibland kan inskränkas till förmån för allmänna intressen.

I kommissionens meddelande[41] om statligt stöd för ersättning för tillhandahållande av tjänster av allmänt ekonomiskt intresse klargörs centrala begrepp i samband med statligt stöd för allmännyttiga tjänster. Kommissionens beslut[42] förklarar vissa typer av ersättningar för en allmännyttig tjänst, som utgör statligt stöd, förenliga med fördraget i enlighet med artikel 106.2 EUF och undantar dem från anmälningsskyldigheten enligt artikel 108.3 EUF. I kommissionens rambestämmelser[43] anges på vilka villkor statligt stöd för tjänster av allmänt ekonomiskt intresse som inte omfattas av beslutet kan förklaras förenligt med den inre marknaden enligt artikel 106.2 EUF. Stöd enligt rambestämmelserna måste anmälas till kommissionen för godkännande. Kommissionen har emellertid i en förordning föreskrivit villkor enligt vilka försumbart stöd[44] till företag som tillhandahåller tjänster av allmänt intresse inte ska anses uppfylla alla villkor i artikel 107.1 i EUF och därmed inte heller utgör statligt stöd. Med försumbart stöd anses ett belopp som inte överstiger 500 000 euro per företag under en treårsperiod.

---

[41] Meddelande från kommissionen om tillämpningen av Europeiska unionens regler om statligt stöd på ersättning för tillhandahållande av tjänster av allmänt ekonomiskt intresse, EUT C 8, 11.1.2012, s. 4.

[42] Kommissionens beslut 2012/21/EU av den 21 december 2011 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (EUT L 7, 11.1.2012, s. 3).

[43] Meddelande från kommissionen – Europeiska unionens rambestämmelser för statligt stöd i form av ersättning för offentliga tjänster (2011) EUT C 8, 11.1.2012, s. 15.

[44] Kommissionens förordning (EU) nr 360/2012 av den 25 april 2012 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse som beviljas företag som tillhandahåller tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (EUT L 114, 26.4.2012, s. 8).

I vissa medlemsstater erbjuder sjukhus och andra vårdgivare sina tjänster mot ersättning, antingen direkt från patienterna eller via deras försäkring. I sådana system förekommer det ett visst mått av konkurrens mellan sjukhus när det gäller tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Om så är fallet kan en vårdtjänst inte kvalificeras som icke-ekonomisk bara därför att den tillhandahålls av ett offentligt sjukhus. EU-domstolarna[45] har också klargjort att vårdtjänster som oberoende läkare och andra privatpraktiserande läkare tillhandahåller mot ersättning på egen risk ska betraktas som ekonomisk verksamhet.

Altmark

I det betydelsefulla målet Altmark[46] var frågan om bussbolaget Altmark Trans kunde erhålla ett offentligt bidrag för att bedriva linjetrafik i den tyska regionen Landkreis Stendal utan att detta betraktades som statligt stöd i EU-rättslig mening. Domstolen påpekade att det krävdes att företaget i fråga gynnades ekonomiskt och fick en mer fördelaktig konkurrensställning än konkurrerande företag för att ersättningen skulle betraktas som statligt stöd. Det var inte uteslutet att den aktuella linjetrafiken var så pass olönsam att den inte kunde bedrivas under normala konkurrensvillkor och att ett offentligt bidrag därmed kunde vara berättigat. EU-domstolen ställde dock upp ett antal villkor för att kontrollera att så verkligen var fallet:

- Företaget i fråga skulle ha ålagts en skyldighet att tillhandahålla allmännyttiga tjänster och denna skyldighet skulle vara klart definierad.
- De kriterier på grundval av vilka ersättningen beräknades skulle vara fastställda i förväg på ett objektivt och öppet sätt.
- Ersättningen fick inte överstiga vad som krävdes för att täcka hela eller delar av de kostnader som hade uppkommit i samband med skyldigheten att tillhandahålla allmännyttiga tjänster, med

[45] Se de förenade målen C-180 till C-184/98, Pavlov m.fl., punkterna 75 och 77.
[46] Mål C-280/00 Altmark Trans GmbH och Regierungspräsidium Magdeburg mot Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH.

hänsyn tagen till de intäkter som därvid hade erhållits och till en rimlig vinst på grund av fullgörandet av denna skyldighet.

- I frånvaro av ett offentligt upphandlingsförfarande, skulle storleken av den nödvändiga ersättningen fastställas på grund av en undersökning av de kostnader som ett genomsnittligt och välskött företag normalt skulle ha haft med tillägg för en rimlig vinst.

Ersättning som ges till företag som utför allmännyttiga tjänster är, om alla villkor i Altmarkdomen är uppfyllda, inte att betrakta som statligt stöd. Ersättning utgör dock statligt stöd om den t.ex. utgör överkompensation, dvs. den överstiger de kostnader som företaget ådrar sig i utförandet av den allmännyttiga tjänsten.

4 Förslag och bedömningar

4.1 Val av modell

Det finns tre övergripande ansvarsmodeller som kan vara tänkbara för att hantera ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna:

1. Försäkringskassan bygger upp en egen organisation som har ansvaret för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.
2. Försäkringskassan upphandlar försäkringsmedicinska utredningarna av privata aktörer.
3. Landstingen ansvarar för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna antingen i egen regi eller genom att upphandla dessa av privata aktörer.

Inte någon av modellerna är problemfri utan det finns både för- och nackdelar med alla. FörMed-utredningen[47] gjorde den samlade bedömningen att den tredje modellen där Landstingen ansvarar för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna är att föredra framför de andra modellerna. Arbetsgruppen ser ingen anledning till att, när det gäller val av modell, göra någon annan bedömning.

När de försäkringsmedicinska utredningarna görs är några aspekter särskilt viktiga och det handlar t.ex. om objektivitet, geografisk spridning, långsiktighet, kompetens och närhet till forsknings- och utvecklingskliniker. Många landsting har redan i dag byggt upp verksamhet i egen regi där de gör försäkringsmedicinska utredningar, ofta inom ramen för en smärt- eller rehabiliteringsklinik. Det är verksamheter med god geografisk spridning i landet och det vore olyckligt om den gick till spillo. Vi anser även att det

[47] FörMed-utredningen S 2014:09.

är en stor fördel att de försäkringsmedicinska utredningarna knyts till landstingens övriga arbete. För den försäkrade kan det framstå som tryggare och mer "neutralt" att bli utredd av hälso- och sjukvårdspersonal som har landstinget som huvudman än om det sker inom ramen för Försäkringskassans verksamhet. Även möjligheten till samarbete mellan landsting för bättre samordning och resursutnyttjande borde öka med denna modell liksom möjligheten att knyta de försäkringsmedicinska utredningarna till forskningssatsningar. Arbetsgruppen bedömer att denna modell skapar förutsättningar för en relativt decentraliserad lokalisering av verksamheten i landet, till nytta för de försäkrade som därmed heller inte riskerar att få alltför långa resvägar.

Av remissvaren på betänkandet För kvalitét – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) framgår det att SKL och en majoritet av landstingen liksom i stort sett alla andra remissinstanser tillstyrker den föreslagna ansvarsmodellen. Ett flertal remissinstanser påpekar vikten av att landstingen får en stabil och långsiktig lösning för att på bästa sätt kunna göra de försäkringsmedicinska utredningarna.

4.2 Förslag till lag om försäkringsmedicinska utredningar

4.2.1 Inledande bestämmelser

Arbetsgruppens förslag: En lag om försäkringsmedicinska utredningar ska införas. Lagen ska innehålla bestämmelser om ansvar och befogenheter m.m. vid utredning av en försäkrads arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken. Med försäkrad ska avses detsamma som i socialförsäkringsbalken.

En försäkringsmedicinsk utredning ska vara en medicinsk undersökning av en försäkrad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En sådan undersökning ska dokumenteras i ett utlåtande som ska kunna användas som underlag vid Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga.

Arbetsgruppens bedömning: En försäkringsmedicinsk utredning bör inte vara att betrakta som hälso- och sjukvård.

När ett landsting eller en privat utförare genomför en försäkringsmedicinsk utredning på Försäkringskassans begäran bör det inte vara att anse som myndighetsutövning.

Skälen för arbetsgruppens förslag och bedömning: Det är viktigt att de försäkringsmedicinska utredningarna regleras i en stabil form. Även om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i stort har fungerat väl inom sjukförsäkringsområdet, är det angeläget med en lösning som ger stabila förutsättningar för verksamheten. En överenskommelse är inte juridiskt bindande för landstingen. De flesta landsting väljer ändå att följa överenskommelserna men det finns några landsting som bara följer överenskommelserna till viss del genom att emellanåt tacka nej till att utföra försäkringsmedicinska utredningar eller som inte har tillgodosett behovet av samtliga försäkringsmedicinska utredningar. Överenskommelserna innebär i praktiken att ett eller flera landsting skulle kunna sluta att leverera försäkringsmedicinska utredningar utan någon annan påföljd än att Försäkringskassan inte kan vara säker på att få tillgång till efterfrågat beslutsunderlag.

Tidsbegränsade överenskommelser medför att det inte finns möjligheter för Försäkringskassan eller landstingen att göra en långsiktig planering och utveckla verksamheten. För de landsting som upphandlar tjänsterna av privata aktörer innebär det att de bara kan teckna kortare avtal. De får därför lägga ner tid och resurser för att på nytt upphandla tjänsten, det kan även leda till att landstingen får högre kostnad för att göra utredningarna då inte heller den privata aktören kan planera långsiktigt och vill ha betalt för denna osäkerhet. Med en lagreglering av ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna skapas goda förutsättningar för en långsiktigt stabil lösning till nytta för Försäkringskassan, landstinget och den försäkrade.

Med en försäkringsmedicinsk utredning avses en medicinsk undersökning av en försäkrad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Undersökningen ska dokumenteras i ett utlåtande. Med medicinsk undersökning avses ett personligt möte mellan den försäkrade och en eller flera personer som har medicinsk utbildning och kompetens att bedöma en persons arbetsför-

måga. Utlåtandet ska kunna användas av Försäkringskassan som underlag vid prövning av den försäkrades arbetsförmåga i samband med bedömningen av rätten till ersättning. Utlåtandet ska vara skriftligt och innehålla medicinska iakttagelser och bedömningar om den försäkrades fysiska och psykiska status som är relevanta för bedömningen av arbetsförmågan.

En förklaring av vad en försäkringsmedicinsk utredning är behövs för att tydliggöra att en sådan inte är att betrakta som hälso- och sjukvård enligt definitionen i 1 § hälso- och sjukvårdslagen eftersom det i en försäkringsmedicinsk utredning inte ingår åtgärder som syftar till att vårda eller behandla en patients sjukdomar och skador. En försäkringsmedicinsk utredning syftar till att utreda en försäkrad persons fysiska och psykiska status för att i ett försäkringsärende kunna bedöma dennes arbetsförmåga, dvs. den försäkrades individuella förutsättningar att kunna återgå till arbete efter en lång tids sjukskrivning. En försäkringsmedicinsk utredning förutsätter dock medicinsk kompetens av den som undersöker den försäkrade. Sådan kompetens finns normalt inom hälso- och sjukvården. Det torde därför vara fråga om legitimerade läkare, psykologer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter som i första hand ska utföra eller medverka vid försäkringsmedicinska utredningar. Medverkan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal medför dock inte att en sådan utredning betraktas som hälso- och sjukvård. Förutom sin medicinska kompetens behöver den legitimerade personalen även kompletterande utbildning i s.k. försäkringsmedicin som tillhandahålls av Försäkringskassan.

En försäkringsmedicinsk utredning är en del av en försäkringsutredning som kräver medicinsk kompetens. Personalen som utför den försäkringsmedicinska utredningen förväntas ha ett eller flera personliga möten med den försäkrade utan att denne betraktas som en patient eftersom den försäkrade inte ska vårdas och behandlas för några sjukdomar eller skador.

En försäkringsmedicinsk utredning är inte heller att betrakta som myndighetsutövning. I en försäkringsmedicinsk utredning tar man inte ställning till om den försäkrade ska ha rätt till ersättning eller inte, utan den innehåller en beskrivning av den försäkrades funktions- och aktivitetsförmåga. När det försäkringsmedicinska utlåtandet skickas till Försäkringskassan efter den försäkringsmedicinska utredningen är det att jämställas med en form av ytt-

rande. Det är sedan upp till Försäkringskassan att avgöra vilken betydelse det försäkringsmedicinska utlåtandet har i den försäkrades ärende. Det försäkringsmedicinska utlåtandet utgör därmed endast en del av Försäkringskassans totala beslutsunderlag. Den slutsats vi kommer fram till är att en försäkrads ärende bereds hos Försäkringskassan som fattar ett beslut i ärendet. Arbetsgruppens bedömning är att all myndighetsutövning sker hos Försäkringskassan och inte hos det landsting eller den privata utförare som gör den försäkringsmedicinska utredningen.

4.2.2 Information till den försäkrade

Arbetsgruppens förslag: Inför en försäkringsmedicinsk utredning ska Försäkringskassan informera den försäkrade om vad en sådan utredning innebär, vilket underlag som kommer att överlämnas till den som ska utföra utredningen, att en utredning som kommer att innefatta läkarundersökning eller annat kroppsligt ingrepp endast får genomföras om den försäkrade samtycker till det och på vilket sätt utredningen kommer att ligga till grund för Försäkringskassans beslut om rätten till ersättning eller förmån.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Det är mycket viktigt att Försäkringskassan upplyser den försäkrade om anledningen till att han eller hon ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning, hur den kommer att genomföras och vad den kommer att användas till samt konsekvenserna om den försäkrade väljer att inte genomgå utredningen.

Försäkringskassan måste upplysa den försäkrade om vad en försäkringsmedicinsk utredning innebär dvs. vad utredningen går ut på, vilka eventuella tester och undersökningar som den försäkrade förväntas genomgå. För den försäkrade är det även viktigt att få information om vilka rättigheter och skyldigheter den försäkrade har i förhållande till Försäkringskassan, t.ex. att den försäkrades ersättning kan dras in eller sättas ned enligt 110 kap. 53 § socialförsäkringsbalken om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till utredningsåtgärder. Försäkringskassan ska även upplysa om vilket underlag som kommer att skickas till utföraren av

den försäkringsmedicinska utredningen eftersom det kan finnas underlag hos t.ex. behandlande läkare som inte kommit in till Försäkringskassan som den försäkrade vill att utföraren ska ha tillgång till. Försäkringskassan kan alltid begära att den försäkrade ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning. Arbetsgruppen gör dock bedömningen att på grund av det grundlagsskyddade förbudet mot påtvingat kroppsligt ingrepp i 2 kap. 6 § regeringsformen kan Försäkringskassan inte kräva att den försäkrade genomgår en sådan utredning. Om den försäkrade inte medverkar i en försäkringsmedicinsk utredning riskerar han eller hon dock att ersättningen dras in.

4.2.3 Utredningsformer och undersökningsmetoder

Arbetsgruppens förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om olika former av försäkringsmedicinska utredningar och olika undersökningsmetoder som får användas vid utredning av en försäkrad.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Det är i huvudsak utformningen av förmånerna inom socialförsäkringen som ställer krav på innehållet i de försäkringsmedicinska utredningarna. Det finns många olika tester och utredningsmetoder som skiljer sig åt både vad avser tidsåtgång och omfattningen av undersökningen beroende på vilken förmån det gäller. Om en försäkringsmedicinsk utredning behöver ändras eller utvecklas ska frågan om vilka metoder och tester som ska användas utarbetas av de myndigheter som har den mest relevanta kompetens på området. Det är även viktigt att det är förutsägbart vilken omfattning en försäkringsmedicinsk utredning har då detta har betydelse för landstingen när de ska anpassa sin verksamhet.

Vid t.ex. aktivitetsförmågeutredningar (AFU) är det i dag specificerat av Försäkringskassan i ”Manual för genomförande av Aktivitetsförmågeutredningar (AFU)” vilka olika standardiserade tester som ska användas av personalen som utför den försäkringsmedicinska utredningen. Däremot när det gäller ett särskilt läkarutlåtande (SLU) och en teambaserad medicinsk utredning (TMU) finns det inte några krav på vilka särskilda utredningsmetoder som

ska användas utan det är upp till läkaren att komplettera med de ytterligare undersökningar som kan behövas för att kunna bedöma hur sjukdomen påverkar den försäkrades förmåga att utföra relevanta aktiviteter.

I betänkandet kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) föreslogs att Försäkringskassan i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med landstingen skulle fastställa de metoder som ska användas i de försäkringsmedicinska utredningarna, av remissvaret från Socialstyrelsen framgår att de tillstyrker förslaget. Av Försäkringskassans remissvar framgår att de anser att det finns ett värde i att tydliggöra på vilket sätt metoderna som används i en försäkringsmedicinsk utredning ska tas fram. Försäkringskassan ansåg även att det ska fastslås vem som har rätt att avgöra vilken metod som ska användas om det finns motstridiga åsikter i frågan.

Arbetsgruppen föreslår att det i förordning preciseras vilka olika former av försäkringsmedicinska utredningar som ska tillämpas men att Försäkringskassan får meddela de närmare föreskrifterna om undersökningsmetoder m.m. Skälet till att Försäkringskassan ska inhämta Socialstyrelsens synpunkter är att undersökningsmetoder som ska tillämpas vid försäkringsmedicinska utredningar bör, så långt det är möjligt, bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet eftersom det vid sådana utredningar i princip krävs samma medicinska kompetens som vid undersökningar inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har en exklusiv tillgång till medicinsk expertis och mångårig erfarenhet av normeringsarbete inom hälso- och sjukvårdsområdet. Socialstyrelsens kompetens och erfarenhet inom detta område bör därför tillvaratas. Även landstingen ska ges möjlighet att lämna sina synpunkter på förslag till sådana föreskrifter genom att de remitteras på sedvanligt sätt.

Omfattningen och innehållet i försäkringsmedicinska undersökningar bör kunna varieras beroende på de behov som Försäkringskassan har i sitt ersättningsärende och kassan bör därför kunna välja mellan olika utredningsformer.

4.2.4 Underlag för utredning

Arbetsgruppens förslag: När en försäkringsmedicinsk utredning behövs ska Försäkringskassan tillhandahålla nödvändigt underlag till den som ska utföra utredningen. Försäkringskassan ska vidare informera utföraren om den försäkrade har särskilda behov som måste beaktas i samband med utredningen.

Skälen för arbetsgruppens förslag: När Försäkringskassan beställer en försäkringsmedicinsk utredning av landstinget måste Försäkringskassan tillhandahålla det underlag som behövs för utredningen. Försäkringskassan ska vid urvalet av underlaget beakta objektivitetsprincipen. Det är dock den som genomför undersökningen av den försäkrade som självständigt avgör vilket uppgifter i det bifogade underlaget som är relevant för bedömningen av den försäkrade. I vissa fall kan det förekomma att underlaget måste kompletteras, sådan komplettering ska dock göras med hjälp av Försäkringskassan. Försäkringskassan ska då införskaffa det efterfrågade underlaget, om det finns. Försäkringskassan har enligt 110 kap. 14 § bl.a. möjlighet att göra förfrågan hos den försäkrades läkare för att hämta in behövliga uppgifter eller begära ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig.

Arbetsgruppen vill särskilt poängtera vikten av att Försäkringskassan lämnar landstinget eller den privata aktör som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen information om när den försäkrade har särskilda behov av något slag. Det kan vara en försäkrad som inte behärskar det svenska språket eller som är allvarligt syn- hörsel- eller talskadad. Det är av stor vikt att den försäkrade förstår och kan göra sig förstådd under den försäkringsmedicinska utredningen då den försäkrades synpunkter och bedömning av sin egen förmåga har betydelse för utredningen. Det är även viktigt att den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen har nödvändig information om den försäkrade för att undvika onödiga kostnader och tidsspillan.

4.2.5 Landstingets skyldigheter

Arbetsgruppens förslag: Landstinget ska på begäran av Försäkringskassan tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar avseende försäkrade som är bosatta inom landstinget. Detsamma ska gälla i fråga om försäkrade som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget.

De skyldigheter som ankommer på ett landsting ska även gälla en kommun som inte ingår i ett landsting.

Skälen för arbetsgruppens förslag: De försäkringsmedicinska utredningarna utgår från de utredningsbefogenheter som framgår av 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken. Försäkringskassan måste kunna använda de utredningsåtgärder som behövs för att skaffa sig ett bra beslutsunderlag och uppfylla sin utredningsplikt. Lagen tillämpas när det behövs ytterligare utredning för att kunna bedöma rätten till ersättning eller förmån enligt socialförsäkringsbalken. Då kan Försäkringskassan begära en försäkringsmedicinsk utredning, dvs. en fördjupad medicinsk utredning, med stöd av sina utredningsbefogenheter enligt 110 kap. 14 §, se kap 3.2. När en försäkringsmedicinsk utredning ska göras är flera aktörer involverade. Försäkringskassan beställer en utredning från det aktuella landstinget och sedan är det landstinget, ett annat landsting eller en privat aktör som ska göra utredningen. Det är ytterst viktigt att samspelet mellan dessa olika aktörer fungerar på ett smidigt och tillförlitligt sätt för att slutprodukten ska bli bra. Regeringen får meddela verkställighetsföreskrifter om den mer detaljerade regleringen av den praktiska hanteringen av de försäkringsmedicinska utredningarna.

4.2.6 Landstingens samverkan

Arbetsgruppens förslag: Landstinget ska få sluta avtal med ett annat landsting eller någon annan om att ta över uppgiften att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar. Avtalet ska ange de villkor som gäller för överlämnandet och utförandet av

uppgifterna. Ett landsting ska få åta sig att utföra de uppgifter som ett annat landsting ansvarar för.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Ett landsting bör genom ett avtal få utföra de uppgifter som ankommer på ett annat landstingen enligt denna lag. Flera landsting vill kunna samarbeta med ett annat landsting och det finns landsting som är villiga att ta emot försäkrade från ett annat landsting. För närvarande är inte alla landsting intresserade av att utföra försäkringsmedicinska utredningar i egen regi. En samarbetsmöjlighet mellan landstingen kan medföra att inte alla landsting utför försäkringsmedicinska utredningar. Detta leder till att det blir större volymer för de landsting som har utredningsverksamhet. Fördelarna med det kan vara att

- landstingen kan utveckla och effektivisera verksamheten,
- landstingen kan öka kompetensen hos sin personal genom att de får större volymer och därmed mer rutin i att utföra utredningar,
- det blir lättare att tillgodose kraven på specialistkunskaper,
- landstingen kan göra större upphandlingar och
- problematiken med jäv kan minskas.

En viktig legal princip är att ett landsting inte kan, vare sig inom det egna eller i andra landsting, köpa vårdtjänster av en privat vårdgivare utan att tillämpa lagen (2007:1091) om offentlig upphandling eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Vi vill framhålla att när landstingen upphandlar privata aktörer för att utföra försäkringsmedicinska utredningar ska lagen om offentlig upphandling tillämpas. Försäkringsmedicinska utredningar är inte en B-tjänst i form av hälsovård och socialtjänster enligt kategori 25 i bilaga 3 till lagen. Detta innebär att lagen om valfrihetssystem inte blir tillämplig. Det finns dessutom ingen valfrihet för den försäkrade att själv välja utförare av den försäkringsmedicinska utredningen som inom hälso- och sjukvård.

Landstingen bör, i likhet med hälso- och sjukvården, kunna lägga ut försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet på entreprenad till en eller flera privata aktörer. Landstinget har dock kvar det

övergripande ansvaret för verksamheten och ska upphandla verksamheten enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling och följa upp och kontrollera verksamheten.

Enligt 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) får kommuner och landsting själva ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunen eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte ska hanteras enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan (lokaliseringsprincipen). Men det faktum att de uppgifter som ett landsting ansvarar för enligt denna lag får utföras av ett annat landsting innebär ett undantag av denna princip. Ett landsting kan alltså överenskomma med ett annat landsting att de försäkringsmedicinska utredningarna som ska utföras på försäkrade som är bosatta eller kvarskrivna inom det egna landstinget ska, mot ersättning, utföras av ett annat landsting. Landstinget har dock kvar det övergripande ansvaret för verksamheten på samma sätt som om landstinget skulle lagt ut verksamheten på entreprenad till en privat aktör.

Ett landsting får alltså välja att driva försäkringsmedicinska utredningar i egen regi, i samverka med ett eller flera landsting men även att upphandla verksamheten hos en eller flera privata aktörer eller som en kombination av dessa varianter.

4.2.7 Verksamheten och dess ledning

Arbetsgruppens förslag: I verksamhet där det utförs försäkringsmedicinska utredningar ska det finnas en person som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). Det ska även finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Inom hälso- och sjukvård ska det finnas någon som svarar för verksamheten dvs. en verksamhetschef. Detta gäller både inom offentlig hälso- och sjukvård, vare sig denna bedrivs av landstingen, kommunerna eller staten, och inom enskild vård, t.ex. sjukhus som drivs i privat regi. Det gäller också inom t.ex. företagshälsovården. De landsting och privata aktörer som ska göra de försäkringsmedicinska utredningarna bedriver för

det mesta även hälso- och sjukvård och har därmed en verksamhetschef eller motsvarande. Om t.ex. en privat aktör bara skulle göra försäkringsmedicinska utredningar måste det ändå finnas någon som har en ledningsfunktion motsvarande verksamhetschefens. Verksamhetschefen ska därmed vara en fysisk person som har den kompetens och utbildning som krävs för att leda och ansvara för verksamheten. Däremot finns inget krav på att verksamhetschefen ska ha medicinsk kompetens. Kravet på en verksamhetschefsansvarig gäller oavsett om verksamheten bedrivs i landstingets regi eller av en privat utförare.

Kravet på att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär att verksamheten bör vara av permanent karaktär och inte endast tillfällig, dvs. att verksamheten endast åtar sig enstaka uppdrag avseende försäkringsmedicinska utredningar.

4.2.8 Personalens kompetens och utbildning

Arbetsgruppens förslag: Den personal som utför den försäkringsmedicinska utredningen ska ha den kompetens och utbildning som krävs för att bedöma den försäkrades arbetsförmåga. Personalen ska visa den försäkrade omtanke och respekt.

Regeringen ska få meddela föreskrifter om vilka krav på kompetens som gäller vid försäkringsmedicinska utredningar.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter om vilka krav som ska ställas på personalens utbildning.

Skälen för arbetsgruppens förslag: För Försäkringskassan är det viktigt att den försäkringsmedicinska utredningen håller en hög kvalitet och kommer att vara ett bra beslutsunderlag. Det är därför av flera skäl viktigt att den personal som utför utredningen har tillräcklig kompetens och utbildning. Arbetsgruppen anser att det inte är möjligt att i lag fastställa närmare krav på utbildning och kompetens då detta varierar mellan de olika försäkringsmedicinska utredningarna och att kraven kan förändras över tiden. Det kan även tillkomma nya typer av försäkringsmedicinska utredningar där det kan ställas andra krav.

Arbetsgruppen anser vidare att det inte heller är möjligt att i lag peka ut några specifika yrkesgrupper som ska göra de försäkringsmedicinska utredningarna då även detta kan variera över tid och mellan olika utredningstyper. Men för att kunna bedöma en persons arbetsförmåga på ett noggrant och omsorgsfullt sätt torde det krävas både medicinsk utbildning och erfarenhet från hälso- och sjukvården. För att utföra försäkringsmedicinsk utredning bör det därför krävas legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat utbildning. I första hand torde det vara fråga om läkare med kompletterande utbildning i försäkringsmedicin men även andra yrkesutövare kan vara aktuella t.ex. arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Det är därför lämpligt att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka krav på utbildning som gäller vid de olika försäkringsmedicinska utredningarna men att endast regeringen får meddela föreskrifter om vilka krav på kompetens som ska gälla vid de olika försäkringsmedicinska utredningarna.

Arbetsgruppen vill även förtydliga att den försäkrade ska visas omtanke och respekt vid utförandet av den försäkringsmedicinska utredningen. Inom hälso- och sjukvården finns det sedan lång tid krav på att visa patienten omtanke och respekt. Detta framgår av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

4.2.9 Dokumentation

Arbetsgruppens förslag: Iakttagelser och bedömningar i samband med en utredning av en försäkrads arbetsförmåga ska dokumenteras i ett skriftligt utlåtande. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om krav på utlåtandet, dess utformning och innehåll.

Den som efter en undersökning av den försäkrade upprättar ett utlåtande avseende dennes arbetsförmåga ska iaktta saklighet och opartiskhet.

Utlåtande och andra dokumenterade uppgifter om den försäkrade ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte har tillgång till dem.

Det underlaget som den som utför utredningen har fått låna av Försäkringskassan ska återlämnas snarast efter avslutad ut-

redning. Ett utlåtande ska bevaras minst tio år efter det att det upprättades.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Bedömningar av en försäkrads arbetsförmåga bör dokumenteras i ett utlåtande. Som framgår av 4 kap. 3 § ska den som utför en försäkringsmedicinsk utredning få ett underlag från Försäkringskassan. Underlaget ska bl.a. innehålla uppgifter om den försäkrades hälsotillstånd m.m. Efter avslutad undersökning ska den som utfört undersökningen upprätta ett skriftligt utlåtande om den försäkrades arbetsförmåga och återlämna underlaget till Försäkringskassan. Eftersom en försäkringsmedicinsk utredning inte är att anse som hälso- och sjukvård behöver personalen inte föra någon patientjournal över den försäkrades undersökning, dokumentationen bör göras i utlåtandet.

Ett utlåtande bör utfärdas av den eller de som deltagit i utredningen och har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården samt har specialistkompetens som är adekvat för att bedöma aktuella sjukdomar eller skador som ska utredas och har försäkringsmedicinsk utbildning.

Enligt Försäkringskassans riktlinjer ska en ansvarig läkare redovisa sin utredning och bedömning i ett särskilt angivet utlåtande. Detta krav bör även framgå av lagreglerna i och med att det är det försäkringsmedicinska utlåtandet som ska skickas till Försäkringskassan och som kommer att ingå som en del av Försäkringskassans beslutsunderlag. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka krav som ska finnas på dokumentationen i utlåtandet.

Efter avslutad utredning ska utlåtandet översändas till Försäkringskassan för att utgöra underlag vid bedömning av den försäkrades arbetsförmåga. Utföraren av den försäkringsmedicinska utredningen ska dock behålla en kopia av det utlåtande som upprättats. Ett landsting i egenskap av myndighet måste följa bestämmelser om bevarande och gallring av allmänna handlingar enligt arkivlagen (1990:783) och dess tillhörande författningar. Huvudregeln för allmänna handlingar är att de ska bevaras. Eftersom privata utförare inte omfattas av arkivlagen bör det införas en bestämmelse som anger en minimitid att bevara utlåtanden som upprättats av privata utförare. Skäl för att kräva en skyldighet att bevara utlåtanden är bl.a. för att möjliggöra uppföljning, utvärdering och tillsyn av pri-

vata utredningsverksamheter. Även forskningen kan ha ett intresse av att ta del av dessa utlåtanden. Skyldigheten att bevara ett upprättat utlåtande riktar sig mot privata verksamheter och det blir därför verksamhetschefen som ska säkerställa att så sker. För landsting som utför försäkringsmedicinska utredningar i egen regi är ett utlåtande att betrakta som en allmän handling och då gäller arkivlagens bestämmelser.

När Försäkringskassan bedömer att de behöver en försäkringsmedicinsk utredning går det en signal till det ansvariga landstinget. Landstinget svarar Försäkringskassan med besked om vilken läkare eller leverantör som ska göra utredningen. Försäkringskassan skickar sedan utvalda underlag angående den försäkrade som ska genomgå utredningen till den som ska göra den försäkringsmedicinska utredningen. Resultatet som framkommit från den försäkringsmedicinska utredningen dokumenteras i ett utlåtande. Utlåtandet skickas till Försäkringskassan liksom det underlag som Försäkringskassan skickade angående den försäkrade inför utredningen. En kopia av utlåtandet ska behållas hos den utförande enheten.

För att stärka skyddet för de uppgifter om försäkrade som förekommer i utlåtande, i de underlag som skickats från Försäkringskassan eller som i övrigt dokumenteras av verksamheten föreslår vi att det införs en bestämmelse om att verksamheten som utför en försäkringsmedicinsk utredning ska se till att uppgifterna hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Detta innebär att obehöriga personer, t.ex. andra försäkrade, anhöriga eller övrig personal, inte ska kunna komma åt uppgifterna. Bestämmelsen avser både manuell hantering och automatiserad behandling av uppgifterna. För automatiserad behandling av personuppgifter finns vidare bestämmelser i personuppgiftslagen, PUL. Snarast efter det att en utredning är avslutad ska det underlag som Försäkringskassan tillhandahållit utföraren av den försäkringsmedicinska utredningen återlämnas till Försäkringskassan. Det underlag som behövs för att utföra en försäkringsmedicinsk undersökning tillhör Försäkringskassan och är endast utlånat till den som ska utföra utredningen

4.2.10 Behandling av personuppgifter

Arbetsgruppens förslag: Personuppgiftslagen ska gälla vid behandling av personuppgifter om inte annat följer av förslaget till ny lag. Behandling av personuppgifter ska få utföras även om den försäkrade motsätter sig den.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Personuppgiftslagen (1998:204) PUL har till syfte att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks när personuppgifter behandlas. I PUL anges vissa grundläggande krav för all behandling av personuppgifter. Personuppgifter får bara samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och de får inte behandlas för något ändamål som är oförenligt med det ändamål för vilket de samlades in (den s.k. finalitetsprincipen). De personuppgifter som behandlas ska vara adekvata och relevanta i förhållande till ändamålet med behandlingen, och fler personuppgifter får inte behandlas än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med behandlingen. Vidare ska de personuppgifter som behandlas vara riktiga och, om nödvändigt, aktuella och alla rimliga åtgärder ska vidtas för att rätta, blockera eller utplåna sådana uppgifter som är felaktiga eller ofullständiga med hänsyn till ändamålen med behandlingen. Personuppgifter får som regel inte heller bevaras under längre tid än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen med behandlingen (9 § PUL). Lagen innehåller vidare bestämmelser om säkerheten vid behandling av personuppgifter (30–32 §§ PUL). Begreppet "behandlas" är brett, det omfattar insamling, registrering, lagring, bearbetning, spridning, utplåning, m.m. PUL innehåller ett antal detaljerade hanteringsregler t.ex. grundläggande krav som ska vara uppfyllda då personuppgifter behandlas, bestämmelser om vad som är tillåten behandling och om skyldighet att informera de registrerade. Dessa regler gäller för behandling av personuppgifter i strukturerat material som traditionella dataregister, databaser och ärende- och dokumenthanteringssystem.

Det finns idag inget gemensamt IT-system för hanteringen av uppgifter vid försäkringsmedicinska utredningar. Medicinska underlag och utlåtanden som går mellan parterna skickas i pappersform per post. Arbetsgruppen har fått information om att Försäk-

ringskassan planerar en förstudie under 2017 för ett IT-stöd för försäkringsmedicinska utredningar.

För att tydliggöra vad som gäller vid behandling av personuppgifter bör en bestämmelse införas som anger att PUL ska gälla om inte annat följer av denna lag. Behandling av personuppgifter hos landstingen eller hos annan utförare som landstinget har slutit avtal med ska göras i enlighet med PUL. Eftersom en försäkringsmedicinsk utredning inte är att betrakta som hälso- och sjukvård blir inte patientdatalagen (2008:355) tillämplig. Försäkringskassans personuppgiftsbehandling vid försäkringsmedicinska utredningar avser myndighetens verksamhet i fråga om förmåner och ersättningar och regleras därför i 114 kap. socialförsäkringsbalken, SFB. I de fall inte annat följer av 114 kap. SFB gäller dock PUL även för Försäkringskassan.

Personuppgiftsansvarig är den som bestämmer ändamålen och medlen för behandling av personuppgifter. Försäkringskassan är personuppgiftsansvarig för den behandling som myndigheten utför i sina IT-stöd. Landstinget och den utförare som landstinget slutit avtal med är personuppgiftsansvarig för den personuppgiftsbehandling som de utför i sina respektive IT-stöd. Som tidigare nämnts finns idag inget gemensamt IT-stöd för hantering av de försäkringsmedicinska utredningarna, men ett sådant stöd planeras. Vem som kommer att anses som personuppgiftsansvarig för personuppgifter i det framtida gemensamma IT-stödet påverkas naturligtvis av hur stödet kommer att utformas.

Enligt PUL är det bara tillåtet att behandla personuppgifter om den registrerade har lämnat sitt samtycke eller om någon annan grund enligt 10 § PUL är uppfylld.

Vid en försäkringsmedicinsk utredning får den försäkrade anses vara i en beroendeställning, om samtycke inte ges till en försäkringsmedicinsk utredning kan detta resultera i att den försäkrade inte beviljas den förmånen som han eller hon har ansökt om. Ett samtycke som den försäkrade ger kan således komma att sakna den frivillighet som krävs för att utgöra grund för behandling av personuppgifter. Behandling av den försäkrades personuppgifter kan därför inte göras enbart med stöd av den försäkrades samtycke.

I 10 § b PUL anges att behandling av personuppgifter får göras för att den personuppgiftsansvarige ska kunna fullgöra en rättslig skyldighet. Landstingen får genom den föreslagna lagen en rättslig

skyldighet att utföra försäkringsmedicinska utredningar för de som är bosatta i landstinget. Det får dock anses mer tveksamt om också andra utförare med stöd av det avtal som har tecknats med ett landsting kan anses ha en rättslig skyldighet att behandla personuppgifter i dessa fall. I 10 § d PUL anges att personuppgifter får behandlas för att en arbetsuppgift av allmänt intresse ska kunna utföras. Att en begäran om socialförsäkringsförmåner blir utredd i den omfattning som ärendet kräver, så att korrekt ersättning kan beviljas, måste anses utgöra ett allmänt intresse. Allmänhetens förtroende för socialförsäkringen grundar sig på att rätt ersättning betalas ut till en berättigad person och att statens medel inte används för att betala ut socialförsäkringsförmåner till dem som inte uppfyller kraven i regelverket. Utförandet av en försäkringsmedicinsk utredning bör därför kunna anses vara en arbetsguppgift av allmänt intresse.

Arbetsgruppens bedömning är att det för att få en ändamålsenlig verksamhet är nödvändigt att en försäkringsmedicinsk utredning kan genomföras även om den försäkrade motsätter sig att hans eller hennes personuppgifter behandlas. En utredning bör därför få genomföras även om den försäkrade motsätter sig att t.ex. ett visst läkarintyg ingår i det underlag som Försäkringskassan skickar till landstinget eller annan utförare. En läkarundersökning eller ett annat kroppsligt ingrepp föreslås dock bara få utföras inom ramen för de försäkringsmedicinska utredningarna om den försäkrade själv samtycker till detta. I de fall en försäkrad inte samtycker till en läkarundersökning eller ett kroppsligt ingrepp ska en sådan inte utföras och då blir det inte heller aktuellt att genomföra en försäkringsmedicinsk utredning.

Vid en försäkringsmedicinsk utredning kommer känsliga personuppgifter om hälsa att behöva behandlas. Grunden till att Försäkringskassan begär en försäkringsmedicinsk utredning är att myndigheten ska ta ställning till ett anspråk om en förmån som en försäkrad ansökt om t.ex. sjukpenning. Känsliga personuppgifter om hälsa får behandlas hos Försäkringskassan med stöd av 114 kap. 11 § SFB eftersom de får anses nödvändiga för handläggningen av t.ex. ett sjukpenningärende. Känsliga personuppgifter får hos landstingen eller annan utförare behandlas med stöd av 16 § första stycket c PUL. Det får anses nödvändigt att då behandla känsliga

personuppgifter för att den försäkrades rättsliga anspråk om en socialförsäkringsförmån ska kunna fastställas.

Dagens hantering

När en försäkringsmedicinsk utredning görs i egen regi hos ett landsting är det Försäkringskassan och det berörda landstinget som är de aktörer som behandlar personuppgifter. I de fall som ett landsting har upphandlat en privat aktör som ska göra de försäkringsmedicinska utredningarna är det Försäkringskassan och den privata aktören som behandlar personuppgifterna.

När Försäkringskassan bedömer att det behövs en försäkringsmedicinsk utredning gör de en beställning via mail till landstingen, av mailet framgår endast avidentifierade uppgifter. Som framgår av 4.2.4 så ska Försäkringskassan när de beställer en försäkringsmedicinsk utredning tillhandahålla det underlag som behövs för att göra utredningen, det kan handla om läkarintyg eller andra utlåtanden för att styrka den enskildes arbetsförmåga. Dessa underlag innefattar känsliga personuppgifter om hälsa som t.ex. diagnos, bedömning av förmågor.

I samband med en försäkringsmedicinsk utredning förekommer det idag personuppgifter i pappersform. Det innebär att Försäkringskassan skickar underlag angående den försäkrade med rekommenderat brev till utföraren av den försäkringsmedicinska utredningen. Utlåtandet ska inte journalföras i en patientjournal och underlaget och utlåtandet ska brevledes skickas tillbaka till Försäkringskassan när utredningen är avslutad. Denna hantering kommer att gälla fram till ett IT-stöd finns på plats.

Konsekvenser för den personliga integriteten

Förslaget innebär inte att någon ökad behandling av personuppgifter kommer att göras. Redan idag utför landstingen försäkringsmedicinska utredningar. Genom förslaget till ny lag blir det tydligare att försäkringsmedicinska utredningar inte ska anses utgöra hälso- och sjukvård, detta innebär t.ex. att någon dokumentation i en patientjournal inte ska göras. Som tidigare nämnts planerar Försäkringskassan en förstudie för ett IT-stöd. Det plane-

rade IT-stödet innebär att underlag samt läkarutlåtande skulle kunna komma att elektroniskt skickas mellan Försäkringskassan och utförarna.

En försäkringsmedicinsk utredning gynnar ofta den försäkrade eftersom individen ges en möjlighet att få en genomgång av hans eller hennes arbets- och funktionsförmågor. Ett utlåtande kan sedan ligga till grund för bedömningen av rätten till en förmån men också till grund för bedömning av framtida rehabiliteringsåtgärder. Det är även möjligt att ett utlåtande som den försäkrade visar sin behandlande läkare kan leda till en bättre förståelse hos den behandlande läkaren om den försäkrades arbetsförmåga och funktionsnedsättning.

Den försäkrade ges i förslaget inte möjlighet att motsätta sig att hans eller hennes personuppgifter behandlas vid en försäkringsmedicinsk utredning. Anledningen till detta är bl.a. att Försäkringskassan ska kunna lämna allt det underlag som myndigheten bedömer är relevant till en utförare så att utredningen och utlåtandet ska få så hög kvalitet som möjligt. Det underlag som Försäkringskassan lämnar till landstingen eller andra utförare, t.ex. läkarintyg och läkarutlåtanden, syftar till att vara ett stöd och utgöra en grund för den som utför den försäkringsmedicinska utredningen. Får utföraren ta del av motstridiga läkarintyg är det också viktigt att utföraren noggrant undersöker just den funktionsnedsättning som det finns osäkerhet om. Den försäkrade har inte heller möjlighet att motsätta sig att utlåtandet skickas från utföraren till Försäkringskassan. Mot bakgrund av syftet med en försäkringsmedicinsk utredning, både vad gäller nyttan för den enskilde och för samhället görs bedömningen att denna nytta väger tyngre än den enskildes rätt att göra invändningar mot att personuppgifter behandlas i samband med utredningen.

En försäkringsmedicinsk utredning förutsätter medverkan från den försäkrade. Innan en beställning görs ska Försäkringskassan först ha informerat den försäkrade om vad en sådan utredning innebär samt säkerställt att den försäkrade accepterar att delta i en försäkringsmedicinsk utredning. Om den försäkrade motsätter sig läkarundersökning eller annat kroppsligt ingrepp, beställer Försäkringskassan ingen utredning. Det innebär att Försäkringskassan i dessa fall inte heller skickar personuppgifter till landsting eller annan utförare.

Ny dataskyddsförordning

PUL kommer att ersättas av 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). Den allmänna dataskyddsförordningen kommer att börja tillämpas den 25 maj 2018. Regeringen tillsatte den 16 juni 2016 en utredning med kommittédirektiven Dataskyddsförordningen – behandling av personuppgifter och anpassningar av författningar inom Socialdepartmenets område (dir. 2016:52). Utredningen har bl.a. i uppdrag att undersöka vilka konsekvenser dataskyddsförordningen medför i fråga om personuppgiftsbehandling särskilt inom Socialdepartementets verksamhetsområde, och vilka anpassningar som är behövliga eller lämpliga med anledning av den nya förordningen.

4.2.11 Ändamål med personuppgiftsbehandlingen

Arbetsgruppens förslag: Personuppgifter ska få behandlas inom den försäkringsmedicinska utredningsverksamheten om det behövs för administration som rör den försäkrade, utförande av försäkringsmedicinska utredningar och för planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Av 9 § första stycket c personuppgiftslagen, PUL följer att ändamålen vid en personuppgiftsbehandling ska vara konkreta och preciserade. En verksamhet som utför försäkringsmedicinska utredningar bör endast få behandla personuppgifter för särskilt angivna ändamål. En bestämmelse föreslås därför med syftet att ange en ram för när personuppgifter får samlas in och behandlas.

För att administrera och planera för försäkringsmedicinska utredningar, t.ex. i kontakten med den försäkrade och med Försäkringskassan blir det nödvändigt för landstingen och andra utförare att behandla personuppgifter. Detsamma gäller för själva utredningsverksamheten, då utförarna även behöver ta del av känsliga personuppgifter om hälsa. Även vid planering, utvärdering och

tillsyn kan det vara av vikt att landstingen eller andra utförare får ta del av personuppgifter. De personuppgifter som får behandlas ska behandlas i enlighet med bestämmelserna i PUL, dvs. de personuppgifter som behandlas ska vara relevanta, adekvata och riktiga. Fler personuppgifter än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet ska inte behandlas.

4.2.12 Tystnadsplikt m.m.

Arbetsgruppens förslag: Den som arbetar eller har arbetat inom en enskild verksamhet som bedriver försäkringsmedicinsk utredning ska inte få obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon i den verksamheten har fått veta om en försäkrads hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande ska det inte anses att någon fullgör en sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

För det allmännas verksamhet ska offentlighets- och sekretesslagen gälla.

Skälen för arbetsgruppens förslag: I en försäkringsmedicinsk utredning förekommer uppgifter om den försäkrades hälsa och personliga förhållanden. Försäkringskassan och den som utför utredningen måste kunna hantera uppgifterna på ett tillfredsställande sätt. Det finns därför ett behov av en tydlig rättslig reglering som skyddar den enskildes integritet.

I 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) regleras sekretessen för den enskildes uppgifter om t.ex. hälsotillstånd inom hälso- och sjukvården och annan medicinsk verksamhet. Annan medicinsk verksamhet avser t.ex. rättspsykiatriska undersökningar. Vi bedömer att även verksamhet som omfattar försäkringsmedicinska utredningar omfattas av begreppet annan medicinsk verksamhet och att ett sekretesskydd för den försäkrades uppgifter finns när ett landsting utför försäkringsmedicinska utredningar.

Som vi tidigare har konstaterat finns det även tystnadsplikt för den försäkrades uppgifter när det är en privat vårdgivare som utför utredningarna i och med att 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen ska vara tillämplig. Hälso- och sjukvårdspersonal hos en privat aktör

får inte obehörigen röja vad de fått veta om den försäkrades hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. För att den försäkrades personuppgifter ska få samma skydd hos en privat aktör som hos landstinget anser vi att personalen hos en privat aktör ska söka ledning i offentlighets- och sekretesslagens regler vid tolkning av vad som är ett obehörigt röjande.

4.2.13 Patientförsäkring

Arbetsgruppens bedömning: När en försäkringsmedicinsk utredning utförs bör patientskadelagen vara tillämplig och den försäkrade bör därför omfattas av patientförsäkringen.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Risken för att en försäkrad som genomgår en försäkringsmedicinsk utredning skulle skadas vid en undersökning får bedömas som mycket liten men den kan inte uteslutas. Det finns därför anledning att ha någon form av försäkring som täcker eventuella skador som kan drabba den försäkrade i samband med en försäkringsmedicinsk utredning.

I patientskadelagen (1996:799) finns bestämmelser om rätt till s.k. patientskadeersättning och skyldigheter för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring). En förutsättning för att ersättning ska lämnas är att en person har skadats i sin egenskap av patient. I patientskadelagen definieras inte begreppet patient men av förarbetena till den s.k. åliggandelagen (en av föregångarna till patientsäkerhetslagen) framgår att som patient räknas alla som etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt egna hälsotillstånd. Det spelar ingen roll om kontakten etablerats efter den enskildes eget initiativ eller om det sker på annat sätt. När någon ges vård eller behandling eller genomgår en undersökning ska han eller hon, oavsett anledning till åtgärden, betraktas som patient (jmfr. prop. 1993/94:149 s. 77).

Som framgår tidigare i avsnitt 4.2.8 så uppställs kompetenskrav på den personal som ska utföra försäkringsmedicinska utredningar. Den personal som utför försäkringsmedicinska undersökningar ska i princip ha samma medicinska kompetens som personalen inom hälso- och sjukvården, dvs. det ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Med beaktande av att personalen som ska utföra

försäkringsmedicinska utredningar ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan den försäkrade även anses vara en patient, i patientskadelagens mening, oavsett om kontakten med utredande hälso- och sjukvårdspersonal etablerats genom Försäkringskassan.

Försäkringsmedicinska utredningar är visserligen inte att betrakta som hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagens mening eftersom sådan utredning inte inbegriper vård och behandling av den försäkrade. Men i patientskadelagens mening skulle det ändå kunna vara fråga om hälso- och sjukvård eftersom den lagens definition av hälso- och vård är något vidare och inbegriper även "annan liknande medicinsk verksamhet". Av förarbetena till patientskadelagen framgår att med annan liknande medicinsk verksamhet avses t.ex. vad som brukar benämnas levandeundersökningar i rättsmedicinskt syfte samt rättspsykiatriska undersökningar. Dit hör också medicinsk forskning på människor (jfr. prop. 1995/96:187 s. 78).

Försäkringsmedicinska utredningar har i likhet med rättsmedicinska och rättspsykiatriska undersökningar i syfte att med hjälp av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal undersöka en individs hälsotillstånd och de iakttagelser och bedömningar som görs ska dokumenteras och ska kunna utgöra underlag vid en senare rättslig prövning av individens rättigheter eller skyldigheter. Det är därför naturligt att även försäkringsmedicinska utredningar kan betraktas som annan liknande medicinsk verksamhet enligt 5 § patientskadelagen. Därmed blir patientskadelagen också tillämplig på försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet och den försäkrade omfattas då av patientförsäkringen.

Beträffande vårdgivares skyldighet att ha en patientförsäkring som täcker ersättning som omfattas av patientskadelagen så stadgas i 5 § patientskadelagen att om verksamheten bedrivs av privat vårdgivare efter avtal med offentlig vårdgivare, är det den offentliga vårdgivaren som ska ha en försäkring. Ett landsting är en offentlig vårdgivare i sin egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. I och med den nu föreslagna lagen blir landstinget även huvudman för den försäkringsmedicinska utredningsverksamheten. Skyldigheten att ha en försäkring för den försäkringsmedicinska verksamheten innebär således inte något ytterligare åtagande för landstingen då sådan försäkring redan ska vara tecknad.

4.2.14 Tillsyn m.m.

Arbetsgruppens förslag: Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska utöva tillsyn över försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet. Den som avser att bedriva försäkringsmedicinsk verksamhet ska därför anmäla detta och eventuella förändringar i verksamheten till IVO. IVO ska ha rätt att inspektera försäkringsmedicinsk verksamhet och ska få inhämta de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen. IVO ska få besluta om åtgärder mot verksamheten och mot legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Arbetsgruppens bedömning: Den som utför försäkringsmedicinska utredningar bör i tillämpliga delar omfattas av kravet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Skälen för arbetsgruppens förslag och bedömning: Enligt betänkandet[48] har det framkommit att försäkrade har haft klagomål på genomförandet av försäkringsmedicinska utredningar. Det är oklart hur dessa klagomål har hanterats eftersom det funnits en osäkerhet om vilka bestämmelser som gäller. Frågan om den försäkrades säkerhet vid en försäkringsmedicinsk utredning har under utredningen lyfts fram av bl.a. Personskadeförbundet RPT. Även LO-TCO Rättsskydd har påtalat vikten av att den försäkrade kan framföra klagomål vad avser kvaliteten i en försäkringsmedicinsk utredning.

Vad gäller de försäkrades säkerhet vid en medicinsk undersökning i samband med en försäkringsmedicinsk utredning och kvaliteten i de verksamheter som utför sådana utredningar så är utgångspunkten att kraven på säkerhet och kvalitet i princip ska vara på samma nivå som inom hälso- och sjukvården. Detta innebär bl.a. att en undersökning av en försäkrad ska göras med metoder som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att den som bedriver försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet, utan att bedriva hälso- och sjukvård, bör i tillämpliga delar även omfattas av kravet att bedriva ett syste-

[48] För kvalitet – Med gemensamt ansvar, SOU 2015:17, s 158 ff.

matiskt patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

En försäkringsmedicinsk utredning syftar till att ta fram ett underlag som ska kunna användas vid bedömning av den försäkrades arbetsförmåga i samband med ett ärende hos Försäkringskassan om den försäkrades rätt till ersättning. Den försäkringsmedicinska undersökningen syftar alltså inte till fortsatt vård och behandling av en patient. Men en undersökning inom ramen för en försäkringsmedicinsk utredning kan innehålla motsvarande risker för den försäkrade som vid undersökning av en patient inom hälso- och sjukvården. I båda fallen är det fråga om ett personligt möte mellan en enskild person och en legitimerad yrkesutövare.

För hälso- och sjukvården gäller bl.a. patientsäkerhetslagen (2010:659) som syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bl.a. bestämmelser om tillsyn av hälso- och sjukvården och dess personal. Enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen avses med hälso- och sjukvårdspersonal bl.a. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och den som biträder en legitimerad yrkesutövare.

Försäkringsmedicinska utredningar betraktas förvisso inte som hälso- och sjukvård eftersom sådan utredning inte inbegriper vård och behandling av sjukdomar och skador. Men Försäkringsmedicinska utredningar ska utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. läkare, psykologer, fysioterapeuter (sjukgymnaster) och arbetsterapeuter. Dessa yrkesutövare torde i kraft av sin legitimation redan stå under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO), även i de situationer då de utför försäkringsmedicinska utredningar.

Flertalet utförare av försäkringsmedicinska utredningar bedriver även hälso- och sjukvård och står därför redan under IVO:s tillsyn. Det vore därför även lämpligt om de verksamheter där det bedrivs försäkringsmedicinska utredningar blir föremål för IVO:s tillsyn. En sådan verksamhetstillsyn borde också vara ändamålsenlig eftersom personalen redan omfattas av den s.k. individtillsynen i egenskap av legitimerade yrkesutövare. Ur ett tillsynsperspektiv torde detta samlade tillsynsansvar vara att föredra eftersom det ofta är genom verksamhetstillsynen som man uppmärksammar patient-

säkerhetsrisker och ges tillfälle att påtala eventuella brister i en verksamhet.

Vid en försäkringsmedicinsk utredning så är det vanligtvis inte några stora säkerhetsrisker för den försäkrade motsvarande sådana patientsäkerhetsrisker som annars finns inom hälso- och sjukvården. Det kan ändå finnas risker i ett möte mellan en försäkrad och en legitimerad yrkesutövare, t.ex. i samband med olika rörelseövningar i syfte att bedöma arbetsförmågan. Försäkrade som behöver genomgå en försäkringsmedicinsk utredning kan många gånger ha en förhållandevis komplex sjukdomsbild och dessa personer kan behöva genomgå flera olika undersökningar som inbegriper ett antal fysiska och psykiska tester. Mot denna bakgrund bör inte endast hälso- och sjukvårdspersonalen utan även själva verksamheten omfattas av en statlig tillsyn.

Tillsynen av försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet behöver inte nödvändigtvis beakta alla de moment av patientsäkerhetsarbete som följer av patientsäkerhetslagen. Men för att en tillsynsmyndighet ska kunna ha kännedom om sina tillsynsobjekt så behövs en anmälningsskyldighet för den som avser att bedriva verksamheten som står under myndighetens tillsyn. Av detta skäl bör det finnas en skyldighet att anmäla tillsynspliktig verksamhet som bedriver försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet till IVO.

Med tanke på den begränsade risk för skada som en försäkrad normalt exponeras för i samband med en försäkringsmedicinsk utredning kan det inte anses vara motiverat att ställa upp uttryckliga krav på att verksamheten ska bedriva ett systematiskt säkerhetsarbete motsvarade det som gäller för vårdgivare inom hälso- och sjukvården enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen. Dock torde det vara så att flertalet verksamheter bedriver hälso- och sjukvård och därmed har att följa hälso- och sjukvårdslagstiftningen i sin helhet. För övriga verksamheter torde det vara mer ändamålsenligt att i lagen ha materiella tillsynsbestämmelser för att säkerställa de nödvändiga befogenheterna för att IVO kunna bedriva en enklare form av individ- och verksamhetstillsyn. Det borde vara tillräckligt att ge IVO rätt att inspektera verksamheter som utför försäkringsmedicinsk utredningar, få inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen. Jämför med den tillsyn som IVO har enligt 8 § lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar. IVO:s tillsyn bör inte inbegripa rena bemötandefrågor eller sådant

som inte påverkar säkerheten för den försäkrade (patientsäkerheten).

IVO behöver i sin tillsyn över försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet möjlighet att vidta åtgärder mot verksamheter som inte fullgör sina skyldigheter motsvarande de åtgärder mot vårdgivare som följer av 7 kap. patientsäkerhetslagen. T.ex. förelägga verksamheten att fullgöra sina skyldigheter (vid behov förenat med vite), göra åtalsanmälan och besluta att helt eller delvis förbjuda en verksamhet. Dessa tillsynsåtgärder kan tyckas vara allt för ingripande med tanke på den begränsade risk för skada som en försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet utgör för de försäkrade. Men tillsynen bör ändå ha möjlighet att tillgripa dessa skarpa verktyg för det fall situationen kräver skarpa åtgärder. Det kan i sammanhanget nämnas att det inte är särskilt vanligt att dessa åtgärder används i tillsynen av hälso- och sjukvården. Möjlighet att vidta åtgärder mot legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal behövs också. IVO bör därför även kunna besluta om åtgärder enligt 7 kap. 30 § patientsäkerhetslagen mot legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har medverkat i en försäkringsmedicinsk utredning. Detta innebär att om IVO anser att det finns skäl för beslut om prövotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsningar i förskrivningsrätten ska IVO anmäla detta till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

4.3 Ändring i socialförsäkringsbalken

4.3.1 Försäkringskassans utredningsbefogenheter

Arbetsgruppens förslag: Bestämmelserna om utredningsbefogenheter för Försäkringskassan ändras på så sätt att Försäkringskassan ska kunna begära att den försäkrade ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning.

Vidare ska bestämmelsen i 110 kap. 22 § om försäkringsmedicinsk utredning på visst sjukhus eller vårdinrättning upphävas.

En redaktionell ändring ska dessutom göras i 110 kap. 30 §.

Skälen för arbetsgruppens förslag: I avsnitt 3.2 beskrivs Försäkringskassans ansvar att se till att ärenden utreds i den omfattning som ärendet kräver. I avsnittet redogörs även för de utredningsbefogenheter som Försäkringskassan har enligt 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken, SFB.

Arbetsgruppen föreslår att 14 § formuleras om genom att det i den fjärde punkten införs en hänvisning till den nya lagen om försäkringsmedicinska utredningar och att det inte längre är Försäkringskassan som bestämmer vilken läkare som ska utreda den försäkrades arbetsförmåga.

I paragrafens tredje punkt tas omnämnandet av särskilt läkarutlåtande bort.

Särskilt läkarutlåtande infördes i den tidigare lagen (1962:381) om allmän försäkring fr.o.m. 1 oktober 1995 tillsammans med särskild försäkran. Beteckningen ”särskild” användes för att särskilja detta läkarutlåtande från det vanliga intyg från läkare som används för att styrka nedsättning av arbetsförmåga. Det särskilda läkarutlåtandet var mer omfattande. Det särskilda läkarutlåtandet är numera en av flera typer av försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan beställer från landstingen. Det saknas skäl att särskilt nämna denna form av försäkringsmedicinsk utredning i lagen.

Vidare föreslås att bestämmelsen i 110 kap. 22 § SFB ska avskaffas. Denna bestämmelse innebär att det som villkor för att bevilja en aktivitets- eller sjukersättning får krävas att den försäkrade skrivs in på visst sjukhus under högst 30 dagar. Socialförsäkrings-

administrationen hade tidigare egna sjukhus där försäkrades arbetsförmåga kunde utredas. Några sådana sjukhus finns inte längre och bestämmelsen behövs därför inte.

Dessutom föreslås en redaktionell ändring i 110 kap. 30 § SFB som tydliggör att det är med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter.

4.3.2 Ersättning till försäkrad och till landstingen

Arbetsgruppens förslag: Bestämmelserna om kostnader ska ändras på så sätt att en försäkrad ska få beviljas förskott på ersättning som avser kostnader för resa och uppehälle.

Vidare ska det införas en ny bestämmelse i vilken ersättning till landsting ska regleras.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om ersättning för kostnader som en försäkrad har eller som ett landsting har med anledning av lagen om försäkringsmedicinska utredningar.

Arbetsgruppens bedömning: Landsting kan få stöd i enlighet med kommissionens beslut 2012/21/EU av den 20 december 2011 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse.

Skälen för arbetsgruppens förslag och bedömning: Genom den nya lagen om försäkringsmedicinska utredningar som föreslås i denna promemoria får landstingen ett nytt ansvar. Avsikten är att landstingen ska få full kompensation för de kostnader som landstingen har för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna. I remissvaren på betänkandet För kvalitét – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) framhåller också Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och flera landsting att en viktig förutsättning för att de ställer sig positiva till förslaget om ett lagstadgat ansvar för landstingen att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna är

att de får full kostnadstäckning så att inga resurser tas från hälso- och sjukvårdsuppdraget.

De kostnader som landstingen ska få ersättning för är direkt förknippade med utredningarna t.ex. för personal och lokaler. Vidare måste landstingen få ersättning för administration och för kostnader de har för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

När det gäller utbildning för att kunna genomföra de olika formerna av försäkringsmedicinska utredningar bör Försäkringskassan svara för utbildningen inklusive kursdeltagarnas lönekostnader.

Arbetsgruppen har även övervägt om det finns behov av särskilda uppstartsmedel i samband med att det blir en skyldighet för alla landsting att svara för försäkringsmedicinska utredningar. Detta skulle i så fall finansieras inom de medel som ställs till förfogande för dessa utredningar. I den nu gällande överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om försäkringsmedicinska utredningar finns sådana uppstartsmedel. Avsikten är att underlätta för de landsting, som inte medverkade i den tidigare pilotverksamheten rörande aktivitetsförmågeutredningar, att bygga upp en sådan verksamhet.

Eftersom alla landsting redan har möjlighet att utföra samtliga typer av utredningar och det finns uppstartsmedel i den gällande överenskommelsen så anser arbetsgruppen att det framöver inte finns behov av uppstartsmedel.

Enligt nuvarande bestämmelser och rutiner ersätter Försäkringskassan kostnaden för den försäkrades resor, kost och logi i samband med en försäkringsmedicinsk utredning. Men de personer som Försäkringskassan beställer försäkringsmedicinska utredningar för har ofta en ekonomisk situation som gör att det kan bli betungande att lägga ut pengar för resor, kost och logi i samband med en utredning. Arbetsgruppen anser därför att det är angeläget att undanröja de ekonomiska hindren för en enskild att delta vid en utredning genom att Försäkringskassan får bevilja en försäkrad förskott på ersättning för kostnader som han eller hon har för resa och uppehälle. Förskottet kan antingen lämnas genom att den försäkrade får medel för att själv betala för resor och logi eller genom att Försäkringskassan ger den försäkrade en voucher. Arbetsgruppen föreslår därför att det i en ny paragraf i socialförsäkringsbalken anges att landstingen ska få ersättning för sina kostnader för den försäkringsmedicinska utredningsverksamheten.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska kunna lämna närmare föreskrifter om hantering av ersättningen till enskilda och landstingen.

Förslagens förhållande till EU-rätten, upphandlingsregelverket och statsstödsreglerna

Upphandlingsregelverket

De offentliga inköpen regleras genom upphandlingslagstiftningen. För att på bästa sätt ta tillvara konkurrensen på marknaden och hushålla med skattemedlen måste offentliga myndigheter följa vissa bestämmelser vid inköp.

Samarbete mellan två eller flera upphandlande myndigheter är, om vissa närmare villkor är uppfyllda, undantagna från upphandlingsreglernas tillämpningsområde (se bl.a. dom i mål C-480/06 Kommissionen mot Tyskland) och enligt 3 kap. 17 och 18 §§ i förslaget till ny lag om offentlig upphandling, som genomför motsvarande bestämmelser i 2014 års EU-direktiv om offentlig upphandling (se prop. 2015/16:195 del 1–4 och Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG 2014 års EU-direktiv om offentlig upphandling).

För att undantaget ska bli tillämpligt krävs enligt den föreslagna nya lagen att det rör sig om ett samarbete, vilket alltså skiljer sig mot ett offentligt kontrakt där en part utför en uppgift mot ersättning.

Samarbetet ska avse att säkerställa att de offentliga tjänster som myndigheterna ska utföra tillhandahålls för att uppnå myndigheternas gemensamma mål. Vidare får samarbetet styras endast av överväganden som hänger samman med allmänintresset. Detta utesluter alltså att landstingen medverkar i samarbetet för att gå med vinst. Ytterligare ett krav är att myndigheterna utövar mindre än 20 procent av den verksamhet som berörs av samarbetet på den öppna marknaden.

I de fall ett landsting anlitar privata aktörer för att genomföra försäkringsmedicinska utredningar måste emellertid upphandlingsreglerna självfallet iakttas. Flera landsting kan dock anordna en offentlig upphandling tillsammans. Ett landsting kan t.ex. inleda ett

förfarande både för egen räkning och för ett eller flera andra landsting under förutsättning att det offentliggörs vid förfarandets början och upphandlingsreglerna i övrigt följs. Upphandlingen bör genomföras genom ett öppet anbudsförfarande med det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet som grund, vilket krävs enligt Altmarkdomen för att det inte ska bli ett stöd och oförenligt med statsstödsreglerna. Om det sker ett förhandlat förfarande måste statsstödsreglerna tas i beaktande.

Statsstödsregler

Arbetsgruppen gör bedömningen att när Försäkringskassan beställer försäkringsmedicinska utredningar och kompenserar landstingen ekonomiskt för dessa utredningar så blir den Europeiska unionens statsstödsregler tillämpliga. Statsstöd är när det offentliga, det vill säga staten, kommuner eller landsting, överför offentliga medel till en ekonomisk verksamhet och det resulterar i att mottagaren får en fördel gentemot andra aktörer på marknaden, genom att det gynnar en viss verksamhet eller produktion.

Den ersättning som Försäkringskassan kompenserar landstingen för, för att de ska tillhandahålla tjänsten, måste vara förenlig med statsstödsreglerna. Tjänsten – att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar – bedöms vara en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse, som staten kompenserar landstingen för i enlighet med kommissionens beslut 2012/21/EU[49]. Detta gäller oavsett om de försäkringsmedicinska utredningarna utförs i egen regi eller upphandlas av landstingen.

Som skäl för bedömningen att det är fråga om ekonomisk verksamhet kan anföras att det är helt klart att dessa tjänster omsätts på en marknad där det finns privata aktörer. Enbart förekomsten av privata alternativ kan vara tillräckligt för att kvalificera tjänsten som ekonomisk. Det betalas också adekvat ersättning för tjänsterna, vilket innebär att det finns en synlig motprestation. Enligt EU-domstolens praxis behöver inte tjänsten betalas direkt av den

[49] Kommissionens beslut 2012/21/EU av den 21 december 2011 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (EUT L 7, 11.1.2012, s. 3).

som utnyttjar den, men den som utför tjänsten måste få ekonomisk ersättning av något slag. EU-domstolarna har för övrigt klargjort att tjänster som oberoende läkare och andra privatpraktiserande läkare tillhandahåller mot ersättning ska betraktas som ekonomisk verksamhet. Tjänsten är i allmänhetens intresse då den är både nödvändig och viktig för att den svenska socialförsäkringslagstiftningen ska kunna fungera. En utgångspunkt är t.ex. att försäkringsmedicinska utredningar ska kunna genomföras oavsett var en person bor i landet. Det är vidare viktigt att Försäkringskassan kan få de försäkringsmedicinska utredningarna, med tillräcklig kvalitet och i rätt tid. Det är därmed i allmänhetens intresse att en sådan tjänst finns och att samhället kompenserar för kostnaderna – således en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse.

Landstingen får endast ersättning för de direkta kostnader som är hänförliga till den definierade tjänsten samt en rimlig vinst. Ersättningsreglerna måste utformas på ett sådant sätt att landstingen inte blir överkompenserade. Om så skulle ske riskerar berört landsting att få återbetala vad som erhållits för mycket samt ränta på detta belopp. Föreskrifterna kommer bl.a. att reglera eventuella återkrav i ersättningsmodellen. Lagen (2013:388) om tillämpning av Europeiska unionens statsstödsregler innehåller bestämmelser om tillämpning av regler om återkrav och återbetalning av olagligt stöd.

Föreskrifterna om ersättningen

Den närmare regleringen av ersättning till landstingen för försäkringsmedicinska utredningar bör ske i form av förordning och föreskrifter från Försäkringskassan.

I utredningen För kvalitét – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) föreslogs att ersättning till landstingen lämnas i form av en styckersättning. Detta mötte inga invändningar från remissinstanserna och arbetsgruppen anser också detta vara en lämplig modell.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bör få möjlighet att meddela föreskrifter om den maximala ersättning som kan lämnas per utredning specificerat på de olika utredningsformerna som för närvarande är särskilt läkarutlåtande, aktivitets-

förmågeutredning och teambaserad medicinsk utredning. Om den försäkrade är i behov av tolk tillkommer ytterligare ersättning.

De försäkringsmedicinska utredningarna är viktiga underlag för Försäkringskassans beslutsfattande i enskilda ersättningsärenden. Det är därför av stor betydelse att Försäkringskassan kan få utlåtanden inom rimlig tid. Arbetsgruppen föreslår därför att ersättning lämnas för utlåtanden som kommer in till Försäkringskassan senast 30 dagar räknat från den dag beställningen gjordes och landstingen fått ett komplett underlag.

Det kan dock finnas giltiga skäl till att den föreskrivna tidsfristen inte kan hållas t.ex. att tiden för utredningen har ändrats till följd av akut sjukdom hos den som ska utredas eller att beställningen har gjorts strax före en period med många helgdagar. Det kan även hända att en utredning avbokas med kort varsel. Även i sådana fall bör landstinget kunna få ersättning. Försäkringskassan ges möjlighet att lämna kompletterande föreskrifter för dessa fall.

Om Försäkringskassan anser att ett utlåtande har kvalitetsbrister är det lämpligt att detta påtalas inom 10 dagar från det att utredningen inkom till myndigheten.

Försäkringskassan bör årligen göra en prognos för hur många utredningar fördelad på olika utredningsformer som Försäkringskassan behöver få utförda under det kommande året. Försäkringskassan bör följa upp sina prognoser och informera landstingen om förändrade behov. Den fortlöpande dialogen mellan Försäkringskassan och landstingen är viktig för att undvika att Försäkringskassan i onödan får vänta på utredningar på grund av att landstingen saknar kapacitet eller att landstingen har outnyttjad kapacitet. Dialogen bör också handla om rutiner som minskar av- och ombokningar av utredningar.

Eftersom landstingen endast får ersättning för utredningar som levereras i rätt tid måste landstingen ha viss beredskap för att kunna leverera. Detta kan innebära kostnader som inte fullt ut kompenseras via en styckersättning. I den överenskommelse som staten tidigare har slutit med SKL om en pilotverksamhet för aktivitetsförmågeutredningar garanterades landstingen att få en ersättning som motsvarar minst 70 procent av den prognostiserade volymen. Liknande bör gälla även i den nu föreslagna ordningen.

Om Försäkringskassan ser behov av att omfördela medel för beställningar av utredningar från ett landsting till ett annat landsting

bör detta vara möjligt under förutsättning att det landsting som Försäkringskassan vill beställa mer utredningar från har kapacitet för detta. Försäkringskassan bör inte minska ersättningen för beställningar hos ett enskilt landsting så att mindre än 70 procent av den ursprungliga prognosen kvarstår.

Ersättningen för landstingens centrala administration bör inte ingå i styckkostnadsersättningen. De administrativa kostnaderna är inte proportionerliga mot antalet gjorda utredningar och det skulle därför missgynna de mindre landstingen om dessa kostnader ingick i styckersättningen. I stället kommer ett belopp att fastställas för landstingen i förhållande till storlek med en ersättning till de tre stora landstingen och annan till det övriga.

De belopp som kommer att anges i förordningen är vad som maximalt kan lämnas som ersättning. Med hänsyn till EU:s statstödsregler får landstingen inte överkompenseras. Landstingen måste därför även lämna en redovisning till Försäkringskassan över de kostnader som landstinget har haft för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna. Det bör eftersträvas att redovisningskraven inte blir för betungande för landstingen och Försäkringskassan samtidigt som de måste uppfylla vad som kan anses vara nödvändigt med tanke på EU:s statstödsregler. Landstingens kostnader för denna redovisning ska beaktas då ersättning för administration beräknas.

Om det visat sig att ett landsting fått ersättning med för högt belopp till följd av att oriktiga uppgifter har lämnats till Försäkringskassan kan Försäkringskassan begära att det oriktiga beloppet jämte ränta ska betalas tillbaka. Detta gäller även när för högt belopp betalats ut och landstinget borde ha insett det. Ett krav på återbetalning ska ställas inom tio år från det att beslutet om utbetalning fattades.

5 Konsekvenser

5.1 Konsekvenser för det kommunala självstyret

FörMed-utredningen hade i uppgift att i första hand pröva möjligheten och lämpligheten av att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen. Utredningen övervägde tre olika övergripande ansvarsmodeller när det gäller ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna.

Arbetsgruppen gör samma bedömning som FörMed-utredningen gjorde nämligen att en modell där landstingen får ansvar för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna skapar de bästa förutsättningarna för att dessa utredningar blir en del av landstingens uppbyggda verksamhet, med god kompetens, en vana att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt med bättre förutsättningar till en ändamålsenlig geografisk spridning i landet. De försäkrade har även en god tilltro till hälso- och sjukvården och dess möjligheter till objektiva bedömningar, vilket är extra viktigt vid ett beslut om t.ex. sjukersättning som påverkar den försäkrades försörjning i ett längre perspektiv. Vi bedömer därför att det ska vara landstingens ansvar att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.

Nackdelar och fördelar från landstingens perspektiv

För landstingen är det positivt att de får ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna av följande anledningar:

- Alla landsting utför redan försäkringsmedicinska utredningar, antingen i egen regi eller genom upphandlade privata aktörer, i enlighet med de frivilliga överenskommelserna. Sju landsting har

också frivilligt deltagit i pilotverksamheten med arbetsförmågeutredningarna.

- Flera landsting har en väl fungerande verksamhet och personal med rätt kompetens som utför de försäkringsmedicinska utredningarna.
- Det blir ett tydligare ansvar för landstingen i hela sjukskrivningsprocessen.
- Det kan uppfattas som bättre för patientsäkerheten när det är landstingen som ansvarar för verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar.
- Det kan gynna svaga patientgrupper när de försäkringsmedicinska utredningarna utförs nära vård och behandling.
- När landsting gör de försäkringsmedicinska utredningarna kan de lättare knytas till forskning.

Av remissvaren på FörMed-utredningen (SOU 2015:17) framgår att några landsting är negativa till att de får fortsatt ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna av följande anledningar:

- Resurserna till denna verksamhet tas från hälso- och sjukvården.
- Verksamheten är beroende av Försäkringskassans beställningar och att landstingen inte kan påverka dessa.

Utifrån en sammanvägd bedömning av de nackdelar det kan bli för enskilda landsting å ena sidan och vikten för samhället, Försäkringskassan och den enskilde av en väl fungerande verksamhet å andra sidan finner arbetsgruppen att de försäkringsmedicinska utredningarna bör bedrivas i landstings regi. Dessutom har flera av de problem som landstingen framfört beaktats i det förslag som lämnas i denna promemoria. Landstingen kommer att kunna planera och dimensionera verksamheten framöver vilket också minskar riskerna för undanträngning av landstingens övriga verksamhet. Förslaget kommer även att öppna för samarbeten mellan landstingen, till nytta för både de som vill bedriva verksamheten och de som inte har möjligheter att tillhandahålla de försäkringsmedicinska utredningarna eftersom landstingen i de fallen kommer att kunna upphandla privata aktörer.

5.2 Arbetsgruppens samlade bedömning

Sammantaget gör vi bedömningen att lagförslagen är motiverade med hänsyn till det övergripande syftet att tydliggöra ansvaret för försäkringsmedicinska utredningar och att bidra till ökad förutsebarhet och rättssäkerhet för de försäkrade som ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning. Förslagen innebär inskränkningar i det kommunala självstyret eftersom de innebär en skyldighet för landstingen att göra de försäkringsmedicinska utredningarna. Emellertid är bedömningen att samhällets, Försäkringskassans och de försäkrades behov av att det finns en fungerande verksamhet och ett tydligt ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna inte kan tillgodoses på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt. Vi anser därför att förslaget att reglera landstingens ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna utgör ett proportionellt ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

5.2.1 Ekonomiska konsekvenser

Landstingen

Våra förslag innebär ett utökat lagstadgat åtagande för landstingen och därmed blir den kommunala finansieringsprincipen tillämplig. Detta innebär att landstingen ska kompenseras för eventuella ökade kostnader till följd av förslagen. Våra förslag innebär därför att landstingen via ersättning från staten ska få full täckning för samtliga kostnader både avseende administration av de försäkringsmedicinska utredningarna och för utredningsverksamheten. Dessa förslag bör därmed inte få några ekonomiska konsekvenser för landstingen.

Landstingen har idag en patientförsäkring inom vilken även försäkringen för de försäkringsmedicinska utredningarna bedöms kunna inkluderas vilket innebär endast marginella merkostnader med anledning av dessa förslag.

Försäkringskassan

Våra förslag innebär att Försäkringskassans handläggare, när de bedömer att den försäkrade ska genomgå en försäkringsmedicinsk

utredning, ska informera den försäkrade om vad utredningen innebär, vilket underlag som överlämnas till den som ska utföra utredningen och på vilket sätt som utredningen kommer att ligga till grund för Försäkringskassans beslut om rätten till ersättning. Försäkringskassan ska fortlöpande bedöma sitt behov av försäkringsmedicinska utredningar och ta fram prognoser över behovet av de försäkringsmedicinska utredningarna. Prognoserna ska årligen redovisas för respektive landsting.

Försäkringskassan ska precis som idag ersätta landstingen för de försäkringsmedicinska utredningarna, om än utifrån en något annan modell. Försäkringskassan ska även stå för, eller ersätta den enskilde försäkrade för eventuella utgifter för dennes resor och logi i samband med en utredning. Även detta gör Försäkringskassan idag. Kostnaderna för detta täcks i dag av anslaget 10.1:1 Sjukpenning och rehabilitering, anslagspost 8 Försäkringsmedicinska utredningar och föreslås även fortsättningsvis göras så. Arbetsgruppen bedömer att förslagen i denna promemoria endast medför marginellt ökade kostnader för Försäkringskassan och bedöms rymmas inom ramen för förvaltningsanslaget.

Staten

Genom en försäkringsmedicinsk utredning får Försäkringskassans handläggare ett bättre beslutsunderlag som bedöms leda till mer förutsägbara och enhetliga beslut. Detta bidrar till att rätt personer får rätt ersättning i rätt tid vilket i sin tur kan leda till mindre kostnad för de aktuella förmånerna.

Genom vårt förslag kommer Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att få ett tillsynsansvar över verksamheten. De flesta utförare har kombinerat sin verksamhet som utför försäkringsmedicinska utredningar med verksamhet som innefattar hälso- och sjukvård. Detta medför att IVO redan i dag har ett tillsynsansvar över dessa.

Antalet klagomålsärenden uppskattas till cirka 10 ärenden per år. Enligt uppgifter från IVO uppgår kostnaden per klagomålsärende som prövas till cirka 25 000 kronor, totalt 250 000 kronor per år. Kostnaderna för att IVO får ett tillsynsansvar för de försäk-

ringsmedicinska utredningarna beräknas således vara ytterst marginellt och bedöms rymmas inom ramen för avsatta medel för IVO.

Det ökade ansvaret för Socialstyrelsen att samarbeta med Försäkringskassan när det gäller utredningsmetoder för de försäkringsmedicinska utredningarna bedöms inte heller innebära några större ekonomiska konsekvenser i och med att det handlar om kortvariga och övergående arbetsuppgifter.

De kompetenssatsningar som ska ske hos Försäkringskassan för grundutbildning och övriga kompetenssatsningar för handläggare och övrig personal bedöms uppgå till ca 10 miljoner kronor per år och finansieras inom ramen för avsatta medel för de försäkringsmedicinska utredningarna.

Vår bedömning är att våra förslag inte kommer att påverka förvaltningsdomstolarnas verksamhet.

5.2.2 Övriga konsekvenser

Jämställdhet

Fler kvinnor är sjukskrivna än män. Av alla sjukfall som blir längre än 180 dagar är närmare 70 procent kvinnor och drygt 30 procent män. Av de som genomgår en försäkringsmedicinsk utredning är könsfördelningen ungefär densamma.

Försäkringsmedicinska utredningar utgör ett viktigt underlag i ett sjukskrivningsärende. Det är därför viktigt att de riktlinjer för beställningarna som utarbetas av Försäkringskassan har tydligt jämställdhetsfokus. Viktigt är också att hälso- och sjukvården har ett aktivt jämställdhetsperspektiv i de utredningar som görs så att kvinnor och män behandlas och bedöms lika. Det initierade arbetet med försäkringsmedicinska utredningar såväl på Försäkringskassan som inom vården bör därför följas upp ur ett jämställdhetsperspektiv.

Konsekvenser för företagen

Med nuvarande överenskommelse väljer landstingen att själva utföra de försäkringsmedicinska utredningarna eller att upphandla tjänsten av privata aktörer. De företag som upphandlas är ofta små

rehabiliteringsföretag som förutom rehabilitering även gör dessa utredningar. Det finns inte något i våra lagförslag som påverkar möjligheten för landsting att även i fortsättningen upphandla privata aktörer för att utföra försäkringsmedicinska utredningar. Vi kan inte göra någon bedömning av hur landstingen i framtiden väljer att organisera sin utredningsverksamhet. Förslagens påverkan på företagen kan anses vara marginell.

Övriga konsekvenser

Enligt vår bedömning medför förslagen inte några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Inte heller när det gäller miljöaspekter finns det anledning att tro att det kommer att bli några konsekvenser.

6 Författningskommentar

6.1 Förslaget till lag om försäkringsmedicinska utredningar

1 kap. Inledande bestämmelser

1 §
Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.1.

Paragrafen anger vad som avses med försäkrad samt redogör för lagens struktur och innehåll.

2 §
Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.1.

I paragrafen förklaras begreppet försäkringsmedicinsk utredning. Uttrycket försäkringsmedicinsk utredning har hitintills funnits i 110 kap. 22 § socialförsäkringsbalken (SFB) men den paragrafen utmönstras nu från balken och begreppet försäkringsmedicinsk utredning återanvänds istället i den nu föreslagna lagen med den innebörd som följer av paragrafen. Med uttrycket medicinsk undersökning avses ett personligt möte mellan den försäkrade och en eller flera personer som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården. Med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal avses sådan personal som har legitimation i enlighet med 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Ett utlåtande ska innehålla iakttagelser och bedömningar om den försäkrades fysiska och psykiska status ur ett medicinskt perspektiv som är relevanta för bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga. Med arbetsförmåga avses samma sak som i 24–28 a och 32–37 kap. SFB.

2 kap. Försäkringskassans ansvar

Information till den försäkrade

1 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.2.

Paragrafens *första punkt* innehåller en skyldighet för Försäkringskassan att informera den försäkrade om vad en försäkringsmedicinsk utredning innebär för den försäkrade, dvs. vad utredningen går ut på, vilka eventuella tester och undersökningar som den försäkrade förväntas genomgå. För den försäkrade är det även viktigt att få information om vilka rättigheter och skyldigheter denne har i förhållande till Försäkringskassan, t.ex. att den försäkrades ersättning kan dras in eller sättas ned (110 kap. 53 § SFB) om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till utredningsåtgärder.

Enligt paragrafens *andra punkt* ska den försäkrade informeras om vilket underlag, dvs. vilka handlingar och uppgifter, om den försäkrade, som kommer att överlämnas till den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen.

Av paragrafens *tredje punkt* framgår att den försäkrade ska informeras om att en utredning som kommer att innefatta läkarundersökning eller annat kroppsligt ingrepp endast får genomföras om den försäkrade samtycker till det. Bestämmelsen ger uttryck för det grundlagsskyddade förbudet mot påtvingar kroppsligt ingrepp enligt 2 kap. 6 § regeringsformen.

Av paragrafens *fjärde punkt* framgår att den försäkrade ska informeras om på vilket sätt utredningen kommer att ligga till grund för Försäkringskassans beslut. Den försäkrade bör t.ex. informeras om att det inte går att begära omprövning eller överklaga utredningens bedömning, dvs. innehållet i utlåtandet. Men att det däremot går att begära omprövning eller överklaga Försäkringskassans beslut.

Utredningsformer och undersökningsmetoder

2 §
Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3.

Enligt paragrafens bemyndigas regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om olika former av försäkringsmedicinska utredningar och olika undersökningsmetoder som får tillämpas.

Underlag för utredning

3 §
Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.4.

Enligt paragrafens *första stycke* stadgas att när en försäkringsmedicinsk utredning behövs ska Försäkringskassan tillhandahålla nödvändigt underlag till den som ska utföra utredningen. Med uttrycket det underlag som behövs avses sådana uppgifter som Försäkringskassan har i sitt ärende om den försäkrade och som är relevanta för den försäkringsmedicinska utredningen. Bestämmelsen är sekretessbrytande i förhållande till den sekretess som gäller hos Försäkringskassan enligt 28 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Av andra meningen framgår att Försäkringskassan även ska informera utföraren om den försäkrade har särskilda behov som måste beaktas i samband med utredningen. Särskilda behov kan t.ex. vara att den försäkrade behöver en tolk för att kunna kommunicera med den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen.

3 kap. Landstingets skyldigheter och befogenhet

1 §
Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.5.

Enligt paragrafens *första stycke* ska ett landsting tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar så att en undersökning enligt 110 kap. 14 § 4 socialförsäkringsbalken kan genomföras på begäran av Försäkringskassan. I den aktuella bestämmelsen i balken anges olika utredningsbefogenheter för den handläggande myndigheten (Försäkringskassan). En av dem är att den försäkrade ska genomgå

en undersökning enligt den nu föreslagna lagen om försäkringsmedicinsk utredning. Genom bestämmelsen i lagen åläggs landstingen en skyldighet att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar på begäran av Försäkringskassan.

Av *andra stycket* följer att landstingets skyldighet enligt första stycket avser försäkrade som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller i fråga om försäkrade som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget. Landstingets skyldighet att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar avser således försäkrade som är bosatta eller kvarskrivna inom landstinget. Landstingets ansvar för att tillhandahålla utredningar avser således samma personkrets som landstinget ansvarar för när det gäller att erbjuda god hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Stycket reglerar således vilket landsting som Försäkringskassan ska vända sig till när en försäkrad behöver utredas. Respektive landsting är då skyldigt att tillse att en sådan utredning utförs.

Av paragrafens *tredje stycke* framgår att det som i lagen sägs om ett landsting gäller även en kommun som inte ingår i ett landsting. För närvarande är det bara Gotlands kommun som inte ingår i något landsting.

2 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.6.

Enligt paragrafens *första stycke* får ett landsting sluta avtal med ett annat landsting eller någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för. Avtalet ska ange de villkor som gäller för överlämnandet och utförandet av uppgifterna. Landstinget har möjlighet att lägga ut den försäkringsmedicinska utredningsverksamheten på entreprenad till en eller flera privata utförare. Ett landsting ska dessutom kunna överenskomma med ett eller flera landsting om att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna åt varandra. När landstinget överlämnar uppgifter enligt lagen till en privat aktör har landstinget att tillse att verksamheten upphandlas enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling. Landstinget har därefter en skyldighet att kontrollera och följa upp verksamheten enligt kommunallagens bestämmelser.

Av *andra stycket* framgår att ett landsting får åta sig att utföra de uppgifter som ett annat landsting ansvarar för enligt lagen. Enligt

2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) får kommuner och landsting själva ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte ska hanteras enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Denna bestämmelse i kommunallagen ger uttryck för den s.k. lokaliseringsprincipen som innebär en begränsning i en kommuns eller ett landstings befogenheter att ta hand om angelägenheter av allmänt intresse. Andra stycket i den föreslagna bestämmelsen utgör ett undantag från denna princip, dvs. en utvidgning av den kommunala befogenheten. Ett landsting får således överenskomma med ett annat landsting att de försäkringsmedicinska utredningarna som ska utföras på försäkrade som är bosatta eller kvarskrivna inom det egna landstinget ska utföras av ett annat landsting. Landstinget har dock kvar ett ansvar för kontroll och uppföljning av verksamheten på samma sätt som om landstinget skulle ha lagt ut verksamheten på entreprenad till en privat utförare. Ett landsting kan alltså välja att driva försäkringsmedicinska utredningar i egen regi, i samverkan med ett eller flera landsting, upphandla verksamheten hos en eller flera privata utförare eller i en kombination av dessa varianter.

4 kap. Krav på verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar

Verksamheten och dess ledning

1 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.7.

Av paragrafens *första stycke* följer att i verksamhet där det utförs försäkringsmedicinska utredningar ska det finnas en person som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). Det ska även finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Verksamhetschefen ska vara en fysisk person som har den kompetens och utbildning som krävs för att leda och ansvara för verksamheten. Däremot finns inget krav på att verksamhetschefen ska ha medicinsk kompetens. Kravet på en verksamhetschef gäller oavsett om verksamheten bedrivs i landstingets regi eller av en privat utförare. Kravet att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att

säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär att verksamheten ska vara av permanent karaktär och inte endast tillfällig, dvs. att verksamheten inte endast åtar sig enstaka uppdrag avseende försäkringsmedicinska utredningar. Av 2 kap. 2 § framgår att Försäkringskassan får meddela föreskrifter om olika former av försäkringsmedicinska utredningar och de undersökningsmetoder som får tillämpas vid utredning av en försäkrad. Sådana föreskrifter kan komma att innehålla mer detaljerade bestämmelser som påverkar kraven på verksamhetens personal, lokaler och utrustning.

Av paragrafens *andra stycke* framgår att verksamhetschefen ansvarar för att de skyldigheter som följer av lagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av lagen har uppfylls. Ett sådant ansvar kan aktualiseras t.ex. i samband med uppföljning eller tillsyn av verksamheten. Verksamhetschefen har således ett övergripande ansvar för verksamheten i förhållande till den yrkesutövare som utför själva utredningen.

Personalens kompetens och utbildning

2 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.8.

Enligt paragrafens *första stycke* ska den personal som utför en försäkringsmedicinsk utredning ha den kompetens och utbildning som krävs för att bedöma en försäkrads arbetsförmåga. För att kunna bedöma en persons arbetsförmåga på ett noggrant och omsorgsfullt sätt torde det krävas både medicinsk utbildning och erfarenhet från hälso- och sjukvården. För att utföra en försäkringsmedicinsk utredning bör det därför krävas legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat specialist- eller vidarutbildning samt sådan komplementerande utbildning om försäkringsmedicin som Försäkringskassan erbjuder. I första hand bör det vara fråga om läkare men även andra yrkesutövare kan vara aktuella t.ex. sjuksköterskor, fysioterapeuter (sjukgymnaster) och arbetsterapeuter. Av stycket följer även att personalen ska visa den försäkrade omtanke och respekt. Detta krav motsvarar det krav som finns inom hälso- och sjukvården enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

Enligt paragrafens *andra stycke* får regeringen meddela ytterligare föreskrifter om vilka krav som ska ställas på personalens kompetens.

Enligt paragrafens *tredje stycke* får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela ytterligare föreskrifter om vilka krav som ska ställas på personalens utbildning.

Dokumentation

3 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.9.

Paragrafen föreskriver en dokumentationsskyldighet avseende de bedömningar som görs i samband med en försäkringsmedicinsk utredning. Av *första stycket* framgår att bedömningar i samband med en försäkringsmedicinsk utredning av en försäkrads arbetsförmåga ska dokumenteras i ett skriftligt utlåtande. Dokumentationsskyldigheten innebär att utlåtandet ska vara skriftligt. Som framgår av 2 kap. 3 § ska den som ska utföra en försäkringsmedicinsk utredning få ett underlag från Försäkringskassan. Underlaget ska bl.a. innehålla uppgifter om den försäkrades hälsotillstånd m.m. Efter avslutad undersökning ska den som utfört undersökningen upprätta ett skriftligt utlåtande om den försäkrades arbetsförmåga. Eftersom en försäkringsmedicinsk utredning inte är att anse som hälso- och sjukvård behöver hälso- och sjukvårdspersonalen i denna verksamhet inte föra någon patientjournal enligt patientdatalagens bestämmelser. Den försäkringsmedicinska undersökningen och undersökningen av den försäkrade ska endast dokumenteras i utlåtandet.

Av *andra stycket* framgår att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter med ytterligare krav på utlåtandet, dess innehåll och utformning. Föreskrifterna bör innehålla krav på den som upprättar ett utlåtande, vilka uppgifter som ett utlåtande ska innehålla och uppgifter när utlåtandet ska vara Försäkringskassan tillhanda.

4 §
Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.9.

Paragrafen riktar sig till den som upprättar ett utlåtande om den försäkrades arbetsförmåga. Kravet att iaktta saklighet och opartiskhet innebär bl.a. att personal som arbetar med försäkringsmedicinska utredningar ska vara objektiv och självmant undvika jävsliknande situationer. En försäkringsmedicinsk undersökning ska inte betrakta som myndighetsutövning och förvaltningslagens jävsbestämmelser blir därför inte tillämpliga på jävsliknande situationer.

5 §
Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.9.

Paragrafens *första stycke* avser att stärka skyddet för de uppgifter om försäkrade som förekommer i utlåtanden, i de underlag som tillhandahållits från Försäkringskassan eller som i övrigt dokumenteras av verksamheten som utför en försäkringsmedicinsk utredning genom att verksamheten åläggs att se till att uppgifterna hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Bestämmelsen tar sikte på både manuell hantering och automatiserad behandling av uppgifterna. För automatiserad behandling av personuppgifter finns vidare bestämmelser i personuppgiftslagen.

Enligt paragrafens *andra stycke* ska sådant underlag som avses i 2 kap. 3 § snarast efter avslutad utredning återlämnas till Försäkringskassan. Detta underlag innehåller uppgifter om den försäkrade som behövdes inför den försäkringsmedicinska utredningen men underlaget tillhör Försäkringskassan och är bara utlånat till den som ska utföra utrednigen. Efter avslutad utredning ska underlaget återlämnas till Försäkringskassan.

6 §
Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.9.

Enligt paragrafens *första stycke* ska ett utlåtande bevaras minst i tio år efter det att det har upprättats. Bemyndigandet i första stycket gör det möjligt för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att föreskriva om att vissa utlåtanden ska bevaras under längre tid än tio år. Eftersom bevarandetiden föreslås till minst tio år torde bemyndigandet inte behöva utnyttjas i någon större utsträckning

Av paragrafens *andra stycke* framgår att för utlåtande som utgör allmän handling gäller, med de undantag som följer av första stycket, arkivlagen (1990:783) och de bestämmelser som meddelats med stöd av arkivlagen. Vad som är allmän handling framgår av 2 kap. tryckfrihetsförordningen. I arkivlagen och tillhörande författningar finns bestämmelser om bl.a. myndigheters skyldighet att bevara respektive gallra allmänna handlingar.

Behandling av personuppgifter

7 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.10.

I paragrafens *första stycke* anges att personuppgiftslagen (1998:204) ska gälla vid behandling av personuppgifter om inte annat anges i lagen. Lagens bestämmelser om behandling av personuppgifter innehåller således enbart de särbestämmelser och förtydliganden som det bedöms föreligga behov av. I övrigt ska personuppgiftslagen gälla. Detta innebär att åtskilliga bestämmelser i personuppgiftslagen blir tillämpliga vid personuppgiftsbehandling i samband med försäkringsmedicinska utredningar. Eftersom en försäkringsmedicinsk utredning inte är att betrakta som hälso- och sjukvård är inte patientdatalagen (2008:355) tillämplig. Av stycket följer vidare att Försäkringskassans personuppgiftsbehandling regleras i 114 kap. socialförsäkringsbalken. Den personuppgiftsbehandling som Försäkringskassan utför avser myndighetens verksamhet i fråga om förmåner och ersättningar (114 kap. 2 § SFB). I de fall inte annat följer av 114 kap. SFB ska dock personuppgiftslagen gälla även för Försäkringskassan.

Personuppgiftslagen kommer att ersättas av 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). Den allmänna dataskyddsförordningen kommer att börja tillämpas den 25 maj 2018.

Av *andra stycket* framgår att sådan behandling av personuppgifter som är tillåten får utföras även om den försäkrade motsätter sig behandlingen.

Ändamål med personuppgiftsbehandlingen

8 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.11.

Paragrafen föreskriver att personuppgifter får behandlas inom den försäkringsmedicinska verksamheten om det behövs för ett i paragrafen antal angivna ändamål. Ändamålen i *första punkten* avser sådana personuppgifter som behövs för administration av den försäkrade som ska utredas. *Andra punkten* avser sådan individinriktad information som behövs för att genomföra en försäkringsmedicinsk utredning.

Tredje punkten avser planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn, dvs. kvalitetsuppföljning på ett mer övergripande plan än vad som följer av administration enligt den första punkten för att möjliggöra verksamhetsuppföljning med individuppgifter.

Tystnadsplikt m.m.

9 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.12.

Paragrafen *första stycke* innehåller bestämmelser om sekretess för dem som arbetar inom enskild verksamhet som utför försäkringsmedicinska utredningar. Bestämmelserna är utformad i likhet med motsvarande reglering för hälso- och sjukvård enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Paragrafens *andra stycke* hänvisar till offentlighets- och sekretesslagen (förkortad OSL). Denna hänvisning åsyftar huvudsakligen till bestämmelsen i 25 kap. 1 § första stycket OSL eftersom sekretessregleringen i denna bestämmelse inte är begränsad till hälso- och sjukvården i vedertagen mening utan den gäller, som anges i första stycket andra meningen, också i "annan medicinsk verksamhet". Med detta uttryck åsyftas verksamhet som inte primärt har vård- eller behandlingssyfte (jfr. prop. 1978/79 Del A, s. 167).

5 kap. Tillsyn m.m.

1 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.14.

Paragrafen föreskriver i *första stycket* att den som avser att bedriva försäkringsmedicinsk verksamhet ska anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) senast en månad innan verksamheten påbörjas. En anmälningsskyldighet av detta slag är en förutsättning för att IVO i egenskap av tillsynsmyndighet ska känna till sina tillsynsobjekt. Motsvarande anmälningsskyldighet gäller för verksamheter inom hälso- och sjukvården enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Enligt *andra stycket* stadgas att om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas till IVO inom en månad efter genomförandet. Om verksamheten läggs ned, ska det snarast anmälas till IVO. Motsvarande anmälningsskyldighet för verksamheter inom hälso- och sjukvården avseende förändringar i verksamheten som gäller enligt 2 kap. 2 § patientsäkerhetslagen.

Tredje stycket innehåller ett bemyndigande av vilket framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras.

2 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.14.

Paragrafen föreskriver i *första stycket* att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över den verksamhet som bedrivs enligt lagen. Patientsäkerhetslagen (2010:659) har inte gjorts generellt tillämplig på inspektionens tillsyn utan IVO:s befogenheter regleras i paragrafens andra och tredje stycke.

I *andra stycket* anges att IVO har rätt att inspektera verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar och får inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen. Stycket reglerar de befogenheter som IVO har i sin tillsyn av verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar.

Av *tredje stycket* framgår att IVO får besluta om åtgärder mot verksamheten i enlighet med 7 kap. 23–28 §§ patientsäkerhetslagen. Det innebär att inspektionen kan vidta åtgärder gentemot verksamhet som står under dess tillsyn, t.ex. göra anmälan till åtal, före-

lägga verksamheten att fullfölja sina skyldigheter (får förenas med vite) eller besluta att helt eller delvis förbjuda en verksamhet.

3 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.14.

Paragrafen föreskriver att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) får besluta om åtgärder enligt 7 kap. 29 och 30 §§ mot personal som har medverkat i en försäkringsmedicinsk utredning enligt denna lag. Detta innebär bl.a. att om IVO anser att det finns skäl för beslut om prövotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsningar i förskrivningsrätten ska IVO anmäla detta till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

6.2 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

110 kap.

14 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.1.

Paragrafens *första och andra punkter* är oförändrade.

I *tredje punkten* har begreppet särskilt läkarutlåtande tagits bort för att förtydliga bestämmelsen. Däremot kan den handläggande myndigheten fortfarande begära ett utlåtande av en viss läkare eller annan sakkunnig. Med begreppen viss läkare får avses en legitimerad läkare med särskild kompetens eller specialistutbildning i viss fråga. Med annan sakkunnig får avses någon med motsvarande kompetens eller specialistutbildning i viss fråga utan att vara legitimerad läkare.

I *fjärde punkten* har undersökning av viss läkare ersatts av undersökning enligt lagen om försäkringsmedicinska utredningar. Den handläggande myndigheten har alltså inte längre, med stöd av denna paragraf, möjlighet att välja vilken läkare som ska undersöka en försäkrad. En undersökning av en försäkrad ska beställas av ett landsting enligt lagen om försäkringsmedicinska utredningar.

30 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.1.

Paragrafen reglerar ersättning för kostnader som en försäkrad eller någon annan har haft med anledning viss utredning. Begreppet försäkrad är ett begrepp som används nästan genomgående i socialförsäkringsbalken i stället för de många olika uttryck för den förmånsberättigade som tidigare fanns i socialförsäkringslagstiftningen innan balkens tillkomst. Begreppet "någon annan" torde därför vara ett sätt beskriva förmånsberättigade som innan balkens tillkomst kallades för något annat, t.ex. den enskilde eller något liknande.[50]

Paragrafens *första stycke* har ändrats på så vis att hänvisningen till 22 § har tagits bort eftersom bestämmelsen föreslås bli upphävd. Hänvisning till 14 och 26 §§ återstår. Dessutom görs en redaktionell ändring som tydliggör att det är med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter.

Även i det *andra stycket* görs en redaktionell ändring som tydliggör att det är med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter

Ett nytt *tredje stycke* har införts som anger att en försäkrad får beviljas förskott på ersättning enligt första stycket avseende kostnader för resa och uppehälle. Sådana kostnader kan uppkomma när den försäkrade måste resa till annan ort i samband med en försäkringsmedicinsk utredning.

30 a §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.2.

Paragrafen är ny och avser att reglera ersättningen för de kostnader som ett landsting har med anledning av lagen om försäkringsmedicinska utredningar. Paragrafen innehåller inga specifika ersättningsregler utan utgör en upplysningsbestämmelse om att ersättning lämnas i enlighet med de föreskrifter som regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer kan meddela med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen.

[50] Se Socialförsäkringsbalken En kommentar Avd. A–C, Hessmark m.fl., s. 131.

Departementsserien 2016

Kronologisk förteckning

1. Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. Fi.
2. Några frågor om offentlighet och sekretess. Ju.
3. Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. Ju.
4. Effektivare hyres- och arrendenämnder. Ju.
5. Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. S.
6. Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. A.
7. Tolktjänst för vardagstolkning. S.
8. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. S.
9. Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. N.
10. Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. Ju.
11. Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. S.
12. Etisk granskning av klinisk läkemedelsprövning. U.
13. Nya möjligheter till operativt polissamarbete med andra stater. Ju.
14. Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. A.
15. Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. Ju.
16. Ersättning vid expropriation av bostäder. Ju.
17. Otillåtna bosättningar. Ju.
18. Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. S.
19. Jämställda pensioner? S.
20. Strada. Transportstyrelsens olycksdatabas. N.
21. Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. A.
22. Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. Ju.
23. Vissa frågor om kommersiell radio. Ku.
24. Validering med mervärde. U.
25. Miljöbedömningar. M.
26. Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. Ku.
27. Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. N.
28. Driftsformer för universitetssjukhus. S.
29. Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. S.
30. Sweden's seventh national report under the Convention on Nuclear Safety. Sweden's implementation of the obligations of the Convention. M.
31. Behandling av personuppgifter inom Nationellt centrum för terrorhotbedömning. Ju.
32. Jämn könsfördelning i bolagsstyrelser. Ju.
33. Reglering av distanshandel med alkoholdrycker. S.
34. Ytterligare anpassning av svensk rätt till Dublinförordningen. Ju.
35. Ett nytt regelverk för nyanlända invandrares etablering i arbets- och samhällslivet. A.
36. Bokföringsbrott i filialer. Ju.
37. Åldersbedömning tidigare i asylprocessen. Ju.

38. Riktlinjer för handläggningen av ärenden om internationella överenskommelser. UD.
39. En utvidgad möjlighet till uteslutning av advokater. Ju.
40. Anpassningar till EU:s nya förordningar om medicinteknik – del 1. S.
41. Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna. S.

Departementsserien 2016

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. [6]

Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.
Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. [14]

Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. [21]

Ett nytt regelverk för nyanlända invandrares etablering i arbets- och samhällslivet. [35]

Finansdepartementet

Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. [1]

Justitiedepartementet

Några frågor om offentlighet och sekretess. [2]

Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. [3]

Effektivare hyres- och arrendenämnder. [4]

Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. [10]

Nya möjligheter till operativt polissamarbete med andra stater. [13]

Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. [15]

Ersättning vid expropriation av bostäder. [16]

Otillåtna bosättningar. [17]

Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. [22]

Behandling av personuppgifter inom Nationellt centrum för terrorhotbedömning. [31]

Jämn könsfördelning i bolagsstyrelser. [32]

Ytterligare anpassning av svensk rätt till Dublinförordningen. [34]

Bokföringsbrott i filialer. [36]

Åldersbedömning tidigare i asylprocessen. [37]

En utvidgad möjlighet till uteslutning av advokater. [39]

Kulturdepartementet

Vissa frågor om kommersiell radio. [23]

Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. [26]

Miljö- och energidepartementet

Miljöbedömningar. [25]

Sweden's seventh national report under the Convention on Nuclear Safety. Sweden's implementation of the obligations of the Convention. [30]

Näringsdepartementet

Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. [9]

Strada.
Transportstyrelsens olycksdatabas. [20]

Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. [27]

Socialdepartementet

Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. [5]

Tolktjänst för vardagstolkning. [7]

Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. [8]

Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. [11]

Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. [18]

Jämställda pensioner? [19]
Driftsformer för universitetssjukhus. [28]
Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. [29]
Reglering av distanshandel med alkoholdrycker. [33]
Anpassningar till EU:s nya förordningar om medicinteknik – del 1. [40]
Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna. [41]

Utbildningsdepartementet

Etisk granskning av klinisk läkemedelsprövning. [12]
Validering med mervärde. [24]

Utrikesdepartementet

Riktlinjer för handläggningen av ärenden om internationella överenskommelser. [38]