

För kvalitet – Med gemensamt ansvar

Betänkande av FörMed-utredningen

Stockholm 2015



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2015:17

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst.
Beställningsadress: Fritzes kundtjänst, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Webbplats: fritzes.se

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer 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/remiss.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2015.

ISBN 978-91-38-24247-6

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 20 mars 2014 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda och lämna förslag till hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden ska tillgodoses. I uppdraget ingår att lämna förslag till de författningsändringar som utredarens överväganden ger anledning till. I första hand har utredaren i uppgift att pröva möjligheten och lämpligheten av att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen.

Generaldirektören för Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande (Formas), Ingrid Petersson, förordnades den 16 maj 2014 till särskild utredare.

Utredningssekreterare har från den 11 augusti 2014 varit jur.kand. Birgitta Fors Almassidou och kanslirådet Eva Stina Lönngren.

Utredningen har antagit namnet FörMed-utredningen.

Ingrid Petersson har varit ensamutredare och svarar själv för innehållet i betänkandet. Men utredningssekretariatet har deltagit i arbetet i sådan utsträckning att det är befogat att använda vi-form i betänkandet.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17).

Utredningens uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm i mars 2015

Ingrid Petersson

/Birgitta Fors Almassidou
Eva Stina Lönngren

Innehåll

Sammanfattning	11
1 Författningsförslag	19
1.1 Förslag till lag om försäkringsmedicinska utredningar	19
1.2 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	24
2 Bakgrund och uppdraget	25
2.1 Inledning.....	25
2.2 Introduktion.....	25
2.3 Uppdraget.....	26
2.3.1 Avgränsningar och tillvägagångssätt	27
2.4 Försäkringsmedicinska utredningar inom socialförsäkringsområdet har en lång historia.....	29
2.4.1 Arbetsförmågutredningens förslag.....	32
2.4.2 Överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting	33
3 Beskrivning av förmåner och verktyg	35
3.1 Inledning.....	35
3.2 Utredningsformer.....	35
3.3 Sjukskrivningsprocessen.....	37
3.4 Förmånerna	37

3.4.1	Beskrivning förmånerna sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning.....	37
3.4.2	Beskrivning av förmåner med koppling till funktionsnedsättning och vårdbidrag	39
3.5	Försäkringsmedicinska utredningar	43
3.6	Överenskommelsernas utformning.....	47
3.6.1	Riksrevisionens granskning av överenskommelserna.....	48
3.7	Kostnader	50
4	Gällande rätt.....	51
4.1	Inledning	51
4.2	Försäkringskassans utredningsplikt och utredningsbefogenheter	51
4.3	Förhållandet till hälso- och sjukvårdslagen.....	58
4.3.1	Vad ingår i begreppet hälso- och sjukvård?	58
4.3.2	Övrig lagstiftning med koppling till hälso- och sjukvårdslagen.....	60
4.4	Övrig lagstiftning	61
4.4.1	Myndighetsutövning.....	61
4.4.2	Behandling av personuppgifter.....	63
4.4.3	Sekretess och tystnadsplikt.....	64
4.4.4	Bestämmelser om objektivitet och jäv	67
4.4.5	Möjligheten till samarbete mellan landstingen m.m.	68
4.4.6	Mervärdesskatt	70
4.5	EU-rätten	71
4.5.1	Inledning.....	71
4.5.2	Begreppet ”tjänster av allmänt ekonomiskt intresse”	72
4.5.3	Upphandlingsreglerna.....	76
4.5.4	Statligt stöd.....	78
4.5.5	Konkurrensreglerna	80
4.6	Reglering om rättspsykiatrisk undersökning m.m.	81

5	Organisation och arbetssätt	87
5.1	Inledning.....	87
5.2	Så går beställningen till	87
5.2.1	Hos Försäkringskassan	89
5.2.2	I landstingen.....	90
5.3	Utredningarnas volym, kostnad och kvalitet	92
5.3.1	Kostnad och ersättning	93
5.3.2	Kompetensen hos de som gör utredningarna	95
5.4	Utredningarnas effekt.....	95
5.4.1	Utredningarnas kvalitet.....	95
5.4.2	Lite kunskap om effekten av utredningar	96
5.4.3	Riksrevisionens rapport om Försäkringskassans beslutsunderlag	98
5.4.4	Projekt i Östergötlands läns landsting	99
5.4.5	En internationell utblick	99
6	Problemen med nuvarande hantering av de försäkringsmedicinska utredningarna.....	105
6.1	Inledning.....	105
6.2	Problembeskrivning.....	105
7	Tre alternativa ansvarsmodeller men ingen löser alla problem	111
7.1	Inledning.....	111
7.2	Frågan om ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna kan lösas på olika sätt	111
7.3	Försäkringskassan utför de försäkringsmedicinska utredningarna i egen regi	112
7.4	Försäkringskassan upphandlar de försäkringsmedicinska utredningarna från privata aktörer	113
7.5	Det är landstingets ansvar att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.....	114

7.6	Gemensamma för- och nackdelar	115
7.7	De tre modellerna ur ett EU-rättsligt perspektiv	116

BEDÖMNINGAR OCH FÖRSLAG

8	Ny lag som reglerar landstingens ansvar	121
8.1	Inledning	121
8.2	Landstingen ska ha det övergripande ansvaret	121
8.3	Landstingens ansvar att göra försäkringsmedicinska utredningar ska regleras i lag	124
8.4	Det behövs en ny lag om försäkringsmedicinska utredningar	125
9	Övriga bedömningar och lagförslag	129
9.1	Inledning	129
9.2	Att utföra försäkringsmedicinska utredningar är inte myndighetsutövning	129
9.3	Skattepliktig omsättning av tjänst	130
9.4	Tillämpningsområde	131
9.5	Ett gemensamt ansvar	133
9.6	Möjlighet till samarbete mellan landsting	133
9.7	Metoder	136
9.8	Krav på kompetens hos den personal som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen	137
9.9	Krav på objektivitet och undvikande av jäv	138
9.10	Försäkringsmedicinskt utlåtande	139
9.11	Övrig handläggning	142
9.12	Ersättning till landstingen	142
9.13	Överklagande till domstol	145

9.14	Ikraftträdande m.m.	145
9.15	Försäkringsmedicinska utredningar ur ett EU-rättsligt perspektiv	146
10	Bestämmelser till skydd för den enskilde	151
10.1	Inledning.....	151
10.2	Information till den försäkrade och samtycke	151
10.3	Tolk.....	153
10.4	Personuppgiftslagen m.m.	154
10.5	Den försäkrade ska visas omtanke och respekt m.m.	155
10.6	Sekretess och tystnadsplikt	156
10.7	Patientskadelagen är tillämplig.....	157
10.8	Patientsäkerhetslagen ska vara tillämplig vid utförandet av en försäkringsmedicinsk utredning	158
10.9	Patientlagen är inte tillämplig.....	161
10.10	Regler om att föra en journal	162
10.11	Uppgiftsskyldighet	163
10.12	Ersättning för resor och logi	164
11	Försäkringskassans ansvar och övriga förslag.....	165
11.1	Inledning.....	165
11.2	Utvecklingsarbete inom Försäkringskassan.....	165
11.2.1	Bättre på att beställa och att utvärdera beställningarna	167
11.2.2	Årliga prognoser och årlig uppföljning av dessa.....	168
11.2.3	Grundutbildning och kompetensutveckling.....	169
11.2.4	Fortsatt utveckling inom funktionshindersområdet.....	170
11.2.5	Underlag till den försäkringsmedicinska utredningen	172
11.2.6	Återkoppling till landstingen	172

11.3	Forskning, uppföljning och utvärdering.....	173
11.3.1	Forskning angående effekten av försäkringsmedicinska utredningar	173
11.3.2	Årlig rapportering till regeringen	174
11.3.3	Särskilda uppdrag för att följa utvecklingen	175
11.4	Vissa resursfrågor	175
12	Konsekvensanalys.....	177
12.1	Uppdraget	177
12.2	Syftet med våra förslag.....	178
12.3	Konsekvenser för det kommunala självstyret.....	178
12.4	Ekonomiska konsekvenser.....	184
12.5	Övriga konsekvenser	187
13	Författningskommentar	189
13.1	Förslaget till lag om försäkringsmedicinska utredningar....	189
13.2	Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	200
Bilaga		
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2014:43.....	201

Sammanfattning

Uppdraget

Utredningens uppdrag har varit att utreda och lämna förslag på hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden ska tillgodoses. Utredaren har också haft i uppdrag lämna förslag till de författningsändringar som utredaren bedömer behövs.

Med försäkringsmedicinsk utredning avses en fördjupad medicinsk utredning, som har koppling till socialförsäkringens regler, för att t.ex. kunna ta ställning till en försäkrads nedsättning av arbetsförmågan i samband med bedömningen av rätten till ersättning eller vilket slag av ersättning som bör utgå vid t.ex. sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning.

I direktivet anges att utredningen i första hand ska pröva möjligheten och lämpligheten av att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen. Om detta inte är möjligt eller lämpligt ska i stället andra alternativ prövas. Utredningen har även i uppdrag att belysa för- och nackdelar med en lösning som bygger på frivilliga åtaganden för landstingen respektive ett lagstadgat ansvar.

De försäkringsmedicinska utredningarna

När Försäkringskassan ser ett behov av ytterligare beslutsunderlag i ett ärende vid bedömning av rätten till en viss förmån har de möjlighet att beställa en försäkringsmedicinsk utredning.

I ärenden som rör sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning finns det för närvarande tre olika försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan kan beställa

- särskilt läkarutlåtande (SLU) som används för försäkrade där det behövs en helhetsbild av hur sjukdomen påverkar förmågan till arbete
- teambaserad medicinsk utredning (TMU) som används för försäkrade som har en sammansatt eller svårbedömd sjukdomsbild, exempelvis vid sjukskrivning för flera diagnoser. Förutom läkare så ska även sjukgymnast, arbetsterapeut och psykolog delta vid en TMU
- aktivitetsförmågeutredning (AFU) som används i situationer när prövningen av den försäkrades arbetsförmåga vidgas till att även innefatta normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden, vilket normalt sker vid dag 181 i ett sjukfall. AFU ska inte användas i långa sjukfall.

För förmånerna med koppling till funktionsnedsättning finns det inga standardiserade försäkringsmedicinska utredningar utan Försäkringskassan fattar sina beslut med stöd av intyg från läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och psykolog samt övrig utredning från socialtjänst och skola.

Försäkringskassan beställer försäkringsmedicinska utredningar från landstingen, som i sin tur har åtagit sig att leverera dessa utredningar. Detta regleras sedan år 2010 genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelserna är frivilliga, 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.

Problemen med nuvarande modell

Det finns ett antal problem med den nuvarande hanteringen av de försäkringsmedicinska utredningarna. Problemen finns både hos Försäkringskassan och hos landstingen men är av olika karaktärer. De försäkringsmedicinska utredningarna har inte prioriterats av vare sig Försäkringskassans ledning eller landstingens ledningar, vilket har fått genomslag i organisationerna.

De problem som vi har sett med den nuvarande modellen är; osäkerhet på grund av bristen på långsiktighet i överenskommelserna, otydlighet kring vilken lagstiftning som reglerar verksamheten, ojämna beställningar från Försäkringskassan, dåligt stöd till Försäkringskassans handläggare om när en försäkringsmedicinsk utredning bör ske och hur den ska tolkas samt en bristande samarbetsmöjlighet mellan landstingen. Vi har även sett att det finns problem kopplade till beställning av ytterligare beslutsunderlag för förmåner vid funktionsnedsättning.

Mer övergripande kan vi även konstatera att det finns en osäkerhet kring nyttan av de försäkringsmedicinska utredningarna, då det saknas utvärderingar och forskning på området.

Utredningens huvudsakliga bedömningar och förslag

Det ska vara landstingens ansvar att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna

Vi har övervägt och utvärderat olika modeller för ansvaret men har gjort bedömningen att den bästa modellen är att landstingen får ansvaret för att utföra utredningarna, antingen i egen regi eller genom att upphandla privata aktörer. Med denna modell finns det förutsättningar för att de försäkringsmedicinska utredningarna blir en del av landstingens uppbyggda verksamhet, med god kompetens, gott förtroende hos allmänheten, en vana att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt med bättre förutsättningar till en ändamålsenlig geografisk spridning i landet. Vi har beaktat de krav som en sådan modell måste uppfylla för att inte strida emot EU-rätten t.ex. vad avser ersättningsnivå och verksamhetens omfattning.

Landstingens ansvar ska regleras i lag

Vår bedömning är att överenskommelser ger dåliga förutsättningar för en långsiktig planering av verksamheten hos landstingen och höga administrativa kostnader. Oavsett tidsperiod är överenskommelserna inte bindande för landstingen, vilket i sin tur kan leda till att Försäkringskassan inte får beslutsunderlag i form av försäk-

ringsmedicinska utredningar i hela landet. Med överenskommelserna saknas det samarbetsmöjligheter för landstingen och det är oklart vilken möjlighet det egentligen finns för att upphandla privata aktörer för ett frivilligt åtagande från landstingens sida. Vi vill dessutom betona vikten av att när det gäller ett nytt ansvar för landstingen, ett åliggande, som ligger utanför hälso- och sjukvårdsområdet bör detta enligt regeringsformen regleras genom lag.

Det finns behov av kompletterande lagregleringar avseende samarbetsmöjligheter, kompetenskrav, jäv och ersättning

Försäkringsmedicinska utredningar kan inte anses vara hälso- och sjukvård eftersom det inte handlar om att de utförs i förebyggande syfte eller för att vårda eller behandla sjukdom eller skada. Den lagregelring som gäller för hälso- och sjukvårdsområdet är därmed inte tillämplig. Det finns därför behov av kompletterande lagreglering när det gäller t.ex. samarbetsmöjligheter, kompetenskrav, jäv och ersättning.

Att utföra en försäkringsmedicinsk utredning är inte myndighetsutövning

I de försäkringsmedicinska utredningarna görs det ingen bedömning av om den försäkrade ska få ersättning eller inte, utan det görs en beskrivning av den försäkrades aktivitetsförmåga. Det försäkringsmedicinska utlåtandet som utfärdas efter en försäkringsmedicinsk utredning blir endast en del av Försäkringskassans totala beslutsunderlag. Det är Försäkringskassan som bereder den försäkrades ärende genom att fatta beslut under handläggningen av ärendet. Den slutsats vi kommer fram till är att myndighetsutövningen sker hos Försäkringskassan och inte hos landstingen eller de privata utförare som utför de försäkringsmedicinska utredningarna.

Möjlighet till samarbete mellan landsting

Alla landsting har inte alltid möjlighet eller är intresserade av att utföra försäkringsmedicinska utredningar. En samarbetsmöjlighet

gör det möjligt för ett landsting att sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för. Genom ett sådant avtal får ett landsting utföra de uppgifter som ett annat landsting ansvarar för. Om landstingen väljer att samarbeta med ett annat landsting leder detta till att det blir större volymer av försäkringsmedicinska utredningar för det landsting som gör utredningarna. Detta kan skapa förutsättningar för en ökad effektivitet, en ökad kompetens hos personalen och att det blir lättare att tillgodose kraven på specialistkunskaper.

Krav på den personal som utför de försäkringsmedicinska utredningarna och som skriver de försäkringsmedicinska utlåtandena

För Försäkringskassan och de försäkrade är det viktigt att den försäkringsmedicinska utredningen och utlåtandena håller en hög kvalitet och kan vara ett bra beslutsunderlag. Det är därför av flera skäl viktigt att den personal som gör den försäkringsmedicinska utredningen och skriver utlåtandet har tillräcklig kompetens.

Vi föreslår därför att de försäkringsmedicinska utredningarna endast får göras av personal som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och har den kompetens och utbildning som krävs för att utföra den försäkringsmedicinska utredningen. Av lagen ska det framgå att ett försäkringsmedicinskt utlåtande ska utfärdas av behörig personal efter en utförd försäkringsmedicinsk utredning. Regeringen får utfärda föreskrifter om utbildning och kompetens.

Landstingen ska ha ersättning för de försäkringsmedicinska utredningarna

Försäkringskassan ska ersätta landstingen för de försäkringsmedicinska utredningarna. Försäkringskassan ska svara för uppföljning, beräkning och beslut om utbetalning av ersättningen. Regeringen får meddela föreskrifter om ersättningsnivåerna och de villkor och förutsättningar som ska gälla för utbetalning av ersättning. Vi anser att det underlag som Socialstyrelsen har tagit fram bör kunna fungera som ett underlag för att bestämma ersättningsnivåerna. Det bör dock göras årliga justeringar av ersättningsnivåerna för att

dessa ska kompensera för löneutvecklingen för de aktuella personalgrupperna och kostnadsutvecklingen i övrigt.

Vi föreslår även att det införs en bestämmelse om att Försäkringskassan ska ersätta den försäkrade för skäliga kostnader för resor m.m. i samband med en försäkringsmedicinsk utredning.

Bestämmelser till skydd för den enskilde

Det är viktigt att den försäkrade får ett bra skydd när det gäller säkerhet och integritet. Vi föreslår därför att patientsäkerhetslagen och patientskadelagen ska vara tillämpliga när de försäkringsmedicinska utredningarna utförs.

Vi föreslår även att det införs en bestämmelse om att när den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen har att göra med en försäkrad som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad, bör utföraren vid behov anlita tolk.

Sekretess och tystnadsplikt

För landstingen gäller offentlighets- och sekretesslagen. För hälso- och sjukvårdspersonal hos både landsting och privata aktörer är bestämmelserna om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen tillämpliga. Det finns inget hinder mot att den försäkrades uppgifter, vid en försäkringsmedicinsk utredning, överlämnas mellan Försäkringskassan och landsting eller privat utförare med den försäkrades samtycke.

Det ska föras journal

Vid en försäkringsmedicinsk utredning ska det föras en utredningsjournal, i enlighet med 3 kap. patientdatalagen, eftersom det är viktigt att den försäkrade vid behov kan få ut information om vad som framkom vid den försäkringsmedicinska utredningen och att uppgifterna behövs för att Inspektionen för vård och omsorg ska kunna utöva sin tillsyn.

Utvecklingsarbete inom Försäkringskassan

Det kommer inte att räcka med en lagreglering för att få en i alla delar väl fungerande verksamhet med de försäkringsmedicinska utredningarna. utan det krävs även åtgärder för att öka effektiviteten hos Försäkringskassan:

1. De försäkringsmedicinska utredningarna bör ges högre prioritet hos Försäkringskassan.
2. De försäkringsmedicinska utredningarna behöver löpande följas upp genom nyckeltal kopplade till kvalitet, kompetens och volymer. Försäkringskassan bör bli bättre på att beställa försäkringsmedicinska utredningar och utvärdera resultaten från utredningarna.
3. Det behöver utarbetas tydliga riktlinjer som stöd för hur handläggarna ska arbeta med de försäkringsmedicinska utredningarna.
4. De försäkringsmedicinska rådgivarna bör involveras mer i arbetet med att utveckla stöd till Försäkringskassans handläggare och de bör i högre utsträckning fungera som stöd vid beställning av utredningar och tolkning av utlåtanden efter utredningar.
5. Försäkringskassan bör utarbeta prognoser för hur många försäkringsmedicinska utredningar som de avser att beställa.
6. Försäkringskassans handläggare, chefer, och specialister bör ges ytterligare kompetensutveckling rörande de försäkringsmedicinska utredningarna. Det handlar både om grundläggande utbildning för nyanställda och om att skapa system för kontinuerlig fortbildning.
7. Försäkringskassan bör även ha ansvaret för grund- och uppföljningsutbildningar av den hälso- och sjukvårdspersonal som ska göra de försäkringsmedicinska utredningarna.
8. Försäkringskassan bör fortsätta att arbeta med att utveckla den information som behövs för bedömningar i samband med vissa funktionsnedsättningar. Det handlar om att utveckla särskilda läkarintyg för alla som ansöker om assistansersättning och om att ta fram särskilda utredningsverktyg för ärenden där det be-

hövs ett bättre beslutsunderlag, t.ex. mer komplexa och svårbedömda ärenden inom assistansersättningen.

9. Försäkringskassan ska tillhandahålla det underlag som behövs till den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen och upplysa utföraren om den försäkrade har behov av tolk.
10. Försäkringskassan har ansvar för att inom skälig tid från det att de fått ett utlåtande efter utförd utredning, bedöma om utlåtandet kan godtas eller om det krävs komplettering.

För att hålla fokus på hur Försäkringskassan arbetar med detta utvecklingsarbete är det av stor vikt att det sker en regelbunden rapportering till Regeringskansliet antingen inom ramen för årsredovisningen eller i särskilda rapporter.

Forskning och utvärdering

Effekten av de försäkringsmedicinska utredningarna behöver utvärderas. Det bör initieras forskning kring vilka utredningar som behövs och hur de fungerar. I den forskningspolitiska propositionen föreslås särskilda medel avsättas för detta.

Det behövs studier för att se om och i så fall vilken typ av utredningar som har bäst effekt.

Inspektionen för socialförsäkringen bör ges i särskilt uppdrag av regeringen att följa och utvärdera Försäkringskassans utvecklingsarbete med de försäkringsmedicinska utredningarna.

Ikraftträdandet

Vi föreslår att lagen om försäkringsmedicinska utredningar ska träda i kraft den 1 januari 2016 och att den ska gälla för de försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan begär efter detta datum.

För de försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan begärt av landsting före ikraftträdandet av den nya lagen ska de tidigare rutinerna och ersättningsnivåerna gälla.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om försäkringsmedicinska utredningar

Tillämpningsområde

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om försäkringsmedicinska utredningar.

Med försäkringsmedicinska utredningar avses i denna lag de fördjupade medicinska utredningar som Försäkringskassan kan begära med stöd av 110 kap. 14 § 3 och 4 socialförsäkringsbalken (2010:110).

Regeringen får i föreskrifter specificera vilka försäkringsmedicinska utredningar som omfattas av lagen.

Landstingens ansvar

2 § Ett landsting ska på begäran av Försäkringskassan utföra försäkringsmedicinska utredningar.

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

Det gemensamma ansvaret

3 § Försäkringskassan och landsting ska samverka för att bedriva verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar effektivt.

Möjlighet till samarbete m.m.

4 § Ett landsting får sluta avtal med ett annat landsting eller någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för en-

ligt denna lag. Genom ett sådant avtal får ett annat landsting utföra de uppgifter som ett landsting ansvarar för enligt denna lag.

Metoder

5 § Försäkringskassan ska i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med landstingen fastställa de metoder som ska användas i de försäkringsmedicinska utredningarna. Metoderna ska överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Information till den försäkrade och samtycke

6 § Försäkringskassan ska informera den försäkrade om vad en försäkringsmedicinsk utredning innebär, vad den ska användas till och vilket underlag Försäkringskassan kommer att bifoga beställningen samt konsekvenserna av om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka i utredningen.

En försäkringsmedicinsk utredning får endast utföras med den försäkrades samtycke. Den försäkrades samtycke ska omfatta behandling av personuppgifter och att dessa ska kunna överlämnas mellan Försäkringskassan och en utförare när en försäkringsmedicinsk utredning utförs enligt denna lag.

Underlag m.m.

7 § Försäkringskassan ska tillhandahålla den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen det underlag som behövs för utredningen och upplysa utföraren om den försäkrade har behov av tolk.

Tolk

8 § När den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen har att göra med en försäkrad som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad, bör utföraren vid behov anlita tolk.

Behandling av personuppgifter

9 § Personuppgiftslagen (1998:204) gäller vid behandling av personuppgifter enligt denna lag.

10 § Det landsting eller annan juridisk person eller enskild näringsidkare, som utför den försäkringsmedicinska utredningen är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som utförs.

11 § Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att den försäkrades integritet respekteras.

12 § Dokumenterade personuppgifter ska hanteras och behandlas så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Krav på kompetens

13 § Försäkringsmedicinska utredningar får endast utföras av den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården samt har den kompetens och utbildning som krävs.

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

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka krav på utbildning som gäller vid försäkringsmedicinska utredningar.

Objektivitet m.m.

14 § Den försäkringsmedicinska utredningen ska utföras med noggrannhet och omsorg. Den personal som utför utredningen ska iakta saklighet och opartiskhet. Den försäkrade ska visas omtanke och respekt vid utredningen.

Jäv

15 § Den personal som utför den försäkringsmedicinska utredningen ska tillämpa bestämmelserna i 11 och 12 §§ förvaltningslagen (1986:223).

Förhållandet till annan lagstiftning

16 § När en försäkringsmedicinsk utredning utförs enligt denna lag är patientskadelagen (1996:799) tillämplig.

17 § När en försäkringsmedicinsk utredning utförs enligt denna lag gäller patientsäkerhetslagen (2010:659).

Journalföring

18 § Vid en försäkringsmedicinsk utredning ska det föras en utredningsjournal som ska dokumenteras i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. patientdatalagen (2008:355).

Försäkringsmedicinskt utlåtande

19 § Ett försäkringsmedicinskt utlåtande ska utfärdas av behörig personal när en försäkringsmedicinsk utredning är genomförd.

Den försäkrade har rätt att ta del av det försäkringsmedicinska utlåtandet.

Det försäkringsmedicinska utlåtandet ska vara Försäkringskassan tillhanda inom fastställd tid efter det att komplett underlag kommit in till utföraren.

Regeringen får meddela föreskrifter om inom vilken tid utlåtandet ska vara Försäkringskassan tillhanda.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om behörighet, vad det försäkringsmedicinska utlåtandet ska innehålla och övriga rutiner.

Underrättelse

20 § Om tidpunkten för en försäkringsmedicinsk utredning måste ombokas, om den försäkrade uteblir från utredning eller om en utredning av andra skäl inte kan genomföras ska den personal som har ansvaret för att utföra utredningen underrätta Försäkringskassan.

Uppgiftsskyldighet

21 § Den som utför en försäkringsmedicinsk utredning enligt denna lag är skyldig att, på begäran av Försäkringskassan, lämna ut uppgifter som kommit fram om den försäkrade under utredningen.

Ersättning till landstingen

22 § Försäkringskassan ska ersätta ett landsting för de försäkringsmedicinska utredningar som landstinget utför enligt denna lag. Försäkringskassan ansvarar för uppföljning, beräkning och beslut om och utbetalning av ersättningen.

Regeringen får meddela föreskrifter om ersättningsnivåerna.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de villkor och förutsättningar som ska gälla för utbetalning av ersättning.

Ersättning för resor, kost och logi

23 § Försäkringskassan ska ersätta den försäkrade för skäligen kostnader för resor, kost och logi som uppkommer i samband med en försäkringsmedicinsk utredning enligt denna lag.

Överklagande till domstol

24 § Försäkringskassans beslut om ersättning enligt 22 § denna lag får överklagas av ett landsting till allmän förvaltningsdomstol. Andra beslut enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016 och gäller för de försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan begär efter detta datum.

De tidigare rutinerna och ersättningsnivåerna gäller för de försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan begärt av ett landsting före ikraftträdandet.

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

Härigenom förskrivs att 1 kap 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

2 §

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, *lagen (2016:000) om försäkringsmedicinska utredningar* samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016. Inga övergångsbestämmelser behövs.

2 Bakgrund och uppdraget

2.1 Inledning

Inom socialförsäkringsadministrationen behövs 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 genom egna utredningsresurser, privata aktörer eller hälso- och sjukvården.

Denna utredning har i uppdrag att tydliggöra ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna inom relevanta socialförsäkringsområden dvs. både vid sjukdom och vid funktionsnedsättning. Av direktivet framgår att vi i första hand ska pröva möjligheten och lämpligheten för att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen.

2.2 Introduktion

Den försäkrade ska när han eller hon är sjuk styrka nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom senast från och med den sjunde dagen efter sjukperiodens första dag genom att lämna in ett läkarintyg till Försäkringskassan enligt 27 kap. 25 § socialförsäkringsbalken. Därefter kan Försäkringskassan kräva ytterligare läkarintyg under sjukperioden eller beställa en försäkringsmedicinsk utredning när det behövs.

Med försäkringsmedicinsk utredning avses en fördjupad medicinsk utredning som har koppling till socialförsäkringens regler för att t.ex. kunna ta ställning till en försäkrads nedsättning av arbetsförmågan i samband med bedömningen av rätten till ersättning eller vilket slag av ersättning som bör utgå vid t.ex. sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning. En försäkringsmedicinsk ut-

redning gäller ofta försäkrade som har en mångfacetterad livssituation där inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning är avgörande för processen.¹

Förmånerna vid funktionsnedsättning är, i jämförelse med t.ex. sjukersättning, relativt nya förmåner och det finns inga särskilt anpassade försäkringsmedicinska utredningar för dessa. Men Försäkringskassan har även för förmåner kopplade till funktionsnedsättning en utredningsplikt och utredningsbefogenheter enligt den nya socialförsäkringsbalken från år 2010. Kostnaderna för dessa förmåner har stigit kraftigt under senare år även om antalet personer som uppbär ersättning inte förändrats nämnvärt.

För närvarande är det landstingen som har tagit på sig att göra de försäkringsmedicinska utredningarna och det regleras genom årliga överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelserna är dock tidsbegränsade och inte någon permanent lösning

2.3 Uppdraget

Den 20 mars 2014 beslutade regeringen om att tillkalla en särskild utredare för att utreda och lämna förslag på hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden ska tillgodoses. Den 16 maj 2014 utsågs Ingrid Petersson som särskild utredare och den 11 augusti 2014 blev Birgitta Fors Almassidou och Eva Stina Lönngren förordnade som utredningssekreterare i utredningen.

Syftet med utredningen är att tydliggöra ansvaret för att göra försäkringsmedicinska utredningar och utfärda försäkringsmedicinska utlåtanden. I första hand ska utredaren pröva möjligheten och lämpligheten av att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen. Utredaren ska belysa för- och nackdelar med en lösning som bygger på frivilliga åtaganden av landstingen respektive ett lagstadgat ansvar. Om det under utredningens gång skulle visa sig att det inte är möjligt eller lämpligt att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar och utlåtanden via landstingen, ska i stället andra alternativ prövas.

¹ Jfr beskrivning från betänkandet Försäkringsmedicinskt centrum, SOU 1997:169 s. 92.

Utredarens förslag ska utformas i dialog med berörda aktörer och vara brett förankrade. Det är mycket viktigt att försäkringsmedicinska utlåtanden tas fram på ett sätt som uppfyller kraven på kvalitet och opartiskhet.

Utredaren ska bl.a. överväga

- om det behövs en särskild lag om försäkringsmedicinska utredningar och utlåtanden
- vilken reglering som behövs för att vid en försäkringsmedicinsk utredning tillförsäkra den enskilde ett skydd för person och integritet som motsvarar det som finns för patienter vid hälso- och sjukvård
- hur tillräcklig kompetens säkerställs hos de som genomför de försäkringsmedicinska utredningarna.

Utredaren ska även överväga om framtagande av försäkringsmedicinska utlåtanden på Försäkringskassans begäran kan anses vara en icke-ekonomisk tjänst av allmänt intresse, i EU-rättslig mening.

Om behovet av försäkringsmedicinska utredningar och utlåtanden föreslås tillgodoses via landstingen ska utredaren pröva möjligheten att landsting ska kunna samverka vid utförande av försäkringsmedicinska utredningar. Det ingår även att lämna förslag om hur landstingen ska få ekonomisk kompensation för ett sådant ansvar och hur eventuella tvister om ersättning ska lösas. Utredaren ska lämna förslag till de författningsändringar som utredarens överväganden ger anledning till.

Uppdraget ska redovisas senast den 2 mars 2015.

2.3.1 Avgränsningar och tillvägagångssätt

Av direktivet framgår det att utredningen ska utreda och lämna förslag till hur behovet av försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden ska tillgodoses. Med relevanta socialförsäkringsområdena gör vi bedömningen att det främst handlar om följande förmåner:

- Sjukpenning
- Sjukersättning

- Aktivitetsersättning
- Assistansersättning

Men det kan även vara aktuellt med utredningar inom följande områden:

- Bilstöd
- Handikappersättning
- Vårdbidrag

Vi anser däremot inte att det för närvarande är aktuellt med försäkringsmedicinska utredningar för arbetsskadeförsäkringen och det statliga personskadeskyddet.

I uppdraget ingår att föreslå en övergripande reglering avseende ansvar, struktur och modell för de försäkringsmedicinska utredningarna. Det handlar däremot inte om att detaljreglera all hantering och administration av dessa utredningar. För detta kan det krävas reglering i forskrifter eller på annat sätt.

Avsikten är att de försäkringsmedicinska utredningarna ska bidra till ett bättre beslutsunderlag för Försäkringskassans handläggning. I uppdraget ingår inte att analysera och bedöma de enskilda försäkringsmedicinska utredningarnas kvalitet och effektivitet som underlag för Försäkringskassans bedömning. Men vi anser att frågan är central vilket gör att det finns anledning framöver att fördjupa arbetet kring nyttan av dem.

Personalen som gör de försäkringsmedicinska utredningarna måste ha genomgått en speciell utbildning och ha en viss kompetens. Vi har inom ramen för den korta tid som stått till utredningens förfogande inte haft möjlighet att bedöma varken kompetensen hos den personal som gör utredningarna eller de försäkringsmedicinska utbildningarnas kvalitet.

Utredningen har inte haft några förordnade experter eller sakkunniga utan har i stället inhämtat information och förankrat förslagen genom att ha ett stort antal kontakter med berörda aktörer. Utredningen har under arbetets gång haft ett antal möten med företrädare för Försäkringskassan t.ex. personer från ledningen, avropssamordnare, försäkringsmedicinsk rådgivare och handläggare. Utredningen har även haft möten med Sveriges Kommuner och

Landsting samt Regeringskansliet. Utredningen har besökt ett antal landsting och gjort en enkätundersökning samt träffat privata aktörer som gör försäkringsmedicinska utredningar, intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättning, Läkarförbundet samt stämt av vid möten med Socialstyrelsen, Datainspektionen och Inspektionen för vård och omsorg m.fl.

Socialdepartementet har gett Jörgen Hettne (docent i EU-rätt) och Maria Fritz (jur.kand.), hos Fritz & Hettne Europajuridik HB, i uppdrag att utreda den EU-rättsliga delen. Utredningen har gett Kristina Alexanderson, Karolinska Institutet, i uppdrag att göra en kort beskrivning av olika länders försäkringssystem och forskningsresultat vad avser effekter av försäkringsmedicinska utredningar.

Utredningen har även träffat och stämt av med utredningssekreterare i följande utredningar; Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, "Klagomålsutredningen" (S2014:15), "En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården" (S2013:14) och "Tillsyn inom socialförsäkringsområdet" (S2013:10).

2.4 Försäkringsmedicinska utredningar inom socialförsäkringsområdet har en lång historia

En försäkring för nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom tillkom för cirka 100 år sedan och i samband med detta uppstod även ett behov av försäkringsmedicinska utredningar.

Riksförsäkringsverkets sjukhus

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.

Diskussioner kring hälso- och sjukvårdens ansvar

Under 1990-talet fördes det diskussioner om vem som skulle ha ansvaret för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna.

År 1996 kom Sjuk- och arbetsskadekommittéen i sitt betänkande² fram till att när det gäller bedömning av t.ex. arbetsförmågans nedsättning för mycket svårutredda försäkrade så behöver Försäkringskassorna tillgång till speciella resurser som hälso- och sjukvården inte kunde förväntas tillhandahålla.

I den s.k. Nytra-utredningen³ från år 1997 framhölls att det var hälso- och sjukvårdens uppgift att förse den allmänna försäkringskassan med de intyg och utlåtanden som behövdes där. Det ifrågasattes dock om det gick att kräva att den allmänna hälso- och sjukvården skulle göra försäkringsmedicinska utredningar av försäkrade som ofta hade en mångfacetterad livssituation där inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning var avgörande för prognosen. Man fann även att de försäkringsmedicinska utredningarna låg i gränslandet till den allmänna hälso- och sjukvårdens uppgifter.

I den efterföljande propositionen⁴ framhölls att utgångspunkten var att den allmänna hälso- och sjukvården hade ansvaret för medicinsk vård, behandling och rehabilitering samt de medicinska utredningar och utlåtanden som behövdes för att socialförsäkrings-systemet skulle fungera på avsett sätt. De allmänna försäkringskassornas behov av dessa insatser tillgodosågs i huvudsak också av den allmänna hälso- och sjukvården sedan tidigare. Man instämde i utredningens slutsats att försäkringskassorna därutöver behövde helhetsbedömningar av försäkrade som ofta hade en mångfacetterad livssituation och där den nedsatta arbetsförmågan i många fall orsakades av en kombination av medicinska, psykologiska och sociala problem. Patienter med denna typ av problem betraktades inte heller som svårt sjuka av hälso- och sjukvården. I den situationen fanns inte alltid tillgång till en utredningsinstans inom den ordinarie hälso- och sjukvården dit de allmänna försäkringskassorna kunde remittera de försäkrade. Mot bakgrund av att Riksför-

² Sjuk- och arbetsskadekommitténs slutbetänkande, (SOU 1996:113), betänkandet av AGRA-utredningen (Arbetsgivarens Rehabiliteringsansvar).

³ Nytra-utredningen (SOU 1997):169 s. 93 ff.

⁴ Prop. 1998/99:76.

säkringsverkets sjukhus medverkade till att tillgodose behovet av kvalificerade bedömningsunderlag för vissa försäkrade med sammansatta och svårbedömda besvär gjordes bedömningen att det även framöver fanns ett behov av att behålla denna typ av insatser. Ställningstagandet innebar inte någon ändring av hälso- och sjukvårdens ansvar att tillhandahålla de beslutsunderlag som försäkringskassan efterfrågade. Tvärtom ansågs att hälso- och sjukvårdens ansvar och insatserna inom området borde öka.

Riksförsäkringsverkets sjukhus avvecklas och Försäkringsmedicinskt centrum bildas

Verksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus avvecklades för att ersättas av Försäkringsmedicinskt centrum (FMC) från den 1 januari 2000. FMC blev en del av Östergötlands läns allmänna försäkringskassa. Kärnverksamheten vid FMC bestod i att utföra kvalificerade utredningar inom försäkringsmedicin och rehabilitering. FMC skulle också tillgodose socialförsäkringens behov av forskningsresultat inom försäkringsmedicin och säkerställa en kunskapsförmedling baserad på resultat från forskningen, bl.a. till de allmänna försäkringskassorna. Utbudet av utredningar bestod av grundutredningar inom det försäkringsmedicinska området och den så kallade arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningen. 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 regeringen⁵, 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 me-

⁵ I en redovisning av uppdrag – Effektivare förutsättningar för Försäkringskassans uppdrag att stödja arbetslinjen och samordna rehabiliteringsinsatser (dnr 2006/5189/SF).

del för att köpa försäkringsmedicinska utredningar eller särskilda utlåtanden.

Ett liknande förslag lämnades av Rehabiliteringsutredningen i deras slutbetänkande.⁶ Men Regeringen fattade inte beslut i enlighet med Försäkringskassans skrivelse eller Rehabiliteringsutredningens förslag och Försäkringskassan behöll därmed sina medel för att köpa försäkringsmedicinska utredningar.

Försäkringskassan upphandlar

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.

2.4.1 Arbetsförmågeutredningens förslag

Arbetsförmågeutredningen fick år 2008 i uppdrag att föreslå användbara metoder att mäta och bedöma funktionstillstånd, funktionsnedsättning och arbetsförmåga.⁷ Utredningen föreslog att Försäkringskassan skulle få i uppdrag att utveckla instrument för bedömning av arbetsförmåga. Vidare ansåg utredningen att en professionell och likvärdig bedömning kräver ett väl genomarbetat förhållningssätt till hur en persons aktivitetsbegränsningar ska bedömas. Det är, enligt utredningen, ofta mycket svårt att bedöma vad en person egentligen kan och även de medicinska utredningsmetoderna behöver såväl utvecklas som göras mer enhetliga. Utredningen bedömde att en sådan utveckling sannolikt bäst skulle ske om försäkringsgivaren hade kontroll över alla stegen. Utredningens slutsats var att Försäkringskassan borde skaffa sig den kompetens som behövs för att själv utföra utredningarna av medicinska förutsättningar för arbete och att Försäkringskassan borde

⁶ Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet (SOU 2006:107).

⁷ Översyn av begreppen sjukdom och arbetsförmåga samt en enhetlig bedömning av arbetsförmåga (dir. 2008:11).

bygga upp en expertis kring tillämpningen av det egna regelverket. Utredningen föreslog att Försäkringskassan inom sin verksamhet skulle inrätta professionella medicinska team som skulle bedöma arbetsförmågan från och med dag 180 i sjukperioden.⁸

2.4.2 Överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

I budgetpropositionen för år 2008 aviserade regeringen att medlen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster skulle föras över till en satsning på rehabiliteringsgaranti⁹ och företagshälsovård. I denna överföring ingick även medlen för de försäkringsmedicinska utredningarna utan att ansvaret för och finansiering av de försäkringsmedicinska utredningarna analyserades närmare. Regeringen bedömde att satsningarna på en rehabiliteringsgaranti och vidareutvecklad företagshälsovård skulle tillgodose Försäkringskassans behov av medicinska underlag för att kunna bedöma rätten till ersättning och behovet av rehabilitering. Sedan år 2010 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting ingått överenskommelser om att ge ersättning till landsting som levererat försäkringsmedicinska utredningar till Försäkringskassan, se vidare kap. 3.

⁸ Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/medicinska förutsättningar för arbete/försörjningsförmåga (SOU 2009:89 s. 188).

⁹ Rehabiliteringsgarantin är en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting och staten som innebär att patienter som har en långvarig och diffus smärta i rygg, nacke, axlar och lindriga eller medelsvåra depressioner samt olika typer av ångest och stress ska få medicinsk behandling och rehabilitering.

3 Beskrivning av förmåner och verktyg

3.1 Inledning

Det finns i dag tre olika typer av försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan kan beställa när det behövs ytterligare utredning i ett ärende. Det är landstingen som gör de försäkringsmedicinska utredningarna efter begäran av Försäkringskassan och detta förfarande regleras genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Landstingen har däremot ingen lagreglerad skyldighet att göra dessa utredningar.

När det gäller funktionsnedsättningar så finns det i dag inga särskilt anpassade försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan kan beställa i alla ärenden.

3.2 Utredningsformer

Socialförsäkringen och socialförsäkringsbalken omfattar bl.a. ett stort antal förmåner. Förmåner är, enligt 2 kap. 11 § socialförsäkringsbalken, dagersättningar, pensioner, livräntor, kostnadsersättningar, bidrag samt andra utbetalningar eller åtgärder som den enskilde är försäkrad för enligt 4–7 kap. Vissa förmåner är kopplade till sjukdom eller arbetskada (23–47 kap. socialförsäkringsbalken) och andra till funktionshinder (48–52 kap. socialförsäkringsbalken).

När Försäkringskassan ser ett behov av ytterligare beslutsunderlag i ett ärende vid bedömning av rätten till en viss förmån har Försäkringskassan möjlighet att beställa en försäkringsmedicinsk utredning. De försäkringsmedicinska utredningarna har utvecklats av Försäkringskassan m.fl. med stöd av de utredningsbefogenheter som Försäkringskassan har enligt 110 kap. 14 § socialförsäkrings-

balken. Det finns inget ytterligare lagstöd för de olika försäkringsmedicinska utredningarna eller i vilka ärenden de olika utredningarna ska användas.

I ärenden som rör sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning finns det tre typer av försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan kan beställa när ett bättre beslutsunderlag behövs: särskilt läkarutlåtande (SLU), teambaserad medicinsk utredning (TMU) och aktivitetsförmågeutredning (AFU). Dessa beskrivs närmare i avsnitt 3.5.

För förmåner kopplade till funktionsnedsättning finns det inga framtagna försäkringsmedicinska utredningar utan Försäkringskassan grundar sina beslut på intyg från läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och psykolog samt övrig utredning från socialtjänst och skola. Inom assistansersättningen pågår det ett arbete hos Försäkringskassan med att utveckla en fördjupad utredning som stöd för bedömningen av rätten till ersättning. Arbetet bedrivs som en pilotverksamhet i Region Skåne.

För bilstödet finns det ett tekniskt yttrande om behov av anpassning som beställs från Trafikverket eller någon annan med motsvarande kompetens.

Tabell 3.1 Försäkringsmedicinsk utredningar och vem som är ansvarig för dessa

Förmån	Typ av utredning	Ansvarig utförare
Sjukpenning	SLU, TMU, AFU	Försäkringskassan beställer av landstingen med stöd av överenskommelser med SKL.
Sjukersättning	SLU, TMU (AFU kan bli aktuell)	Se ovan
Aktivitetsersättning	SLU, TMU (AFU kan bli aktuell)	Se ovan
Assistansersättning	Försöksverksamhet i Skåne	Ett pilotprojekt bedrivs i Region Skåne.
Vårdbidrag	saknas	
Handikappersättning	saknas	
Bilstöd	Tekniskt yttrande	Beställs från Trafikverket m.fl.

3.3 Sjukskrivningsprocessen

Av Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning framgår att hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har skilda roller i sjukskrivningsprocessen. Hälso- och sjukvården är ansvarig för att dokumentera diagnos, funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar, uppgivna arbetskrav och bedömd arbetsförmåga i ett medicinskt underlag t.ex. läkarintyg. Försäkringskassan fattar beslut om sjukpenning eller annan aktuell förmån. Informationen i läkarintyget ligger till grund för detta beslut. En läkares bedömningar i ett läkarintyg innebär ingen ovillkorlig rätt till sjukpenning utan är ett underlag för Försäkringskassans beslut.

För en rättssäker prövning av sjukpenningärenden behöver Försäkringskassan i vissa fall beställa fördjupade medicinska utredningar som stöd till sitt beslut. Dessa underlag ska ge en fördjupad beskrivning av hur individens sjukdom påverkar hans eller hennes funktionstillstånd ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv. Den tar alltså sikte på hur sjukdomen påverkar individens funktion och förmåga till aktivitet utifrån vad som är relevant vid bedömningen av rätten till ersättning från sjukförsäkringen.

3.4 Förmånerna

3.4.1 Beskrivning förmånerna sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning

Nedan redovisas kort de förmåner kopplade till sjukdom där det kan bli aktuellt med försäkringsmedicinska utredningar.

Sjukpenning

Rätten till sjukpenning regleras i 24–28a kap. socialförsäkringsbalken. Sjukpenning kompenserar för förlorad arbetsinkomst på grund av sjukdom eller skada. Förutsättningarna för att ha rätt till sjukpenning är att man är försäkrad i Sverige, har en sjukpenninggrundande inkomst och har nedsatt arbetsförmåga till minst en fjärdedel på grund av sjukdom.

För den som är anställd betalar arbetsgivaren sjuklön de första två sjukveckorna i ett sjukfall. Bedömningen av arbetsförmågan regleras i 27 kap. 46–55b §§ socialförsäkringsbalken och bedömningen sker enligt följande:

- Under de första 90 dagarna som den försäkrade är sjukskriven utgår sjukpenning om han eller hon inte kan utföra sitt vanliga arbete eller ett annat tillfälligt arbete hos sin arbetsgivare.
- När den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 90 dagar ska det även beaktas om han eller hon kan försörja sig efter en omplacering till ett annat arbete hos arbetsgivaren.
- Efter 180 dagar kan den försäkrade få sjukpenning om han eller hon inte kan utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne, men det finns undantag.
- Efter 365 dagar kan den försäkrade bara få sjukpenning om han eller hon inte kan utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, men det finns undantag.

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning den s.k. rehabiliteringskedjan gäller fullt ut bara för den som har en anställning. Egna företagares arbetsförmåga bedöms i förhållande till de vanliga arbetsuppgifterna fram till och med dag 180. Sedan bedöms arbetsförmågan i förhållande till sådant arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Rätten till sjuk- och aktivitetsersättning regleras i och 32–37 kap. socialförsäkringsbalken. En försäkrad vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt, med minst en fjärdedel, på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan och som var försäkrad vid försäkringsfallet har rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning. För rätt till sjukersättning krävs att arbetsförmågan kan anses stadigvarande nedsatt och att rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår sin arbetsförmåga. För rätt till aktivitetsersättning krävs att nedsättningen kan antas bestå under minst ett år.

När Försäkringskassan ska bedöma hur nedsatt arbetsförmågan är ska det beaktas om den försäkrade har förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Sjukersättning lämnas tills vidare, dock med krav på en ny utredning inom tre år. Aktivitetsersättningen lämnas för högst tre år. Aktivitetsersättning kan tidigast lämnas från och med juli det år då den försäkrade fyller 19 år och längst till och med månaden före den månad då han eller hon fyller 30 år. Sjukersättning kan lämnas tidigast från och med den månad då den försäkrade fyller 30 år och längst till och med månaden före den månad då han eller hon fyller 65 år.

3.4.2 Beskrivning av förmåner med koppling till funktionsnedsättning och vårdbidrag

Nedan redovisas kort de förmåner vid funktionsnedsättning och vårdbidrag där det skulle kunna bli aktuellt för Försäkringskassan att inhämta ytterligare underlag i form av försäkringsmedicinska utredningar.

Vid ansökan om dessa förmåner, förutom assistansersättning, ska ett läkarintyg som beskriver hälsotillstånd bifogas ansökan om förmånen till Försäkringskassan. Läkarintyget ska styrka funktionsnedsättningen för att Försäkringskassan ska kunna ta ställning till en ansökan.

Assistansersättning

Assistansersättning regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken. En försäkrad som tillhör någon av nedanstående grupper kan för sin dagliga livsföring få assistansersättning för kostnader avseende personligt utformat stöd. De aktuella grupperna av försäkrade är personer med

- utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd
- betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom
- andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om nedsätt-

ningarna är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Det personliga stödet ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen.

För rätt till assistansersättning krävs att den försäkrade behöver personlig assistans i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan för sina grundläggande behov. Ersättningen kan beviljas före 65 års ålder. Rätten till assistansersättning ska omprövas sedan två år förflutit från senaste prövningen och vid väsentligt ändrade förhållanden.

Handläggning av assistansersättning

Assistansersättning är en komplicerad förmån att handlägga. Försäkringskassans handläggare ska göra en rad olika kvalificerade bedömningar av bl.a. den försäkrades funktionsnedsättning och av stödbehovet i olika moment som ingår i den försäkrades livsföring. Den lagstiftning som myndigheten har att tillämpa är inte speciellt detaljerad, vilket ställer krav på omfattande tolkning och normering inom området.

Medicinsk information behövs som underlag för att bedöma vilken personkrets den försäkrade tillhör och hur många timmar den försäkrade behöver personlig assistans. Det finns inga krav på hur de medicinska intygen ska se ut som kan användas vid bedömningen av rätten till assistansersättning. Det är vanligt att Försäkringskassan får intyg som är skrivna i löpande text eller ett läkarintyg som är avsett för bedömning av arbetsförmåga. Det är även vanligt att det för samma person finns intyg från flera läkare samt från andra professioner som arbetsterapeut och sjukgymnast. I dessa intyg kan det vara svårt att avgöra vad som är medicinskt verifierat genom en undersökning och vad som är en återberättelse från en anhörig, ett ombud eller från den försäkrade. Många av de medicinska underlagen saknar tillräckliga uppgifter om graden och omfattningen av en persons kapacitet att utföra vardagliga aktiviteter. Intygen kan också vara allt för generellt skrivna utifrån

diagnosen eller diagnoserna i stället för att ge en bild av den enskildes förutsättningar.¹

Svar på regeringsuppdrag angående assistansersättningen

Försäkringskassan har i svar på regeringsuppdrag², som handlar om medicinska underlag inom assistansersättningen lämnat förslag som ska göra det tydligt vilken medicinsk information Försäkringskassan behöver för att kunna bedöma hjälpbehovet och rätten till assistansersättning. Försäkringskassan föreslog som en första åtgärd att det ska tas fram ett läkarintyg för assistansersättningen. I rapporten presenteras den medicinska information läkarintyget behöver innehålla för att Försäkringskassan ska kunna göra sina bedömningar. Där ges också en förklaring till varför informationen behövs.

Försäkringskassan anser inte att de fördjupade medicinska utredningar som används inom ramen för sjukförsäkringen, särskilt läkarutlåtande och teambaserad medicinsk utredning, i sin nuvarande form är användbara vid bedömning av rätten till assistansersättning.

Försäkringskassan har därför tillsammans med hälso- och sjukvården under år 2014 inlett en pilotverksamhet i Region Skåne med att ta fram medicinska utredningar som ska ge bättre förutsättningar för bedömning av rätten till assistansersättning.

Vårdbidrag

Vårdbidrag är en familjeförmån och regleras i 22 kap. socialförsäkringsbalken. En försäkrads förälder (och personer likställda med en förälder) har rätt till vårdbidrag för ett försäkrat barn om

- barnet på grund av sjukdom, utvecklingsstörning eller annat funktionshinder behöver särskild tillsyn och vård under minst sex månader

¹ Förändrad assistansersättning – en översyn av ersättningssystemet (SOU 2014:9).

² Försäkringskassans arbete för att åstadkomma bättre kontroll och större rättssäkerhet i administrationen av assistansersättningen – återrapportering av regeringsuppdrag, 2014-06-13.

- det på grund av barnets sjukdom eller funktionshinder uppkommer merkostnader.

Vårdbidrag lämnas utifrån tillsyns- och vårdbehovets omfattning och merkostnadernas storlek som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån. Vårdbidrag lämnas till och med juni det år då han eller hon fyller 19 år eller den tidigare månaden när rätten till förmånen annars upphör. Vårdbidraget får begränsas till en viss tid. Rätten till vårdbidrag ska omprövas minst vartannat år, om det inte finns skäl för omprövning med längre mellanrum.

Handikappersättning

Handikappersättning regleras i 50 kap. socialförsäkringsbalken. Rätt till handikappersättning har en försäkrad som innan han eller hon fyller 65 år har fått sin funktionsförmåga nedsatt för avsevärd tid i sådan omfattning att han eller hon

- behöver mera tidskrävande hjälp i sin dagliga livsföring
- behöver fortlöpande hjälp för att kunna förvärvsarbeta
- i annat fall har betydande merkostnader.

Om den försäkrade på grund av sitt funktionshinder behöver hjälp både i den dagliga livsföringen och för att kunna förvärvsarbeta, eller i något av dessa avseenden, och dessutom har merkostnader, ska bedömningen grundas på det sammanlagda behovet av stöd. Handikappersättning kan lämnas tidigast från och med juli det år då den försäkrade fyller 19 år. Handikappersättning får begränsas till viss tid. Rätten till handikappersättning ska omprövas i följande fall

- när beslut fattas om sjukersättning, aktivitetsersättning eller allmän ålderspension
- när andra förhållanden som påverkar behovet av handikappersättning har ändrats.

Bilstöd

Bilstöd regleras i 52 kap. socialförsäkringsbalken. Bilstöd kan lämnas till en försäkrad som på grund av ett varaktigt funktionshinder har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att anlita allmänna kommunikationer. Bilstöd kan även lämnas till en försäkrad förälder till ett försäkrat barn som har ett varaktigt funktionshinder. Bilstöd lämnas inom ramen för anslagna medel och i form av

- grundbidrag
- anskaffningsbidrag
- anpassningsbidrag som avser ett fordon
- bidrag för körkortsutbildning.

Bilstöd lämnas för t.ex. anskaffning av personbil, motorcykel eller moped eller ändring av ett sådant fordon. Vid bedömningen av behovet av anpassning ska Försäkringskassan, om det inte är uppenbart obehövligt, höra Trafikverket eller någon annan med motsvarande kompetens.

3.5 Försäkringsmedicinska utredningar

De tre olika formerna av försäkringsmedicinska utredningar som för närvarande används i ärenden rörande sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning beskrivs mer utförligt nedan.

Särskilt läkarutlåtande (SLU)

Av Försäkringskassans riktlinjer³ 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.

³ Riktlinjer för kvalitetskrav för teambaserade medicinska utredningar (TMU) och särskilda läkarutlåtanden (SLU) som Försäkringskassan beställer från landstingen, dnr 058733-2013.

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 arbete⁴ 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.

Teambaserad medicinsk utredning (TMU)

Av Försäkringskassans riktlinjer⁵ framgår att utredningarna avser försäkrade som har en sammansatt eller svårbedömd sjukdomsbild, exempelvis vid sjukskrivning för flera diagnoser (samsjuklighet) eller där fler faktorer än enbart sjukdom kan påverka arbetsförmågan. Teamutredningar utföras av följande personalkategorier:

- Legitimerad läkare med den specialistkompetens som behövs för en försäkringsmedicinsk bedömning av den försäkrades funk-

⁴ Försäkringskassans blankett 7264.

⁵ Riktlinjer för kvalitetskrav för teambaserade medicinska utredningar (TMU) och särskilda läkarutlåtanden (SLU) som Försäkringskassan beställer från landstingen, dnr 058733-2013.

tionstillstånd. 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.

Samtliga professioner ska delta i Försäkringskassans grund- och uppföljningsutbildningar i försäkringsmedicinska utredningar.

I läkarutlåtandet efter teamutredning för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete⁶ 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 utföra 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.

⁶ Försäkringskassans blankett 7268.

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 ska inte göras i långa sjukfall, s.k. återvändare, det vill säga personer som har uppnått maximalt antal dagar i sjukförsäkringen och sedan återvänt till sjukskrivning eller som i övrigt har en omfattande sjukhistorik.

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 behövt 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. Utvidgade undersökningar ska endast göras när nödvändig information saknas för att utredningen ska vara ett

användbart beslutsunderlag. 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.

3.6 Överenskommelsernas utformning

Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting är frivillig 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 åren 2014–2015 finns en tvåårig överenskommelse för försäkringsmedicinska utredningar i form av SLU och TMU. För AFU har det för 2014 och 2015 tecknats särskilda ettåriga överenskommelser. Avsatta medel för de försäkringsmedicinska utredningarna redovisas i tabellen nedan.

Tabell 3.2 Budget för försäkringsmedicinska utredningar 2014 och 2015 (miljoner kronor)

Utredningar	År 2014	År 2015
AFU	50	50
TMU och SLU	200	200
Totalt	250	250

Överenskommelserna som är tecknade för år 2015 gäller för verksamhet fram till och med den 31 december 2015.

Försäkringskassan svarar för uppföljning, beräkning och utbetalning av ersättningen till landstingen som utgår enligt tabellen nedan.

Tabell 3.3 Ersättningsnivåer

Kronor	Fast ersättning	Rörlig ersättning
TMU	–	38 000
SLU	–	14 500
AFU	70 procent av den volym som Försäkringskassan prognostiserat för AFU	14 400 ¹
Tolk vid AFU		2 500
Utvidgad AFU ²		925 kr/tim
Tolk vid utvidgad AFU		500 kr/tim

¹ Detta belopp är ersättningen för de AFU som beställs utöver 70 procent av prognostiserad volym.

² Vid en utvidgad AFU behövs ytterligare kompetenser än läkare.

Den fasta ersättningen motsvarar ersättning för hela året. Den rörliga ersättningen är en styckersättning per levererat godkänt utlåtande. I de fall där det finns behov av tolk för att genomföra en AFU ersätts landstingen med en styckersättning per utredning. Ersättningen vid utvidgad AFU utgår i form av timersättning.

3.6.1 Riksrevisionens granskning av överenskommelserna

Riksrevisionen har i september 2014 överlämnat en granskningsrapport avseende överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting inom hälso- och sjukvården.⁷ Syftet med granskningen var att undersöka om överenskommelser som styrmedel fungerar väl inom hälso- och sjukvården. Riksrevisionen kom fram till att överenskommelserna fungerar som ett praktiskt och flexibelt styrmedel som kan användas för att sätta fokus på viktiga tillkortakommanden i vården, till en låg kostnad för staten. Samtidigt visar Riksrevisionens granskning att sättet att utforma och använda överenskommelser begränsar landstingens förutsättningar att långsiktigt styra vårdverksamheten på ett effektivt sätt. Riksrevisionen betonar även att det finns en risk för att överenskommelser leder till att man tränger undan landstingens egen styrning av vården. Systemet med överenskommelser medför också ökad administration för samtliga parter.

⁷ Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej (RIR 2014:20).

Riksrevisionen konstaterar att överenskommelserna är frivilliga erbjudanden till kommuner och landsting och att överenskommelserna inte är juridiskt bindande dokument i traditionell bemärkelse. I vilket fall som helst är inte kommuner och landsting bundna av enskilda överenskommelser eftersom de inte är avtalsparter. Sveriges Kommuner och Landsting har nämligen inte några formella möjligheter att sluta juridiskt bindande avtal med regeringen på enskilda kommuners och landstings vägnar. Detta medför att ingen part är formellt bunden till sina åtaganden och på grund av detta har det också vid ett fåtal tillfällen uppstått meningsmotsättningar som inte kunnat prövas rättsligt.

Riksrevisionen konstaterar vidare att genom den ”frivilliga” överenskommelseformen har regeringen också fått möjlighet att ställa detaljerade krav på landstingen utan att landstingen formellt förlorar sitt självstyre. Regeringens styrning genom överenskommelser har även inneburit en viss förskjutning i de statliga aktörernas roller och även Sveriges Kommuner och Landstings roll framstår som svårhanterlig.

Riksrevisionens slutsats blir att regeringen har använt överenskommelser på ett sätt som styr vad landstingen gör inom vården så till den grad att det har rubbat balansen mellan staten och landstingen när det gäller styrningen av vården. Riksrevisionen riktar ett antal rekommendationer till regeringen i syfte att skapa bättre användning av överenskommelser inom hälso- och sjukvården i framtiden:

- Minska antalet överenskommelser så att landstingen klarar av att agera i enlighet med dem.
- Ge landstingen större handlingsutrymme och rimliga förutsättningar att planera sin verksamhet.
- Var restriktiv med prestationsersättning i överenskommelserna.
- Utred och förtydliga hur landstingen ska redovisa ersättningen om prestationsersättning ska användas i fortsättningen.

3.7 Kostnader

Kostnaden för de olika förmånerna inom socialförsäkringen utgör betydande belopp. Nedan redovisas kostnaderna för de olika förmånerna och för de försäkringsmedicinska utredningarna för budgetåret 2014.

Tabell 3.4 Utgiftsprognoser för år 2014 för olika förmåner

	Utfallsprognos 2014, miljoner kronor
Sjukpenning	32 150
Sjuk- och aktivitetsersättning	50 700
Assistansersättning	23 500
Vårdbidrag	3 270
Handikappersättning	1 330
Bilstöd	340
Försäkringsmedicinska utredningar	102 ¹

¹ 135 miljoner kronor omfördelades under året till rehabiliteringsgarantin och 13 miljoner kronor blev kvar oförbrukade.

Främst sjuk- och aktivitetsersättningen, sjukpenning och assistansersättningen är mycket kostsamma förmåner och uppgår tillsammans till mer än 100 miljarder kronor för år 2014 vilket motsvarar cirka 12 procent av statens budget för motsvarande år.

Totalt budgeterat för de försäkringsmedicinska utredningarna för samma period var 250 miljoner kronor. Av dessa medel avsåg 50 miljoner kronor försöksverksamheten för arbetsförmågeutredningar och 200 miljoner kronor avsåg ersättning vid teambaserade medicinska utredningar och särskilda läkarutlåtanden. Förbrukade medel uppgick dock bara till 102 miljoner kronor.

De beräknade volymerna och därmed kostnaderna för de försäkringsmedicinska utredningarna har varit mycket högre än det faktiska utfallet. Anledningen till detta är att Försäkringskassan inte beställer de försäkringsmedicinska utredningarna i den omfattning som var prognostiserat. Detta återkommer vi till i kapitel 6. För år 2015 finns det totalt 250 miljoner kronor budgeterade för de försäkringsmedicinska utredningarna.

Kostnaden för de försäkringsmedicinska utredningarna är i förhållande till de stora kostnaderna för förmånerna inom socialförsäkringen begränsad.

4 Gällande rätt

4.1 Inledning

Av 110 kap. 13–14 §§ socialförsäkringsbalken (2010:110) 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). Ett område som är intressant som en jämförelse för försäkringsmedicinska utredningar är rättspsykiatriska utredningar. Vi redogör även för relevant EU-lagstiftning och rättspraxis på området.

4.2 Försäkringskassans utredningsplikt och utredningsbefogenheter

Officialprincipen

Försäkringskassan är en förvaltningsmyndighet. Det är förvaltningslagen som reglerar förvaltningsmyndigheternas handläggning

av ärenden, om det inte finns någon specialreglering enligt 3 § förvaltningslagen. Någon bestämmelse om när ett ärende ska anses tillräckligt utrett för att kunna ligga till grund för ett omprövningsbeslut eller hur ansvaret för att inhämta erforderlig utredning ska fördelas mellan myndigheten och den enskilde finns dock inte explicit i förvaltningslagen. Det får i stället avgöras med ledning av andra bestämmelser i förvaltningslagen och allmänna förvaltningsrättsliga principer. En av de bestämmelser i förvaltningslagen som kan vara av betydelse är 4 § förvaltningslagen, där det anges att varje myndighet ska lämna upplysningar, vägledning, råd och annan sådan hjälp till enskilda i frågor som rör myndighetens verksamhetsområde. En allmän förvaltningsrättslig princip av betydelse är den s.k. officialprincipen. Officialprincipen innebär att myndigheten har en vidsträckt utredningsskyldighet. Denna princip är lagfäst genom 8 § förvaltningsprocesslagen vad det avser förvaltningsdomstolarna och bestämmelsen kan analogt tillämpas av förvaltningsmyndigheter. Enligt praxis är utredningspliktens fördelning beroende av bl.a. ärendets natur, vem som tagit initiativ till ärendet och om det finns ett starkt allmänt intresse i ärendet.¹

Lagstadgad utredningsplikt

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

Av förarbetena till bestämmelsen framgår bl.a. följande. Även om denna s.k. officialprincip 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

¹ Jfr HFD 2006 ref 15.

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 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.²

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.³

² Jfr prop. 2008/09:200 s. 554 f.

³ Jfr prop. 1996/97:121 s. 37, 2008/09:200 s. 557 och 2009/10:69.

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.⁴

Utredningsbefogenheter enligt tidigare lagreglering

Tidigare reglerades Försäkringskassans utredningsbefogenheter i lagen (1962:381) om allmän försäkring (se t.ex. 3 kap. 8 a § och 20 kap. 8 §). Utredningsåtgärderna som avsåg t.ex. rätten till sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning var att Försäkringskassan kunde begära att den försäkrade genomgick utredning eller deltog i ett särskilt möte (avstämningsmöte) för bedömning av hans eller hennes medicinska tillstånd, arbetsförmåga samt behov av och möjligheter till rehabilitering. Försäkringskassan skulle, om det behövdes för bedömningen av rätt till sjukpenning, under sjukperioden, begära ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig, göra förfrågan hos den försäkrade, den försäkrades arbetsgivare, läkare eller någon annan som kunde antas kunna lämna nödvändiga uppgifter och besöka den försäkrade. Befogenheterna var avpassade till frågan om hur eller hur mycket arbetsförmågan var nedsatt på grund av sjukdom. När det gäller assistansersättning så fick Försäkringskassan fråga den försäkrade eller någon annan som kunde antas lämna nödvändiga uppgifter och besöka den försäkrade för att bedöma rätten till ersättning.

⁴ Jfr HFD 2010 ref 120.

Utredningsbefogenheter enligt socialförsäkringsbalken

År 2010 infördes den nya bestämmelsen i 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken. Av bestämmelsen framgår att när det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i 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.

I punkten ett och punkten fyra gjordes den 1 juli 2013 tillägg om möjligheten att göra en förfrågan hos en anordnare av personlig assistans samt om möjligheten till särskild undersökning eller utredning för bedömning särskilt i ärende om personlig assistans av behov av hjälp i den dagliga livsföringen.⁵

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.⁶

⁵ Prop. 2012/13:1 utgiftsområde 9.

⁶ Jfr prop. 2008/09:200 s. 557 f.

Utredningsbefogenheter enligt 110 kap. 14 § punkten tre socialförsäkringsbalken

Enligt punkten tre 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 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.⁷

Av förarbeten framgår att regeringen anser att huvudregeln bör vara att det är en läkare med fördjupad utbildning i försäkringsmedicin som utfärdar ett särskilt läkarutlåtande.⁸

Utredningsbefogenheter enligt 110 kap. 14 § punkten fyra socialförsäkringsbalken

Enligt punkten fyra 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. Försäkrings-

⁷ Jfr Försäkringskassans vägledning 2004:2, version 21.

⁸ Jfr prop. 2002/03:89 s. 31.

kassan måste även beakta andra faktorer än ekonomiska som kan innebära svårigheter för den försäkrade att t.ex. vara borta från hemmet i flera dagar.⁹

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

Den enskildes deltagande i den försäkringsmedicinska utredningen

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 110 kap. 14 § m.fl.

Av 2 kap. 6 § regeringsformen (1974:152) 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.¹⁰

⁹ Prop. 1994/95:147 s. 49 f.

¹⁰ Prop. 1994/95:147 s. 49.

4.3 Förhållandet till hälso- och sjukvårdslagen

4.3.1 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 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. Några aktuella exempel av förebyggande individinriktade verksamheter, som utförs av landstingen är allmänna och 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 barns börd, åtgärder i samband med abort och sterilisering och sjuktransporter.¹¹

När det gäller uttrycket att utreda sjukdomar och skador så är det hälso- och sjukvårdens uppgift att utreda de vårdsökandes individuella hälsoproblem. En sådan utredning avser i första hand sjukdomssymtomen, angivande av diagnos och fastställande av sjuk-

¹¹ Prop. 1981/82:97 s. 44 och s. 110 ff.

domens orsaker. I de utredande uppgifterna ingår även kartläggning av vårdbehov och val av vårdform.¹²

Definition av sjukvård i mervärdesskattelagen (1994:200)

Det finns även en definition av sjukvård i 3 kap. 5 § mervärdesskattelagen som gäller undantag från skatteplikt. Sjukvård definieras där som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar, kroppsfel och skador samt vård vid barns börd

- om åtgärderna vidtas vid sjukhus eller någon annan inrättning som drivs av det allmänna eller, inom enskild verksamhet, vid inrättningar för sluten vård
- om åtgärderna annars vidtas av någon med särskild legitimation att utöva yrke inom sjukvården.

Med sjukvård förstås även sjuktransporter som utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för sådana transporter. Med sjukvård jämföras medicinskt betingad fotvård.

Av ett ställningstagande från Skatteverket¹³ framgår att med sjukvård och sjukvårdande behandling menas medicinska åtgärder i syfte att ställa diagnos, ge vård och om möjligt bota sjukdomar eller komma till rätta med hälsoproblem. För att utgöra undantagen sjukvård eller sjukvårdande behandling ska syftet med de medicinska åtgärderna därmed vara att skydda, inbegripet även bevara och återställa, hälsan hos människor.¹⁴

Utlåtanden och intyg som utfärdas i annat syfte än att skydda hälsan hos personer omfattas inte av undantaget.¹⁵ Vidare omfattas inte heller tjänster som har till syfte att få ett svar på frågor som har ställts i samband med begäran om sakkunnigutlåtande för att göra det möjligt för annan att fatta ett beslut.¹⁶

¹² Mål och medel för hälso- och sjukvården (SOU 1979:78 s. 253).

¹³ Skatteverkets ställningstagande ”Utfärdande av intyg och utlåtanden samt vissa andra sjukvårdstjänster – mervärdesskatt”, dnr 131 532876-14/111.

¹⁴ C-384/98, D, punkten 18, C-212/01, Unterpertinger, punkterna 39–41 och C-307/01, d’Ambrumenil, punkterna 57–59.

¹⁵ C-307/01, d’Ambrumenil, punkterna 63–65.

¹⁶ C-212/01, Unterpertinger, punkterna 42–43.

Av praxis framkommer det att undantaget från skatteplikt avseende sjukvårdstjänster inte har ansetts tillämpligt i fråga om utfärdande av läkarintyg för den som ansöker om taxiförarlegitimation eller tillstånd till färdtjänst, läkares deltagande i avstämningsmöten hos Försäkringskassan eller viss rådgivning via internet.¹⁷

4.3.2 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.¹⁸

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

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

¹⁷ Jfr HFD 2007 ref. 88 I–III.

¹⁸ Prop. 2009/10:210 s. 188.

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.¹⁹

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.

4.4 Övrig lagstiftning

4.4.1 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

¹⁹ Prop. 1995/96:187 s. 78.

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.²⁰

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. Är det fråga om ett beslut som han eller hon förpliktas att göra, tåla eller underlåta något, måste den enskilde rätta sig efter beslutet, eftersom han eller hon annars riskerar att tvångsmedel av något slag används mot honom eller henne.

Uttrycket ”bestämma om förmån etc.” klargör också att endast ärenden som resulterar i bindande beslut omfattas av begreppet myndighetsutövning.

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 befogenhet att bestämma för enskild på författning eller på beslut av Kungl. Maj:t eller riksdagen.²¹

I praxis har man inte bedömt att utfärdande av läkarintyg för den som ansöker om taxiförarlegitimation eller tillstånd till färdtjänst,

²⁰ Prop. 1985/86:80 s. 55.

²¹ Kungl. Maj:ts prop. med förslag till lag om allmänna förvaltningsdomstolar, 1971:30 s. 331 ff.

läkares deltagande i avstämningsmöten hos Försäkringskassan eller viss rådgivning via internet har varit myndighetsutövning.²²

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.²³

4.4.2 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 sker 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 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. Den registrerade ska få information om

²² Jfr HFD 2007 ref. 88 I–III.

²³ Förvaltningsrättslig Tidskrift, 1991 s. 317, "Något om myndighetsutövning inom hälso- och sjukvården" av Jan Sahlén.

behandlingen av uppgifterna enligt 23–25 §§ personuppgiftslagen, t.ex. vilka uppgifter som kommer lämnas till Försäkringskassan och varför.

4.4.3 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, arbets-skadeförsäkring, 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.²⁴

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 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.

²⁴ Prop. 1979/80:2 Del A s. 84 och 189.

I lagtexten anges några verksamheter av särskild betydelse, men som framgår av lagen är det endast exempel. Att lämna en uttömmande uppräkningslista 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.²⁵

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 det 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.²⁶ Hälso- och sjukvårdspersonal hos enskilda vårdgivare ska kunna läsa om de sekretessbrytande bestämmelserna för det offentliga verksamheten för att bedöma om dessa är möjliga att hämta ledning ur.

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.

²⁵ Prop. 1979/80:2 Del A s. 167.

²⁶ 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.

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.²⁷

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.²⁸

Den försäkrade kan lämna samtycke till att sekretessbelagda uppgifter som rör honom eller henne lämnas ut enligt 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen. Det gäller både utlämnande till andra myndigheter och till enskilda. Det är viktigt att den försäkrade får information om vad han eller hon samtyckt till och till vem samtycket ges. Att samtycke kan ges i förväg med tanke på en kommande situation framgår av förarbetena till sekretesslagen.²⁹

²⁷ Jfr JO 2008/09 s. 345 och prop. 2012/13:1 utg.omr. 9, s. 233.

²⁸ Prop. 1979/80:2 del A s. 465.

²⁹ Prop. 1979/80:2, del A, s. 331.

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).

Secretessbestämmelserna 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.

4.4.4 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 11–12 §§ 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. Det kan också uppstå en jävssituation om det finns någon annan särskild omständighet som skulle kunna rubba förtroendet för den anställdes opartiskhet, till exempel om denne är vän eller ovän med någon

som är part eller intressent i ärendet eller engagerad i saken på ett sådant sätt att misstanke lätt kan uppkomma att det brister i förutsättningarna för en opartisk bedömning. 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 självant 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 på Försäkringskassan eller uppdragstagare till Försäkringskassan. Inte heller ska de ha varit anställda eller uppdragstagare åt Försäkringskassan det senaste året. 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

4.4.5 Möjligheten till samarbete mellan landstingen m.m.

Såvitt utredningen känner till så finns det 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

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

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 anbudsgivning 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 demokratiens 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.

³¹ Jfr HFD 2003 ref 98.

Möjligheter för landsting att upphandla privata aktörer

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

4.4.6 Mervärdesskatt

Av 1 kap. 1 § mervärdesskattelagen framgår att mervärdesskatt ska betalas till staten vid sådan omsättning inom landet av varor eller tjänster som är skattepliktig och görs av en beskattningsbar person i denna egenskap. I 2 kap. anges vad som utgör en omsättning. Av 3 kap. framgår när skatteplikt föreligger för en omsättning, och i 4 kap. framgår vad som avses med beskattningsbar person. Paragrafen motsvarar artikel 2.1 i direktiv 2006/112/EG (mervärdesskatte-direktivet).

I 2 kap. 1 § mervärdesskattelagen anges att med omsättning av tjänst förstås att en tjänst mot ersättning utförs, överläts eller på annat sätt tillhandahålls någon.

Av 3 kap. 1 § framgår att omsättning av varor och tjänster samt import är skattepliktig, om inget annat anges i kapitlet.

I 3 kap. 4 § mervärdesskattelagen anges att från skatteplikt undantas omsättning av tjänster som utgör sjukvård, tandvård eller social omsorg samt tjänster av annat slag och varor som den som tillhandahåller vården eller omsorgen omsätter som ett led i denna. Definitionen av sjukvård har redogjorts för i avsnitt 4.3.1. Motsvarande bestämmelser finns i artikel 132.1 b och c i mervärdesskattedirektivet.

Av 4 kap. 1 § mervärdesskattelagen framgår att med beskattningsbar person avses den som, oavsett på vilken plats, självständigt bedriver en ekonomisk verksamhet, oberoende av dess syfte eller

resultat. Med ekonomisk verksamhet avses varje verksamhet som bedrivs av en producent, en handlare eller en tjänsteleverantör. I 4 kap. 6 § anges att verksamhet som bedrivs av staten, ett statligt affärsverk eller en kommun inte anses som ekonomisk verksamhet om den ingår som ett led i myndighetsutövning, eller avser bevis, protokoll eller motsvarande avseende myndighetsutövning.

4.5 EU-rätten

4.5.1 Inledning

Inom alla regelsystem måste det finnas principer om vilka regler som ska användas när olika bestämmelser inom systemet motsäger varandra. En sådan princip finns även inom EU och kallas principen om EU-rättens företräde. Inom vissa områden inom politiken har både EU och medlemländerna regler, och om reglerna motsäger varandra är det EU-reglerna som ska användas. Det brukar beskrivas som att unionsrätten har företräde framför nationell rätt. När nationella regler fastställs får de inte strida emot EU-rätten. Av denna anledning måste vi klassificera vilken typ av tjänst försäkringsmedicinska utredningar är ur ett EU-rättsligt perspektiv samt avgöra vilka EU-rättsliga regler som ska tillämpas för att våra förslag inte ska strida mot EU-rätten.

De frågeställningar som ska besvaras med hjälp av EU-rätten är

- om försäkringsmedicinska utredningar är en allmän ekonomisk tjänst
- om upphandlings-, konkurrens- och statsstödsreglerna ska tillämpas på verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar.

Vi redogör här för relevant EU-lagstiftning och rättspraxis som grundas på ett rättsutlåtande.³²

³² Jörgen Hettne är docent i EU-rätt och tf direktör vid Svenska institutet för europapolitiska studier (Sieps). Maria Fritz är doktorand i EU-rätt vid Institutionen för handelsrätt vid Lunds universitet.

4.5.2 Begreppet ”tjänster av allmänt ekonomiskt intresse”

Tjänster av allmänt intresse

Tjänster av allmänt intresse omfattar både tjänster av allmänt ekonomiskt intresse och icke-ekonomiska tjänster av allmänt intresse.³³ 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.³⁴ Tjänsten ska vara

- betydelsefull för konsumenterna
- 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. 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 fördraget om den Europeiska unionens funktionssätt (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.³⁵ Artikel 51 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 en rent teknisk karaktär, såsom programmering och drift av databehandlingssystem.³⁶

Offentlig maktutövning, såsom begreppet har definierats i EU-domstolens rättspraxis, sammanfaller i stort med den svenska termen myndighetsutövning. Det bör dock inte sättas ett likhets-

³³ Protokoll nr 26 om tjänster av allmänt intresse.

³⁴ Jfr mål C-393/92, Commune d’Almelo m.fl. mot NV Energiebedrijf Ijsselmij, punkt 48.

³⁵ 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 verzekering, och mål C-2/74, Jean Reyners mot belgiska staten.

³⁶ Se mål C-42/92, Adrianus Thijssen mot Controledienst voor de verzekering och mål C-3/88, kommissionen mot Italien.

tecken 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.³⁷

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård är verksamhet som är ekonomisk i vissa medlemsstater och icke-ekonomisk i andra stater. 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 har också klargjort att vårdtjänster som oberoende läkare och andra privatpraktiserande läkare tillhandahåller mot ersättning på egen risk ska betraktas som ekonomisk verksamhet.

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

Tjänster av allmänt ekonomiskt intresse

Begreppet tjänster av allmänt ekonomiskt intresse används i artiklarna 14 och 106.2 i EUF, samt i protokoll nr 26 som åtföljer EUF-fördraget, men det definieras varken i EUF-fördraget eller i sekundärrätten.

I kommissionens kvalitetsram 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 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.

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.

Begreppet företag

EU-domstolen har genomgående definierat företag som enheter som utövar ekonomisk verksamhet, oberoende av deras rättsliga ställning och hur de finansieras.³⁸ 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.³⁹
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.

³⁸ De förenade målen C-180/98 till C-184/98, Pavlov m.fl.

³⁹ De förenade målen 209/78–215/78 och 218/78, Van Landewyck/78, punkt 21, mål C-244/94 FFSA m.fl. och mål C-49/07, MOTOE, punkterna 27 and 28. Se även mål C-1/12, Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas, punkt 57.

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.⁴⁰ 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.⁴¹

Begreppet ekonomisk verksamhet och tjänster

Vad det gäller begreppet ekonomisk verksamhet erbjuder fördragsbestämmelserna om fri rörlighet för tjänster viss vägledning. Fördragets utgångspunkt är att endast tjänster som utgör ekonomisk verksamhet omfattas av fördraget (artiklarna 49 och 56 EUF om etableringsfrihet resp. fri rörlighet för tjänster).

Enligt artikel 57 EUF är ”tjänster” i fördragens mening prestationer som normalt utförs mot ersättning, i den utsträckning de inte faller under bestämmelserna om fri rörlighet för varor, kapital och personer.

Enligt dessa bestämmelser ska alla tjänster som tillhandahålls mot ersättning anses utgöra en ekonomisk verksamhet. Enligt domstolen måste inte tjänsten nödvändigtvis betalas direkt av den

⁴⁰ Mål 118/85, kommissionen mot Italien, punkt 7, mål C-35/96, kommissionen mot Italien, punkt 36 och de förenade målen C-180/98–C-184/98, Pavlov m.fl., punkt 75. Se även mål C-288/11 P, Mitteldeutsche Flughafen m.fl. mot kommissionen, punkt 50.

⁴¹ Se t.ex. kommissionens meddelande om tillämpning av Europeiska unionens regler om statligt stöd på ersättning för tillhandahållande av tjänster av allmänt ekonomiskt intresse, punkt 13, K (2011) 9404 slutlig.

som utnyttjar tjänsten⁴² men den som utför tjänsten måste erhålla ekonomisk ersättning av något slag.

EU-domstolen har även fastställt att en verksamhets ekonomiska natur varken beror på aktörens eller organisationens juridiska ställning (den kan alltså vara både offentlig eller icke-vinstdrivande) eller tjänstens natur. Om en tjänst t.ex. rör den sociala tryggheten eller vården är detta inte i sig tillräckligt för att fördragets bestämmelser inte ska tillämpas på tjänsten. En verksamhets ekonomiska natur beror inte heller på hur den kvalificeras enligt nationell lagstiftning. En tjänst som inte anses vara ekonomisk till sin natur enligt nationell lagstiftning kan likväl bedömas vara ekonomisk verksamhet enligt EU:s regler. Om en verksamhet bedrivs i syfte att tillgodose ett allmänintresse påverkar inte heller detta nödvändigtvis verksamhetens ekonomiska natur. För att fastställa om en viss tjänst ska kvalificeras som ekonomisk verksamhet bör alltså varje enskilt fall granskas för sig, med hänsyn till verksamhetens alla särdrag, särskilt hur den bedrivs, organiseras och finansieras i medlemsstaten.

4.5.3 Upphandlingsreglerna

En uppdatering och kodifiering av regelverket skedde den 31 mars 2004 när direktiven 2004/18/EG om samordning av förfaranden vid offentlig upphandling av byggentreprenader, varor och tjänster och 2004/17/EEG om samordning av förfaranden vid offentlig upphandling på området vatten, energi, transport och posttjänster, de s.k. försörjningssektorerna, antogs. I Sverige motsvaras dessa direktiv av lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU, och lagen (2007:1092) om upphandling inom områdena vatten, energi, transporter och posttjänster, LUF.

Om en upphandlande myndighet väljer att lägga ut verksamheten på annan utförare aktualiseras i verkligheten alltid reglerna om offentlig upphandling och de bakomliggande bestämmelserna i upphandlingsdirektiven. Om det rör sig om s.k. B-tjänster – vilket

⁴² Se mål C-51/96 och C-191/97, Deliège, punkt 52, och C-318/05, kommissionen mot Tyskland, punkt 70. Domstolen har också ansett att t.ex. sjukhusjänster som tillhandahölls gratis genom sjukförsäkringssystemet kunde vara en ekonomisk verksamhet i den mening som avses i fördraget.

det oftast gör om det är fråga samhällsnyttiga tjänster – aktualiseras upphandlingsdirektiven endast i begränsad omfattning.

En upphandlande myndighet som ska tillhandahålla en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse kan alltså antingen utföra tjänsten själv eller uppdra åt någon annan att tillhandahålla tjänsten mot ersättning. Om myndigheten själv tillhandahåller tjänsten kan naturligtvis inte upphandlingsreglerna tillämpas, eftersom det då inte uppstår något avtalsförhållande mellan två parter, vilket är en förutsättning för upphandlingsreglernas tillämpning.

Offentlig samverkan

I artikel 12 i det nya upphandlingsdirektivet 2014/24/EU anges i punkten 4 att ett kontrakt som ingåtts uteslutande mellan två eller flera upphandlande myndigheter ska inte omfattas av tillämpningsområdet för detta direktiv, om samtliga följande villkor är uppfyllda:

- 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.

Dessa kriterier ska också införas i svensk rätt senast den 18 april 2016. I de förslag till lagändringar som lämnats genom SOU 2014:51 samt Ds 2014:25 införs den aktuella direktivbestämmelsen i princip ordagrant utan någon som helst kommentar om vad den kan förväntas innebära för svenska förhållanden.⁴³ 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

⁴³ Se Nya regler om upphandling (SOU 2014:51, s. 24 och 430).

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.

4.5.4 Statligt stöd

EU-rättens regler om statligt stöd kopplas ofta samman med tjänster av allmänt ekonomiskt intresse. Detta beror i huvudsak på att det offentliga ska eller vill finansiera allmännyttiga tjänster.

I EUF-fördraget finns bl.a. i artiklarna 107–109 bestämmelser om statligt stöd som ska säkerställa att konkurrensen inom den inre marknaden inte snedvrids.⁴⁴

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 snedvrیدا eller hota att snedvrیدا konkurrensen.
4. Förmånen måste påverka handeln mellan medlemsstaterna.

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

⁴⁴ Se Statsstödsutredningens betänkande Olagligt statsstöd (SOU 2011:69) och prop. 2012/13:84 Olagligt statsstöd. På svenska finns vidare en översikt skriven av Tobias Indén, EU:s statsstödsrätt – en introduktion (Iustus 2011). Bland större verk på engelska kan nämnas Bacon, K., *European Union Law of State Aid*, Oxford University Press 2013.

I det betydelsefulla målet Altmark 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 objektiva 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 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 väl-skött 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. Kommissionen har emellertid i en förordning föreskrivit villkor enligt vilka försumbart stöd 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.

4.5.5 Konkurrensreglerna

De centrala konkurrensreglerna rörande företags agerande på EU:s inre marknad hittar man i artikel 101 EUF, som rör konkurrensbegränsande avtal eller liknande förfaranden mellan två företag, och artikel 102 EUF som förbjuder att ett marknadsdominerande företag missbrukar sin ställning.⁴⁵

Konkurrensrättsliga problem uppstår normalt enbart till följd av agerande från företaget, men liknande situationer kan också uppstå på grund av nationell lagstiftning eller annat handlande från staten (i vid mening). Det finns dock inget EU-rättsligt eller svenskt allmänt förbud mot konkurrensbegränsningar. Om konkurrensreglerna ska vara tillämpliga måste exakt de situationer de avser att förbjuda uppstå. EU-domstolen skiljer därför mellan sådana situationer där konkurrensbegränsningar följer av ett beteende som företag gör sig skyldiga till på eget initiativ och sådana situationer där konkurrensbegränsningar följer direkt av lagstiftning.⁴⁶ Ett förbud mot konkurrensbegränsande lagstiftning (i vissa fall) följer av artikel 106 EUF. Denna bestämmelse förbjuder medlemsstaterna att genom lagar, förordningar eller administrativa åtgärder försätta offentliga företag och de företag som de beviljat särskilda eller exklusiva rättigheter i en situation i vilken dessa företag inte skulle kunna försätta sig själva genom självständigt agerande utan att överträda bestämmelserna i artikel 102 EUF. Om omfattningen av den dominerande ställning som ett offentligt företag eller ett företag som staten beviljat särskilda eller exklusiva rättigheter är ett resultat av en statlig åtgärd, kan en sådan åtgärd alltså utgöra en överträdelse av artikel 106 EUF i förening med artikel 102 EUF. Resonemanget är invecklat, men ställer krav på att den nationella

⁴⁵ Den juridiska litteraturen rörande EU:s konkurrensregler är rik. Som exempel kan nämnas Whish, R. & Baily, D., *Competition Law*, 6 u. (Oxford University Press 2012); Monti, G., *EC Competition Law* (Cambridge University Press 2007); samt på svenska: Bernitz, U., *Svensk och europeisk marknadsrätt* 1, 2 u. (Norstedts Juridik 2009); Wetter, C., Karlsson, J. & Östman, M., *Konkurrensrätt – en kommentar* (Thomson Reuters 2009).

⁴⁵ Se t.ex. mål C-202/88 Frankrike mot kommissionen.

⁴⁶ *Ibid.*

lagstiftning som omger ett offentligt företags verksamhet inte är konkurrensbegränsande t.ex. genom att slå fast att vissa uppgifter ska utföras av ett offentligt företag på ett sätt som hämmar konkurrensen.

På motsvarande sätt måste varje medlemsstat respektera förbudet mot konkurrensbegränsande avtal i artikel 101 EUF. EU-domstolen har visserligen slagit fast att artikel 101 EUF endast rör företags åtgärder och inte nationella lagstiftningsåtgärder, men samtidigt framgår av rättspraxis att medlemsstaterna enligt artikel 101 EUF, tillsammans med principen om lojalt samarbete ”är skyldiga att inte vidta eller vidmakthålla åtgärder, inte ens i form av lag eller annan författning, som kan förta den ändamålsenliga verkan av konkurrensreglerna för företag”.⁴⁷ Enligt samma rättspraxis är detta fallet ”när en medlemsstat påbjuder eller befrämjar konkurrensbegränsande samverkan som strider mot artikel 101 EUF eller förstärker effekterna av sådan samverkan samt när den berövar sin egen normgivning dess offentliga karaktär genom att till privata aktörer delegera ansvaret för beslut om ingripanden på det ekonomiska området”.

4.6 Reglering om rättspsykiatrisk undersökning m.m.

De rättsmedicinska utredningarna har stora likheter med de försäkringsmedicinska utredningarna eftersom utredningarna inte initieras av den enskilde och dessa innefattar läkarundersökningar av den enskilde som resulterar i ett utlåtande som används i en annan process. Det är av den anledningen som bestämmelserna på detta område återges.

Rättspsykiatrisk vård

För rättspsykiatrisk vård gäller föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen om skyldighet för ett landsting att erbjuda hälso- och sjukvård enligt 2 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

⁴⁷ Se mål C-67/96, Albany International BV mot Stichting Bedrijfspensioenfonds Textiel-industrie, punkt 65. Se t.ex. även mål 267/86 Pascal Van Eecke mot Société anonyme ASPA, punkt 16.

Utgångspunkten är alltså att landstingen har en skyldighet att ge rättspsykiatrisk vård på samma sätt som vid all annan hälso- och sjukvård eftersom hälso- och sjukvårdslagen även omfattar psykiatrisk tvångsvård. Skyldigheten har bara i klarhetens intresse kommit till uttryck direkt i denna reglering.⁴⁸

Rättspsykiatrisk undersökning

Enligt 1 § lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning får rätten i brottmål besluta om rättspsykiatrisk undersökning i syfte att se om det finns medicinska förutsättningar att överlämna den misstänkte till rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken, eller om den misstänkte har begått gärningen under påverkan av en allvarlig psykisk störning och i så fall tillståndets betydelse för frågan om påföljdsvalet enligt 30 kap. 6 § brottsbalken.

Utförandet av undersökningen sker enligt 5 § lagen om rättspsykiatrisk undersökning både vid inrättningar inom hälso- och sjukvården och vid särskilda undersökningsenheter. Med undersökningsenhet avses i fortsättningen även vårdinrättning där rättspsykiatriska undersökningar utförs. Fördelningen av rättspsykiatriska undersökningar mellan olika enheter sker enligt föreskrifter som regeringen beslutar om.

Av 1 § förordningen (1991:1413) om rättspsykiatrisk undersökning framkommer att rättspsykiatriska undersökningar utförs vid rättspsykiatriska avdelningar inom Rättsmedicinalverket samt vid sådana enheter hos sjukvårdshuvudmän som i enlighet med avtal med staten har åtagit sig att svara för att rättspsykiatriska undersökningar utförs.

I förarbetena uttalades att den rättsmedicinska verksamhetens uppgift är att biträda rättsvårdande myndigheter med sådan medicinsk sakkunskap som de behöver för att kunna bedöma mål och ärenden med medicinska frågeställningar dvs. tillhandahålla rättsväsendet underlag i brottmålsprocessen.⁴⁹

⁴⁸ Prop. 1990/91:58 s. 63 och 195.

⁴⁹ Ds S 1986:3, SOU 1991:63 s. 122, SOU 2006:103 s. 28, prop. 2004/05:64 s. 53.

De olika verksamheternas huvuduppgifter enligt förarbetsuttalanden

- Den rättsmedicinska verksamhetens huvuduppgifter rent praktiskt är att utföra undersökningar av avlidna och undersökningar av skador, förgiftningar m.m. I verksamheten ingår också att ge utlåtanden om skadors och sjukdomars uppkomstsätt och svårighetsgrad samt om orsakssammanhang mellan handling eller andra förhållanden och effekt. De uppgifter som faller inom ramen för den rättsmedicinska verksamheten kan alltså inte betecknas som hälso- och sjukvård i den meningen att åtgärderna syftar till ”att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador”. Detta gäller oavsett om den som är föremål för en rättsmedicinsk åtgärd är en levande person eller avliden. Hälso- och sjukvårdslagets regler är därmed inte tillämpliga på verksamheten.
- De rättspsykiatriska avdelningarnas uppgift är att på uppdrag av domstolen undersöka om en person som har begått ett svårt brott lider av en allvarlig psykisk störning. Rättspsykiatern ska också bedöma om den som undersöks behöver rättspsykiatrisk vård. I allmänhet vistas den som undersöks på rättspsykiatrisk avdelning under undersökningstiden. Utöver rättspsykiatriska undersökningar lämnar de rättspsykiatriska avdelningarna s.k. paragraf sju-intyg till domstolarna där man uttalar sig om misstänkta personers psykiska hälsa och eventuella behov av rättspsykiatrisk undersökning, alternativt behov av rättspsykiatrisk vård. I undersökningsarbetet deltar förutom en rättspsykiater, som är läkare, även en psykolog och en kurator. Vid avdelningarna finns också bl.a. sjuksköterskor, skötare och administrativ personal.
- Huvuduppgifterna för den rättskemiska avdelningen är att utföra toxikologiska undersökningar på prov från avlidna på uppdrag av de rättsmedicinska avdelningarna och att göra alkoholtester genom blodprov från personer som misstänks för rattfylleri. Förekomsten av narkotika, läkemedel eller andra trafikfarliga ämnen i samband med bilkörning undersöks också. Avdelningen genomför också många uppdrag åt kriminalvården för att kontrollera om narkotika eller läkemedel förekommer

bland de intagna. En mindre mängd prover insända från sjukvårdens inrättningar och sociala myndigheter, främst för undersökning av narkotikaförekomst, analyseras vid avdelningen.

- Den rättsserologiska avdelningen är den centrala instansen i landet för undersökningar i faderskapsärenden. Merparten av beställarna är socialnämnder och motsvarande. Enligt lagen (1958:642) om blodundersökning m.m. vid utredning av faderskap kan också domstol förordna om blodundersökning eller annan undersökning. Ett mindre antal undersökningar görs på privat initiativ.

De nämnda verksamheterna är till sin natur undersökande och analyserande men det är inte fråga om hälso- och sjukvård åt enskilda individer eller patienter även om resultatet av arbetet kan komma den praktiska hälso- och sjukvården tillgodo och användas i den kliniska verksamheten.⁵⁰

Socialstyrelsen föreskrifter

Socialstyrelsen har i sina föreskrifter⁵¹ angett i 1 § 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 hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen (1985:125). Föreskrifterna ska även tillämpas på intyg om någons vård. Som intyg räknas även utlåtanden och andra liknande handlingar, oavsett hur de benämns. Föreskrifterna ska i tillämpliga delar även gälla i den verksamhet som bedrivs av Rättsmedicinalverket enligt lagen om rättspsykiatrisk undersökning, lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m. och lagen (2005:225) om rättsintyg i anledning av brott.

⁵⁰ Prop. 1993/94:149 s. 86 f.

⁵¹ SOSFS 2005:29, "Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m."

Diskussioner kring om de rättspsykiatriska undersökningarna bör vara hälso- och sjukvårdens ansvar

Av förarbeten till lag framgår att det har ett antal gånger framförts förslag av olika utredningar att de rättspsykiatriska undersökningarna i framtiden så långt möjligt bör utföras inom hälso- och sjukvården eftersom det är angeläget med en bättre integrering mellan den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten och den psykiatriska vården. Även om den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten i fråga om funktion och uppdrag har en minst lika stark anknytning till rättsväsendet som till den psykiatriska vården, är verksamhetens innehåll närmare besläktat med uppgifterna inom hälso- och sjukvården.⁵²

En sammanfattning av rättsläget blir att rättsmedicinsk verksamhet, där rättspsykiatriska avdelningar ingår och rättspsykiatriska undersökningar utförs, inte omfattas av definitionen av hälso- och sjukvård i 1 § hälso- och sjukvårdslagen.⁵³

Tillsyn

Av 17 § lagen om rättspsykiatrisk undersökning framgår att Inspektionen för vård och omsorg ska utöva tillsyn över att lagen och föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen följs. Tillsynen omfattar dock inte tillämpningen av 5a § i den nämnda lagen. Enligt 7 kap. 7 § patientsäkerhetslagen utövar Inspektionen för vård och omsorg tillsyn över säkerheten vid sjukvårdsinrättningar där det får ges vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen om rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

⁵² Bet. 1990/91:SoU13, rskr. 1990/91:329, SOU 2006:63.

⁵³ Prop 2009/2010:210 s. 188.

5 Organisation och arbetssätt

5.1 Inledning

När Försäkringskassans handläggare bedömer att en försäkringsmedicinsk utredning behövs i ett ärende beställer de en sådan av landstingen. Men det är få utredningar som beställs och beställningarna är ojämna både över tid, mellan regioner och handläggare. Landstingen har valt olika lösningar att organisera och tillhandahålla de försäkringsmedicinska utredningarna, som i olika grad tillgodoser Försäkringskassans behov.

Vi har inte i explicit uppgift att göra någon internationell utblick men har ändå bedömt att det är av intresse att se vilka system som finns i andra länder för att säkerställa att Försäkringskassans motvarighet i det landet får ett fullgott beslutsunderlag. När det gäller forskningsresultat angående effekter av försäkringsmedicinska utredningar så har vi beställt en rapport från Karolinska Institutet som vi använder som underlag.

5.2 Så går beställningen till

Den övergripande regleringen för de försäkringsmedicinska utredningarna görs, som tidigare har beskrivits, i överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Den mer detaljerade och praktiska hanteringen av beställningarna är preciserad i Försäkringskassans ”Rutiner för beställning av TMU/SLU/AFU”. Dessa rutiner, såsom de är för närvarande, redovisas kort nedan.

När handläggaren bedömer att det behövs en försäkringsmedicinsk utredning gör han eller hon en beställning via e-post direkt till det landsting som den försäkrade tillhör. En kopia på beställningen skickas även till Försäkringskassans så kallade avropsamordnare, som är Försäkringskassans regionala kontaktperson

för landstingen i frågor rörande de försäkringsmedicinska utredningarna.

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. 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.

5.2.1 Hos Försäkringskassan

Beställning av utredningar

Alla handläggare som arbetar med de aktuella förmånerna har rätten och möjligheten att beställa försäkringsmedicinska utredningar. Det finns en stor variation när det gäller hur många utredningar som handläggarna beställer. De som beställer fler försäkringsmedicinska utredningar kan troligtvis även hantera verktygen bättre.

Vissa handläggare har kontakt med en försäkringsmedicinsk rådgivare både före och efter en beställning. 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. 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. Det vanliga arbetsättet är att Försäkringskassans handläggare föreleder avidentifierade ärenden i grupp inför en försäkringsmedicinsk rådgivare. En sådan gruppkonsultation innebär att man samlar de kompetenser som behövs för att göra försäkringsmedicinska bedömningar kring ett enskilt ärende. Förutom en försäkringsmedicinsk rådgivare kan det till exempel vara försäkringsspecialister och andra handläggare. Syftet är att handläggaren ska få stöd i försäkringsmedicinska frågor.

En enklare sjukförsäkringsprocess

Försäkringskassan har påbörjat ett arbete med att utveckla en enklare och förhoppningsvis mer effektiv sjukförsäkringsprocess. Handläggningen av sjukförsäkringen anpassas utifrån den försäkrades behov för att kunna ge rätt stöd och information utifrån den försäkrades situation. Processen möjliggör även att man kan arbeta mer med de försäkrade som har störst behov av stöd för att kunna återgå i arbete. Inom ramen för detta arbete har Försäkringskassan utarbetat en modell som innebär att Försäkringskassan differentierar de försäkrade utifrån tre flöden:

- Den första gruppen består av korta och mindre komplexa sjukfall som endast behöver ersättning för den korta tid de är sjuka. Gruppen omfattar cirka 45 procent av alla sjukfall.
- Den andra gruppen består av längre sjukfall utan behov av insatser och där man bedömer att personerna efter avslutad medicinsk behandling återgår i arbete. Gruppen uppgår till cirka 30 procent av sjukfallen.
- Den tredje gruppen består av försäkrade som har behov av en personlig kontakt med Försäkringskassan och som även har behov av samordnad rehabilitering eller andra insatser för att kunna återgå i arbete. Gruppen uppskattas till cirka 25 procent av sjukfallen.

Fördelen med denna indelning är att Försäkringskassan får möjlighet att fokusera sina resurser på de försäkrade som verkligen är i behov av det och inte som det är i dag alla sjukskrivna oavsett situation. Det fortsatta utvecklingsarbetet kommer att pågå under år 2015 och fokuserar då i huvudsak på att etablera nya arbetssätt inom Försäkringskassan. Dessa syftar till att tidigt identifiera den försäkrades situation och specifika behov, och sedan anpassa handläggning, insatser och stöd utifrån dessa samt att utveckla nya arbetssätt tillsammans med hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och arbetsgivare.

5.2.2 I landstingen

Landstingen har möjlighet att själva välja hur de ska hantera de försäkringsmedicinska utredningarna. Drygt 40 procent av landstingen, nio stycken, gör utredningarna helt i egen regi ofta som en integrerad del av en smärt- eller rehabiliteringsklinik. Närmare en tredjedel av landstingen har valt att upphandla privata aktörer och en motsvarande andel, sex landsting, har en kombination där de gör vissa försäkringsmedicinska utredningar i den egna organisationen och andra upphandlas externt.

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. Flera landsting anser även att det tränger undan deras kärnverksamhet.

Enligt uppgift från vissa landsting bedömer man att risken för jäv minskar om man gör utredningarna i olika organisationer.

Många landsting anser också att upphandling är en bra modell. I vissa landsting grundas detta på ett aktivt politiskt beslut.

Pågående åtgärder kring de medicinska underlagen

Med finansiering från sjukskrivningsmiljarden¹ pågår det ett projekt om "Utökad elektroniskt informationsutbyte". I projektet ingår att Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans med Försäkringskassan och Socialstyrelsen ska etablera effektiva processer och bygga en flexibel teknisk infrastruktur. Detta skapar förutsättningar för en gemensam verksamhetsutveckling av strukturerad överföring av medicinsk information via elektroniska underlag och tillhörande ärendekommunikation. Sedan några år finns det elektroniska läkarintyget och en tillhörande fråga-svar-funktion i ärendehanteringssystemet som Försäkringskassans handläggare kan använda för att ställa kompletterande frågor till den intygsskrivande läkaren. I det pågående utvecklingsarbetet ingår att skapa ett elektroniskt medicinskt underlag som omfattar alla socialförsäkringsförmåner där det finns ett behov av medicinsk information för att kunna bedöma rätten till ersättning. Det är främst tänkt att det ska effektivisera hanteringen och öka kvaliteten på läkarintygen men även förbättra andra utlåtanden och utredningar. Landstingens e-hälsobolag Inera² är ansvarigt för det arbete som berör landstingen. Det administrativa stödet avses leda till transparens, effektivitet, trygghet och säkerhet. De system som skapas förutsätts kunna användas även av andra beställare och den försäkrade kommer att kunna komma åt informationen under Mina vårdkontakter.³

¹ Sjukskrivningsmiljarden är en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting med syfte att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess samt att öka landstingens drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan.

² Inera koordinerar landstingens och regionernas gemensamma e-hälsoarbete och utvecklar tjänster till nytta för invånare, vård- och omsorgspersonal och beslutsfattare.

³ E-tjänsterna Mina vårdkontakter kan man använda för att till exempel boka eller omboka en tid, förnya recept och se sina läkemedel.

5.3 Utredningarnas volym, kostnad och kvalitet

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

Tabell 5.1 Antalet genomförda försäkringsmedicinska utredningar åren 2012–2014

Landsting	2012	2013	2014 ¹	Antal sjukfall 180 dagar eller längre ²	Andelen utredningar i förhållande till sjukfall 180 dagar eller längre
Blekinge	120	85	88	1 117	8%
Dalarna	32	21	33	2 600	1%
Gotland	18	9	4	404	1%
Gävleborg	128	98	198	2 426	8%
Halland	178	93	177	2 462	7%
Jämtland	43	77	83	1 569	5%
Jönköping	172	129	219	2 912	8%
Kalmar	190	154	115	2 102	5%
Kronoberg	119	131	109	1 635	7%
Norrbottn	83	52	87	2 128	4%
Skåne	697	874	1059	9 591	11%
Stockholm	510	579	667	16 853	4%
Södermanland	112	47	40	2 465	2%
Uppsala	255	217	125	2 926	4%
Värmland	72	86	213	2 456	9%
Västerbotten	83	133	277	2 792	10%
Västernorrland	152	225	447	2 599	17%
Västmanland	126	35	54	2 249	2%
Västra Götaland	858	1170	1311	16 568	8%
Örebro	175	89	109	2 907	4%
Östergötland	141	157	149	3 222	5%
Totalsumma	4 264	4 461	5 564	83 983	7%

¹ Preliminära siffror för 2014.

² *Källa:* Försäkringskassans datalager STORE, siffrorna avser december 2014.

Sammantaget för hela landet så beställde Försäkringskassan närmare 5 600 utredningar under år 2014 varav cirka 1 000 SLU, cirka 3 900 TMU och cirka 700 AFU.

Det finns stora regionala skillnader som är värda att notera. I Dalarna, Sörmland, Gotland och Västmanland beställs och görs det utredningar för bara någon enstaka procent av alla sjukfall över 180 dagar medan det i Västerbotten och Skåne görs utredningar i drygt 10 procent och i Västernorrland så mycket som 17 procent av alla sjukfall längre än 180 dagar.

5.3.1 Kostnad och ersättning

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för år 2014 uppdraget att analysera och beräkna vilka faktiska kostnader som landstingen har för bl.a. försäkringsmedicinska utredningar. Socialstyrelsen har den 24 september 2014 i rapporten "Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar" kommit fram till bl.a. följande slutsatser.

Vid beräkning av dagens ersättning i förhållande till faktiska kostnader har grunden för beräkningen varit lönekostnader för anställd personal. Men det bedömds vara orealistiskt att förvänta sig att landstingen klarar av att tillhandahålla tjänster åt Försäkringskassan som inte ingår i det regelbundna uppdraget till samma kostnad som andra jämförbara tjänster. I dessa fall får vården en konsultativ funktion med oregelbundet uppdrag för dessa tjänster. Det är utifrån detta rimligt att ersättningen baseras på att en del av resurserna måste anlitas tillfälligt. Därför beräknas att hälften av personalgrupperna läkare och psykologer för respektive tjänst behöva hyras in.

En inte obetydlig kostnad för landstingen är att centralt administrera ersättningarna för de utredningar som ingår i rapporten. Det handlar t.ex. om upphandling av tjänsterna som kräver beskrivning och specifikation, hantering av avtal och kontroll av utförare. Det är också rapportering till Sveriges Kommuner och Landsting och hantering av ersättningar.

I rapporten inkluderar Socialstyrelsen inget ersättningsbortfall i landstingens kostnader, t.ex. vid avbokningar. Landstingen får med nuvarande överenskommelser ersättning för betydligt fler tjänster än vad som utförs. Detta är enligt Socialstyrelsen en rimlig kompensation för det merarbete som ombokningar och uteblivna försäkrade medför. Kostnadsberäkningarna gäller alltså under antagan-

de att reglerna för bortfall av försäkrade inte förändras nämnvärt. Detta innebär att i den beräknade kostnaden per utredning ingår att landstingen får behålla ersättningen vid en avbokning senare än 24 eller 48 timmar före en bokad tid. Landstingen har utformat sina avtal med utförarna på liknande sätt. I tabell 5.2 nedan framgår nuvarande ersättningsbelopp och den beräknade genomsnittliga kostnaden per ärende.

Tabell 5.2 Jämförelse mellan nuvarande ersättningsbelopp och den beräknade genomsnittliga kostnaden per ärende

Insats	Nuvarande ersättning per utredning ¹	Beräknad genomsnittlig kostnad per ärende (kronor)			Andel av nuvarande ersättning (%)
		Vid timpris-baserad anställning	Vid 50 % inhyrd personal	Inklusive central administration ²	
SLU	14 500	9 000	12 091	13 485	93
TMU	38 000	17 582	21 847	23 241	61
Enkel AFU	14 400	8 680	11 604	12 998	90

¹ Till skillnad från SLU och TMU ersätts AFU med tolkinsats med ytterligare 2 500 kronor.

² Kostnad vid 50 procent inhyrd personal och föreslagen ersättning för central administration utslaget per utredning.

De uppskattade genomsnittliga kostnaderna per utredning som beräknats i denna kartläggning, inklusive ett genomsnitt av den föreslagna ersättningen för central administration, är lägre än de nuvarande ersättningsbeloppen till landstingen enligt överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting för 2014. Ersättningsnivåerna är alltså högre än landstingens kostnader, speciellt när det gäller teambaserad medicinsk utredning. En bidragande orsak till dessa skillnader är att lägre timkostnader applicerats i denna kartläggning än i de underlag som låg till grund för 2014 års överenskommelser.

Socialstyrelsens förslag för framtiden är att landstingen även får en fast ersättning för central administration, utöver ersättningen per utredning.

Vid en sammanräkning bedöms landstingen ha fått en överkompensation med 47 miljoner kronor i jämförelse med deras faktiska

kostnader för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna, enligt Socialstyrelsens beräkningar.

Sveriges Kommuner och Landsting har skickat ut Socialstyrelsens rapport till landstingen för att inhämta synpunkter. De synpunkter som främst framförts är att det är nettoberäkningar som har gjorts och ett flertal landsting har svårt att finna utförare som vill ta sig an uppgiften och genomföra de försäkringsmedicinska utredningarna. Det är speciellt svårt att anlita läkare som vill ta på sig uppdraget och det uppstår en kostnad för att stå i beredskap som kan vara svår att beräkna. Det ojämna flödet när det gäller beställningar av fördjupade utredningar ställer till bekymmer för verksamheterna när det gäller planering och beräkning av vilka kostnader som utredningarna genererar.

5.3.2 Kompetensen hos de som gör utredningarna

Inom ramen för överenskommelserna om de försäkringsmedicinska utredningarna ska landstingen eller de privata aktörer som landstingen väljer att upphandla säkerställa att deras personal har behörighet och kompetens i de utredningar som ska genomföras. Försäkringskassan genomför utbildningar och uppföljningsutbildningar för att säkerställa att läkare och övriga personalkategorier i teamen får tillräcklig kompetens i försäkringsmedicin.

Försäkringskassan har i sina riktlinjer för de försäkringsmedicinska utredningarna preciserat kompetenskrav t.ex. krav på att läkaren som genomför utredningen ska ha genomgått Försäkringskassans grund- och uppföljningsutbildning i försäkringsmedicinska utredningar.

5.4 Utredningarnas effekt

5.4.1 Utredningarnas kvalitet

Regeringen har, i samband med uppdrag om att utveckla aktivitetsförmågeutredningarna (AFU), även gett Försäkringskassan i uppdrag att utvärdera effekterna av införandet av AFU. Av Försäkringskassans svar på uppdraget framgår det att AFU som verktyg för bedömning av arbetsförmågan sammanfattningsvis får bra betyg

av de inblandade aktörerna. Det finns däremot kritiska synpunkter när det gäller informationen och processen kring införandet.

De granskningar som har gjorts av intygens kvalitet av de försäkringsmedicinska rådgivarna visar att majoriteten av intygen håller god kvalitet. Både läkare och handläggare som intervjuats inom ramen för Försäkringskassans uppdrag var överlag positiva till AFU. Läkarna var bl.a. positiva till en tidig bedömning i sjukfallet. En av de invändningar som dock framfördes var att beställningarna av AFU saknar en konkret frågeställning som handläggaren vill ha svar på. Detta behövs enligt läkarna för att få en uppfattning om varför Försäkringskassan bedömt att det finns behov av en utredning. Flera av läkarna ansåg även att det saknades samsyn mellan läkare och handläggare om vilka försäkrade som bör genomgå en AFU.

Uppgifter från Försäkringskassans register visar att efter genomgången AFU hade 72 procent av de försäkrade fortsatt sjukpenning, 15 procent återgick i arbete och 12 procent fick beslut om indragen sjukpenning. Av granskningen framgår det att i 20 procent av de ärenden som granskades togs initiativ till en gemensam kartläggning tillsammans med Arbetsförmedlingen efter att AFU genomförts.

Vi har inte hittat några utvärderingar som på motsvarande sätt bedömer effektiviteten och kvaliteten vad avser särskilt läkarutlåtande och teambaserad medicinsk utredning.

5.4.2 Lite kunskap om effekten av utredningar

Vi vet lite om effekterna av de försäkringsmedicinska utredningarna. Vad vi däremot har är en rapport⁴ från Inspektionen för socialförsäkringen som har granskat om Försäkringskassans utredningar möjliggör en snabb och varaktig återgång i arbete för de sjukskrivna. Granskningen studerar inte effekterna av de försäkringsmedicinska utredningarna utan två av Försäkringskassans mest förekommande utredningsverktyg; Sassam, som är en särskild utredningsmetod som Försäkringskassan använder sig av för att utreda behovet av rehabilitering och avstämningsmöte.

⁴ Leder utredning av sjukskrivna till ökad återgång i arbete? Rapport 2014:21.

Huvudresultatet i rapporten är att Sassam och avstämningsmöte vare sig förkortar sjukskrivningarna eller ökar återgången i arbete. Tvärtom minskar återgången i arbete efter ett genomfört avstämningsmöte. Resultaten tyder också på att Sassam minskar återgången i arbete, åtminstone om utredningen erbjuds före fyra månaders sjukskrivning. En möjlig förklaring till de negativa effekterna av framför allt avstämningsmöte är att utredningsverktyget inte hjälper handläggarna att reda ut vilka som kan bli hjälpta av en efterföljande rehabiliteringsinsats. I rapporten konstateras att sjukskrivna som deltog i ett avstämningsmöte också blev föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering i högre utsträckning.

Ett annat resultat som framgår av rapporten är att de negativa effekterna av utredningsverktygen tenderar att avta ju senare i sjukfallet de genomförs. Det beror sannolikt på att de negativa konsekvenserna av utredningsverktygen minskar när de används för sjukskrivna som har en längre förväntad sjukskrivningstid. En första slutsats är att Försäkringskassan bör se över avstämningsmöte som utredningsverktyg. Den leder i alltför hög grad till att sjukskrivna som annars hade återgått i arbete blir kvar i sjukskrivning, sannolikt på grund av att rehabiliteringsinsatser sätts in i onödan.

En slutsats som Inspektionen för socialförsäkringen gör är att Försäkringskassan bör bli mer återhållsam med att utreda behovet av rehabilitering under de första månaderna av sjukskrivningen. Att storleken på effekterna avtar med sjukskrivningstiden antyder att utredningarna ger mer negativa effekter ju tidigare i sjukskrivningen de ges. Försäkringskassan bör därför utveckla utredningar och analysverktyg som är konstaterat effektiva när det gäller att identifiera sjukskrivna som behöver rehabiliteringsinsatser för att kunna återgå i arbetslivet.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att Inspektionen för socialförsäkringens slutsats inte specifikt avser försäkringsmedicinska utredningar då syftet är att avgöra om den försäkrade ska ha rätt till ersättning men det kan ändå vara intressant att se om det finns paralleller till detta område.

5.4.3 Riksrevisionens rapport om Försäkringskassans beslutsunderlag

Riksrevisionen har den 18 maj 2009 lämnat en rapport (RiR 2009:07) ”Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag?”. Riksrevisionen har granskat om Försäkringskassan har tillgång till underlag av tillräcklig kvalitet vid beslut om sjukpenning. Vid granskningen har det även studerats om Försäkringskassan använder beslutsunderlagen likformigt. Riksrevisionen betonar att för att besluten ska bli korrekta och likformiga och för att trovärdigheten för sjukförsäkringen ska vara hög, är det avgörande att beslutsunderlagen och handläggningen är av tillräckligt hög kvalitet. Hög kvalitet i handläggningen är även viktigt med tanke på att utgifterna för sjukförsäkringen är betydande.

Riksrevisionen drar bl.a. slutsatsen att det i en stor andel av de granskade underlagen i sjukpenningärenden saknas information som borde finnas inför beslut om rätt till sjukpenning. Riksrevisionens bedömning är därför att Försäkringskassan vid beslut om sjukpenning ofta saknar underlag av tillräcklig kvalitet.

Riksrevisionen konstaterar även att alltför många medicinska underlag, t.ex. läkarintyg, är bristfälliga. Dels saknar underlagen ofta obligatoriska uppgifter, dels är uppgifterna många gånger inte av tillräcklig kvalitet.

Utifrån granskningens iakttagelser och slutsatser rekommenderar Riksrevisionen bl.a. att Försäkringskassan

- säkerställer att det finns underlag av tillräcklig kvalitet i ett tidigt skede vid varje beslut om sjukpenning
- i större utsträckning använder sig av särskilt läkarutlåtande i syfte att få en bedömning av en annan läkare som dessutom har försäkringsmedicinsk kompetens
- säkerställer att den nya konsultativa rollen för de försäkringsmedicinska rådgivarna inte medför att dokumentationen blir bristfällig på grund av att skriftliga yttranden ska tas bort.

Denna rapport är ett av många underlag för Försäkringskassans utvecklingsarbete de senaste åren.

5.4.4 Projekt i Östergötlands läns landsting

I Östergötlands läns landsting finns det sedan länge ett nära samarbete med Linköpings universitet. År 2013 beviljades två projektgrupper vid Linköpings universitet, en grupp vid Rikscentrum för Arbetslivsinriktad Rehabilitering och en grupp vid Smärt- och Rehabiliteringscentrum, forskningsmedel för att följa upp och utvärdera det nya bedömningsverktyget för arbetsförmågeutredning (AFU). Projekten ska bland annat svara på frågor om hur AFU

- påverkat försäkringsutfallet
- bidrar till en mer likformig bedömning av arbetsförmågan än tidigare
- bidrar till en mer tydlig och transparent tillämpning av sjukförsäkringen än tidigare.

Projekten beräknas vara klara och ska redovisas under år 2015.

5.4.5 En internationell utblick

Utredningen har bedömt att det är av intresse att göra en internationell utblick och Karolinska Institutet har därför haft i uppdrag att

- göra en kort beskrivning av några olika länders system vad avser att säkerställa att Försäkringskassans motsvarighet i det landet får ett fullgott beslutsunderlag i främst sjukpenningärenden eller motsvarande
- redogöra för de forskningsresultat som finns när det gäller effekter av försäkringsmedicinska utredningar både för handläggningen och för den försäkrade.

Nedan redovisas ett kort sammandrag av Karolinska Institutets rapport Forskning om försäkringsmedicinska utredningar.⁵

⁵ En rapport av Emilie Friberg och Kristina Alexanderson, Sektionen för försäkringsmedicin Karolinska Institutet, 2015.

Beskrivning av några olika länders system

Under senare decennier har olika system för bedömningar av rätt till sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning diskuterats och utvecklats. Utformningen av sådana system varierar mellan olika länder. En tydlig trend de senaste fem till tio åren har varit att i allt större utsträckning använda instrument som inte bara mäter begränsningar av funktionsförmågan utan även arbetsförmågan, antingen generellt eller i relation till specifika arbetsuppgifter.

Det förekommer olika lösningar för att administrera de försäkringsmedicinska utredningarna. I vissa länder görs de försäkringsmedicinska utredningarna av försäkringsorganisationen och i andra länder görs de av en utomstående aktör. Nedan redovisas kort systemen i Storbritannien, Nederländerna, Kanada och Norge.

Storbritannien

I Storbritannien betalar arbetsgivaren sjukpenning under de sex första månaderna i ett sjukskrivningsfall. Därefter tas det, ofta med hjälp av ett frågeformulär som benämns Work Capability Instrument (WCA) ställning till rätten till ersättning. I WCA ska den enskilde själv först fylla i ett frågeformulär om sin sjukdom inklusive fysiska och psykiska funktionsnedsättningar och skicka in det till Department of Work and Pension (DWP). Ett upphandlat, privat bolag genomför sedan en utredning och kodar in resultaten från den online. En handläggare inom DWP fattar därefter beslut med stöd av utredningen och patientens ifyllda formulär.

WCA utvecklades år 2008 och har fokus på bedömning av arbetsförmåga i relation till den moderna arbetsmarknadens krav. Tidigare bedömningsinstrument hade snarare fokus på funktionsnedsättning än förmåga.

Nederländerna

I Nederländerna är arbetsgivarperioden två år, det vill säga arbetsgivaren betalar sjuklön och ansvarar för att åtgärder för att främja återgång i arbete vidtas för anställda som är frånvarande på grund av sjukdom. Efter två år tar Försäkringskassans motsvarighet

Uitvoeringsorgaan Werknemers Verzekering (UWV) över betalningen av eventuell fortsatt ersättning, förutsatt att arbetsgivaren har fullföljt sina skyldigheter. UWV har även ansvaret för arbetslösa med arbetslöshetsersättning som på grund av sin sjukdom eller skada inte kan söka arbete. Egenföretagare täcks inte av systemet utan måste själva teckna privata försäkringar.

Om sjukskrivningsfallet blir långt utvärderar UWV åtgärderna efter första och efter andra året. Försäkringsläkare från UWV kan göra en egen utredning av funktionsförmågan hos den sjukskrivna. Graden av funktionsnedsättning baseras då på försörjningsförmåga, inte medicinska kriterier. Den finns flera olika typer av checklistor för dessa utredningar, till exempel: Disability Assessment Structured Interview (DASI). Men alla försäkringsläkare använder sig inte av dessa officiella checklistor.

Kanada

Kanada karakteriseras av att det finns ett stort antal olika typer av ersättningssystem vid sjukdom eller skada. Nedan ges exempel på ett system där det är centralt om sjukdomen eller skadan orsakats av arbetet eller inte.

Arbetsrelaterad sjukdom eller skada täcks försäkringsmässigt av "the Workplace Safety and Insurance Board" (WSIB) som i princip omfattar samtliga företag med minst en anställd person. För en person som drabbats av en arbetsrelaterad sjukdom eller skada finns det speciellt utformade formulär hos hälso- och sjukvården för att rapportera sjukdomen eller skadans art och inverkan på funktionsförmågan. Formuläret skickas därefter till WSIB och delar av det även till arbetsgivaren. WSIB beslutar om rätten till ersättning och betalar även ut ersättningen. WSIB kan också be om en funktionsförmågeutredning enligt formuläret (Functional Abilities Form; FAF). I vissa fall behövs ett läkarintyg. Olika fackliga överenskommelser kan ge anställningsavtal med generösare regler och ersättning vid sjukfrånvaro. Arbetsgivaren kan då i vissa fall kräva att den anställde lämnar ett läkarintyg som styrker funktionsnedsättningen.

Ansökan om ersättning för sjukfrånvaro och sjukersättning som inte är arbetsrelaterad hanteras av den statliga myndigheten Canada

Pension Plan. Det krävs då ett läkarintyg och efter två veckors karenstid utan ersättning kan sjukpenning betalas ut. Därefter ska den sjukskrivne lämna en rapport varannan vecka där personen bland annat deklarerar sin fortsatta arbetsförmåga. Specialutbildade sjuksköterskor inom the Canada Pension Plan utreder rätten till sjukersättning, baserat på information från medicinska underlag, journaler osv. och fattar även beslut. En oberoende medicinsk utredning kan i vissa fall vara aktuell.

Norge

Alla invånare och anställda i Norge omfattas av det allmänna försäkringssystemet. Alla som har en viss inkomst har rätt till ersättning om de inte kan arbeta på grund av sjukdom eller skada. Arbetsgivaren betalar sjuklön de första 16 dagarna och därefter tar Försäkringskassans motsvarighet i Norge, Nye arbeids- og velferdsetaten (NAV), över. För sjukskrivning krävs det generellt ett läkarintyg efter tre eller åtta dagar, beroende på vilken typ av anställning den sjukskrivne har. År 2004 introducerades ett nytt sjukintyg med ökat fokus på patientens resurser och aktivitetsförmåga.

Om sjukskrivningen blir långvarig ska avstämningsmöten göras. Bedömning av rätten till eventuell sjukersättning baseras bland annat på en självrapportering av arbetsförmågan och en så kallad resursprofil som tas fram av en handläggare på NAV genom samtal med den sjukskrivne.

OECD

OECD har gjort en genomgång av system för att hantera sjukfrånvaro och sjukersättning i OECD-länderna som bland annat lyfter fram behovet av kompetens hos handläggare i försäkringsorganisationen. Det handlar om olika typer av kompetens som att

- fatta beslut om för vilka sjukskrivningsfall det behövs en försäkringsmedicinsk utredning
- bedöma när en sådan utredning ska beställas

- kommunicera beslutet om att beställa en utredning med den försäkrade (anhörig eller gode man eller motsvarande)
- veta vilken information den som ska göra utredningen behöver
- tolka informationen i den färdiga utredningen och veta hur den ska sammanställas med annan information som handläggaren har i det aktuella sjukskrivningsfallet
- ta ställning till om ytterligare information behövs för att kunna fatta beslut i ärendet
- ha kompetens att fatta beslut enligt gällande regelverk
- kommunicera beslutet i ärendet till den försäkrade och andra involverade.

OECD framhåller även betydelsen av att utbilda den personal inom hälso- och sjukvården som är involverad i sjukskrivningsärenden, särskilt läkarna. Här handlar det om att utveckla kompetensen i att hantera olika aspekter av patienters arbete och arbetsförmåga. Behovet av att utveckla sådan kompetens framkommer även i en systematisk litteraturöversikt av studier om läkares sjukskrivningspraxis och i studier publicerade efter den genomgången.

Ett annat problem som nämns är hur man ska hantera om det i samband med den försäkringsmedicinska utredningen framkommer att den försäkrade har behov av utredning eller vård som inte uppmärksammats tidigare.

Forskningsresultat

Det finns begränsad forskning om verktyg för bedömning av ned-satt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada. Merparten av de få studier som publicerats i ämnet rör rätten till sjuk- eller aktivitetsersättning, ytterst få handlar om rätten till sjukpenning. De flesta studierna har fokus på fysiska funktionsnedsättningar men under senare år har det kommit några studier som rör funktionsnedsättningar vid psykiska diagnoser.

I de flesta länder är det upp till den enskilda läkaren att bestämma vilken metod eller vilket instrument som han eller hon ska använda för att ta ställning till funktions- eller aktivitetsförmågan i

sjukskrivningsärenden. Vid bedömning av rätten till sjukersättning använder däremot de flesta försäkringsläkare någon form av strukturerad metod.

I studierna om effekter av att använda försäkringsmedicinska utredningar framkom bl.a. att verktygen inte kunde användas för att förutsäga sjukskrivningslängder. I en studie framkom att verktyget ledde till högre skattning av arbetsbegränsningarna och i en annan studie gav verktyget högre skattning av arbetsförmågan. Effekterna av att undervisa allmänläkare i att använda en metod för att bedöma arbetsförmåga har också studerats och i den studien fann man att undervisningen ledde till att läkarna kände sig säkrare i bedömningarna och fick större kunskap om arbetsrelaterade faktorer. I en studie från Storbritannien framkom det att fler personer bedömdes ha arbetsförmåga när utredningen fokuserade på just förmåga snarare än på sjukdom och symptom. Vid en utvärdering av utredningsverktyget DASI i Nederländerna fann man ingen skillnad på andelen godkända förtidspensioner, läkarna bedömde instrumentet som praktiskt användbart men patienterna var lika nöjda oberoende av vilket instrument som försäkringsläkaren använt sig av.

6 Problemen med nuvarande hantering av de försäkringsmedicinska utredningarna

6.1 Inledning

Det finns ett antal problem i samband med nuvarande hantering av de försäkringsmedicinska utredningarna. Problemen finns både hos Försäkringskassan och hos landstingen, men de ser lite olika ut. Under vår utredning har det framkommit att de försäkringsmedicinska utredningarna inte har getts prioritet varken hos Försäkringskassans ledning eller hos landstingens ledningar vilket har fått genomslag i organisationerna. Orsakerna till detta är givetvis många. Det råder också viss osäkerhet kring nyttan av de försäkringsmedicinska utredningarna då det saknas utvärderingar och forskning på området.

6.2 Problembeskrivning

Ett övergripande problem är att det råder en osäkerhet kring de försäkringsmedicinska utredningarnas nytta och hur de används i Försäkringskassans beslutsprocess. Detta ligger dock inte inom ramen för vår utredning att närmare bedöma. Det finns också problem som är kopplade till bristen på långsiktighet i överenskommelserna, osäkerhet kring vilken lagstiftning som reglerar verksamheten, ojämn beställning från Försäkringskassan, Försäkringskassans handläggning och otydlig samarbetsmöjlighet mellan landstingen. Vi ser även att det finns problem kopplade till avsaknaden av utredningar för förmåner kopplade till funktionsnedsättning. Nedan redovisas mer ingående några av de problem vi har sett.

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. De landsting som upphandlar tjänsterna av privata aktörer kan 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. Vid omförhandlingen av överenskommelserna har det blivit diskussioner på detaljnivå, t.ex. om leveranstider, som gör att förhandlingarna drar ut på tiden.

Överenskommelserna som verktyg för att styra landstingens prioriteringar och arbete har också kritiserats av Riksrevisionen, se avsnitt 3.6.1.

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.

Vilken lagstiftning som gäller

Det är även osäkert vilka lagar och bestämmelser som är tillämpliga vid de försäkringsmedicinska utredningarna. Det har i direktivet och under vår utredning kommit fram olika åsikter om de försäkringsmedicinska utredningarna omfattas av hälso- och sjukvårdslagen eller inte. Detta bidrar till osäkerhet om t.ex. patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientskadlagen 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?

Ojämna och liten beställning påverkar kvaliteten

De försäkringsmedicinska utredningarna har inte haft någon hög prioritet hos vare sig Försäkringskassans ledning eller landstingens ledningar vilket får genomslag i organisationerna och påverkar arbetet med utredningarna. Ett problem är att Försäkringskassan beställer färre utredningar än vad som har prognostiserats. Det är också stora variationer i landet när det gäller hur många utredningar som beställs liksom över tid. De ojämna beställningarna medför 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 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.

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 så sällan att det är svårt att få rutin på 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.

De fördjupade medicinska 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. Försäkringskassan har också varit dålig på att ge feedback till utförarna eller landstingen på genomförda utredningar och handläggarna har inte godkänt utredningarna inom 14 dagar.

Otydlig samarbetsmöjlighet mellan landstingen

Det har under vår utredning 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 Landsting har inte varit rättsligt bind-

ande 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 och detta problem har inte varit möjligt att lösa eftersom man inte kunnat skicka honom eller henne till ett angränsande landsting.

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

Behovet av försäkringsmedicinska utredningar för förmåner kopplade till funktionsnedsättning

Inom t.ex. assistansersättningen saknas det många gånger ett fullgott beslutsunderlag när Försäkringskassan ska fatta beslut. Läkarintygen är ibland inte tillräckligt utförliga, det kan saknas relevant information och vid vissa tillfällen så är det mer av en partsinlaga från någon i den försäkrades närhet. Det händer även att det är läkare anlitade av assistansföretaget som utfärdar intyget. Det pågår försöksverksamhet för att ta fram ett fördjupat underlag för assistansersättningen men det är komplicerat att hitta en bra utredningsform som kan passa i ärenden som rör assistansersättning med tanke på att de försäkrades behov av assistans varierar mycket utifrån deras livssituation. I vissa situationer kan det vara fråga om ett barn som kanske ska vistas på förskola och i andra fall kan det vara en vuxen som har ett arbete.

Utifrån den försäkrades perspektiv kan det vara oklart om vilka underlag som krävs och kvaliteten på underlagen för att förmånen ska beviljas.

7 Tre alternativa ansvarsmodeller men ingen löser alla problem

7.1 Inledning

Det finns, på övergripande nivå, tre tänkbara modeller för hur Försäkringskassans behov av försäkringsmedicinska utredningar ska kunna tillgodoses. Men det finns både för- och nackdelar med alla tre modellerna, dessa redovisas i detta kapitel.

7.2 Frågan om ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna kan lösas på olika sätt

De övergripande ansvarsmodellerna:

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

Utredningen har även i uppgift att belysa alternativet att behålla överenskommelseformen men med längre avtalsperioder. Denna modell ser vi som en variant av modell tre eftersom det även här handlar om att det är landstingen som har ansvaret. Men detta alternativ återkommer vi till i avsnitt 8.3.

För- och nackdelar med de olika ansvarsmodellerna redovisas nedan.

7.3 Försäkringskassan utför de försäkringsmedicinska utredningarna i egen regi

I denna modell gör Försäkringskassan utredningarna på ett begränsat antal ställen i landet inom ramen för den egna organisationen och med egen personal.

Fördelar

- Med denna lösning äger Försäkringskassan hela processen från beställning till utförande och det finns inga externa mellanhänder eller externa aktörer involverade.
- Försäkringskassan kan anpassa organisationen, antalet anställda personer och kompetensen hos personalen för att göra försäkringsmedicinska utredningar utifrån de behov som finns t.ex. om nya verktyg utvecklas.
- Det finns inget problem med hur ersättningen ska regleras eftersom utredningarna sker i Försäkringskassans egen regi.
- Det är inga problem ur ett EU-rättsligt perspektiv, se avsnitt 7.7.

Nackdelar

- De försäkringsmedicinska utredningarnas saklighet och objektivitet kan ifrågasättas eftersom personal som är anställd av Försäkringskassan gör utredningarna.
- Det är kostsamt och resurskrävande att bygga upp en helt ny organisation för att göra utredningarna.
- Den uppbyggnad av kompetens som skett hos landsting och privata aktörer under de senaste åren skulle gå förlorad.
- De försäkrade kan få längre resväg när utredningen endast görs på ett begränsat antal platser i landet.
- Där utredningarna görs har man ingen annan verksamhet att kombinera med vilket gör verksamheten känslig för volymförändringar.

- Det kan vara svårt för Försäkringskassan att rekrytera sjukvårdspersonal, eftersom det inte handlar om hälso- och sjukvårdens kärnverksamhet.

7.4 Försäkringskassan upphandlar de försäkringsmedicinska utredningarna från privata aktörer

Fördelar

- Försäkringskassan äger själv processen från behov och upphandling till utvärdering av utredningen.
- Genom att Försäkringskassan gör en upphandling för hela landet eller större regioner blir det större volymer vilket ökar förutsättningarna för att kunna påverka kvalitet, pris och utförande.
- Försäkringskassan kan själva anpassa krav på kvalitet och innehåll vid en ny upphandling t.ex. antalet beställningar och utredningsverktyg.
- Kostnaden för de försäkringsmedicinska utredningarna är lika med den upphandlade kostnaden. Det finns inga kostnader för mellanhänder i form av t.ex. landstingens centrala administration.
- Det är inga problem ur ett EU-rättsligt perspektiv, se avsnitt 7.7.

Nackdelar

- Utförarna kommer närmare Försäkringskassan, vilket kan anses påverka saklighet och objektivitet negativt.
- Den verksamhet och kompetens som byggts upp hos landstingen under de senaste åren skulle gå förlorad eftersom landstingen inte får sälja sina tjänster.
- Det kan vara svårt att upphandla privata aktörer i alla delar av landet.

- Försäkringskassan får ökade kostnader för upphandling och måste också skaffa kompetens för att upphandla denna typ av tjänster.
- Det finns risk för monopolställning i vissa delar av landet.
- Osäkerhet angående framtiden för privata aktörer inom vårdsektorn.

7.5 Det är landstingets ansvar att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna

I denna modell ansvarar landstingen för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna antingen inom ramen för den egna verksamheten eller genom att upphandla från externa aktörer.

Fördelar

- Landstingen har en kompetent organisation med bra geografisk spridning som kan göra utredningarna, inklusive en organisation som är van att upphandla hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvårdsnära tjänster.
- Det är längre mellan beställare och utförare vilket kan anses leda till ökad saklighet och objektivitet vid utförande av den försäkringsmedicinska utredningen.
- Den försäkrade kan ha större förtroende för utredningen när hälso- och sjukvården ansvarar för den.
- Att ansvaret för försäkringsmedicinska utredningar ligger hos landstinget betonar vikten av hälso- och sjukvårdens roll i hela sjukskrivningsprocessen.
- Landstingen har haft ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna och har byggt upp kompetens och beredskap för det i sin verksamhet under de senaste fyra åren och det kan vara olyckligt att ändra modell igen.
- Det finns möjlighet till samarbete mellan landsting och forskningsinstitutioner.

- Det finns inte risk för monopol eftersom verksamheten hos landsting som själva tillhandahåller försäkringsmedicinska utredningar inte får omfatta mer än 20 procent av den försäkringsmedicinska verksamheten i landet, enligt nytt EU-direktiv, se avsnitt 9.15.

Nackdelar

- En del landsting anser inte att utförandet av försäkringsmedicinska utredningar är hälso- och sjukvård och detta inte är deras uppgift.
- Det kan vara svårt att integrera försäkringsmedicinska utredningar med övrig verksamhet och det riskerar att ta resurser från vård och behandling.
- Det är landstingen som gör upphandlingen när privata aktörer används, men de ”äger” inte själva beställningen, vilket kan göra det svårt att ställa rätt krav.
- Det är svårt att anpassa verksamheten efter volymförändringar och förändrade eller nya utredningar. Många landsting har enbart agerat som en mellanhand mellan Försäkringskassan och utförarna av utredningarna.
- Om Försäkringskassan är missnöjd med levererade försäkringsmedicinska utredningar kan det vara svårare att byta utförare när det är landstingen som har tecknat avtal med den privata aktören.
- Det blir en krånglig ekonomisk modell som måste anpassas enligt vissa villkor för att inte strida emot EU-rätten, se avsnitt 7.7.

7.6 Gemensamma för- och nackdelar

Det finns vissa för- och nackdelar oavsett vilken modell man väljer. En nackdel är att Försäkringskassan beställer få försäkringsmedicinska utredningar och att beställningarna varierar geografiskt och över tid. Denna osäkerhet om hur många utredningar som kommer att beställas och när i tid de beställs gör det svårt för leverantören att anpassa organisationen och personalstyrkan.

Det är även svårt att rekrytera personal med rätt kompetens för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna. Detta gäller speciellt läkare och psykologer, men även sjukgymnaster och arbetsterapeuter kan vara svårare att rekrytera. Särskilt svårt att rekrytera är det i de mindre landstingen och i glesbygd. Något som försvårar rekryteringen är att det inte handlar om traditionell kärnverksamhet för vård och behandling och att intresset för att arbeta med försäkringsmedicinska utredningar inte är så stort. Läkare som arbetar med både vårdande och utredande arbete kan också uppleva att de hamnar i en intressekonflikt mellan ansvar för patientens behandling, vård och omsorg och ansvar för att utreda och bedöma patientens förmågor på beställning av Försäkringskassan.

7.7 De tre modellerna ur ett EU-rättsligt perspektiv

Av rättsutlåtandet om försäkringsmedicinska utredningar som gjorts ur ett EU-rättsligt perspektiv framgår bl.a. att samtliga tre modeller kan utformas i enlighet med EU-rätten. Från ett EU-rättsligt perspektiv är modellerna ett och två ovan enklast. Detta beror på att de är renodlade: antingen tar Försäkringskassan ansvar för verksamheten eller så utförs den enbart av privata aktörer.

Modell 3 har däremot andra förtjänster, t.ex. att landstingens expertkunskaper och närhet till patienter och läkare då utnyttjas. Ett samarbete mellan Försäkringskassan och landstingen aktualiserar inte krav på upphandling mellan Försäkringskassan och landstingen, utan endast i de fall landstingen anlitar privata aktörer. En förutsättning för detta är dock att några andra finansiella överföringar än kostnadsersättningar inte äger rum mellan Försäkringskassan och landstingen. Ersättningen för de försäkringsmedicinska utredningarna ska alltså motsvaras av de kostnader landstingen har. Om schablonersättningar används bör därför nivån på dessa kunna fastställas objektivt, med hänsyn till kostnadsbilden i landet. Schablonbelopp bör t.ex. kunna beräknas utifrån de kostnader som landstingen har haft under en bestämd tid. Vidare får samarbetet endast styras av överväganden och krav som är kopplade till att målet av allmänt intresse uppnås, dvs. syftet ska vara att säkerställa att den svenska socialförsäkringslagstiftningen kan fungera genom

att Försäkringskassan erhåller försäkringsmedicinska utredningar av tillräckligt god kvalitet och i rätt tid.

Slutligen måste allt direkt deltagande från privata eller offentlig-privata enheter inom ramen för samarbetet mellan Försäkringskassan och landstingen uteslutas, det vill säga Försäkringskassan kan inte direktupphandla utförare av försäkringsmedicinska utredningar vid leveransproblem. Inget hindrar dock att vissa landsting, i anslutning till ett sådant samarbete, utför sina uppgifter utan att inleda ett upphandlingsförfarande, om de utförs av egen personal eller om denna verksamhet organiseras inom ramen för ett separat offentligt bolag som uppfyller kriterierna för egenregi. Det bör dock observeras att enligt det nya upphandlingsdirektivet bör verksamheten för de landsting som i så fall själva tillhandahåller försäkringsmedicinska utredningar på den öppna marknaden inte omfatta mer än 20 procent av hela den verksamhet som berörs av samarbetet mellan Försäkringskassan och landstingen. Det ska understrykas att de landsting som anlitar privata läkare för att genomföra försäkringsmedicinska utredningen i sin tur måste iaktta upphandlingsreglerna.

BEDÖMNINGAR OCH FÖRSLAG

8 Ny lag som reglerar landstingens ansvar

8.1 Inledning

Vi har i kapitel 7 konstaterat att det finns både för- och nackdelar med olika modeller, men några är viktigare och mer styrande för hur vi väljer modell än andra. Vi har i kapitel 6 redogjort för de problem som är förknippade med dagens överenskommelser. Om det införs en lagreglering av landstingens ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna skulle flera fördelar kunna uppnås.

8.2 Landstingen ska ha det övergripande ansvaret

Förslag: Landstingen ska på begäran av Försäkringskassan utföra försäkringsmedicinska utredningar och utfärda försäkringsmedicinska utlåtanden efter genomförd utredning.

Skälen för förslaget

Som framgår av kapitel 7 så finns det 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. Vi anser dock att det finns vissa för- och nackdelar med modellerna som är viktigare än andra t.ex. objektivitet, geografisk täckning, långsiktighet, kompetens och närhet till forsknings- och utvecklingskliniker.

Vår samlade bedömning är att genom att ge ansvaret till landstingen så får vi en modell med de bästa förutsättningarna för en långsiktigt stabil lösning. Genom denna modell finns det förutsättningar att de försäkringsmedicinska utredningarna blir en del av landstingens uppbyggda eller upphandlade verksamhet. Där 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.

Men det finns en risk att denna modell likställs med nuvarande hantering när staten genom årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting reglerar verksamheten. Den avgörande skillnaden är att man genom lagstiftning reglerar landstingens ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna och på det sättet skapar tydligare förutsättningar och en långsiktighet som saknas i dag.

Många landsting har redan i dag byggt upp verksamheten i egen regi där de gör de försäkringsmedicinska utredningar, ofta inom ramen för en smärt- eller rehabiliteringsklinik. Det är verksamhet med god geografisk spridning i landet och vi anser att det vore olyckligt om den gick till spillo. Vi anser 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. I

t.ex. Östergötlands läns landsting pågår det ett nära samarbete med Linköpings universitet, se vidare avsnitt 5.4.4.

Genom en lagstiftning om landstingens ansvar blir det tydligare att alla landsting har ett ansvar i jämförelse med dagens överenskommelser samt att det skapas en möjlighet till samarbete mellan landsting för bättre samordning och resursutnyttjande, se kap 9. Vi tror att denna modell skapar förutsättningar för en relativt decentraliserad lokalisering av verksamheten i landet, till nytta för de försäkrade som därmed inte riskerar att få alltför långa resvägar. För att få ett fullgott beslutsunderlag inom Försäkringskassan och för att kunna bedriva en effektiv utredningsverksamhet tror vi att det krävs att det görs ett större antal försäkringsmedicinska utredningar, vilket denna modell skapar förutsättningar för.

När det gäller den första modellen där Försäkringskassan har egna enheter som gör utredningarna så är den modellen den mest omfattande att bygga upp och om den skulle användas så skulle den troligtvis behöva bli en del av en större strukturell förändring även innefattande exempelvis rehabiliteringsverksamhet. Det är en lång startsträcka innan denna modell skulle kunna vara på plats och dessutom inledningsvis ett kostsamt alternativ. Kostnaden gäller dels personal, dels själva centrumen med utrustning, hyra, drift etc. Det finns även styrkor med modellen men vi anser att den höga kostnaden för att bygga upp denna modell och den stora strukturella förändringen detta skulle innebära gör att modellen är svårare att genomföra.

Den andra modellen där Försäkringskassan själv upphandlar privata aktörer är en tydlig och enkel modell som skulle ha varit ett fullgott alternativ om det funnits möjlighet för Försäkringskassan att även upphandla landstingsdriven verksamhet. Men utifrån kommunalrätten så har inte landstingen möjlighet att sälja sina tjänster, bortsett från om det finns en tillfällig överkapacitet. Vi anser också att denna modell är alltför sårbar eftersom den bygger på att det även i framtiden finns privata aktörer som har intresse av att driva denna typ av verksamhet. Privata aktörers intresse är beroende av en rad olika frågor som lagreglering, möjlighet att kombinera med annan verksamhet och de affärsmässiga villkoren där inte minst frågan om ”vinster i välfärden” väckt betydande politiskt intresse och där många upplever framtida ställningstaganden som ovissa.

8.3 Landstingens ansvar att göra försäkringsmedicinska utredningar ska regleras i lag

Förslag: Landstingens ansvar att utföra försäkringsmedicinska utredningar ska regleras i lag.

Det som i den lagen sägs om ett landsting ska gälla även för en kommun som inte ingår i ett landsting.

Skälen för förslaget

Vi har i kapitel 6 redogjort för de problem som är förknippade med dagens överenskommelser. Alternativet till dagens kortsiktiga överenskommelser är att ingå längre överenskommelser eller att lagreglera landstingens ansvar. Om det införs en lagreglering av landstingens ansvar skulle följande fördelar uppstå:

- Det skapas ett stabilt regelverk runt den försäkringsmedicinska verksamheten som bidrar till ökad rättssäkerhet och att den försäkrade kan känna förtroende för verksamheten genom att han eller hon tillförsäkras ett skydd när det gäller säkerhet och integritet.
- Det blir ett förtydligande av att det är samtliga landstings ansvar att tillhandahålla samtliga försäkringsmedicinska utredningar för alla försäkrade.
- Det underlättar för landstingen att långsiktigt planera sin utredningsverksamhet.
- Landstingen ges en möjlighet att samarbeta med varandra, som i sin tur kan leda till större effektivitet och bättre kompetens hos personalen.
- Det blir lägre administrationskostnader.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att en lagreglering av verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar kan lösa många av de problem som vi samt Riksrevisionen har lyft fram. Vi anser att en lagreglering av landstingens ansvar har många fördelar. Att ingå överenskommelser med längre avtalsperiod löser inte problemen och medför inte ovanstående fördelar. Alternativet att införa en

lagreglering av landstingens ansvar är därför det bästa. Vi vill dessutom betona vikten av att när det gäller ett nytt ansvar för kommunerna, ett åliggande, som ligger utanför hälso- och sjukvårdsområdet bör detta regleras genom lag enligt 8 kap. 2 § punkten 3 regeringsformen. Vid en lagreglering måste det framgå att det som i lagen sägs om ett landsting även gäller för en kommun som inte ingår i ett landsting för att inkludera Gotlands kommun.

8.4 Det behövs en ny lag om försäkringsmedicinska utredningar

Bedömning: Försäkringsmedicinska utredningar är inte hälso- och sjukvård.

Förslag: Bestämmelserna om ansvaret för försäkringsmedicinska utredningar och vad som gäller vid utförandet av de försäkringsmedicinska utredningarna samlas i en ny lag.

Skälen för bedömningen och förslaget

Det har under vår utredning framkommit att det finns olika uppfattningar om de försäkringsmedicinska utredningarna är hälso- och sjukvård eller inte och om de omfattas av hälso- och sjukvårdslagen m.m.

Hälso- och sjukvård definieras i hälso- och sjukvårdslagen som åtgärder att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador. Det framgår av förarbetena till lagen att begreppet inte ska tolkas alltför extensivt.

Vi har i kapitel 3 redogjort för vad som sker rent praktiskt vid de olika försäkringsmedicinska utredningarna. De delar av de försäkringsmedicinska utredningarna som omfattar kroppsundersökningar av olika slag kan i dessa delar jämföras med hälsoundersökningar. En hälsoundersökning inom hälso- och sjukvården görs för att medicinskt förebygga sjukdom och skador. Den försäkringsmedicinska utredningen har inte något sådant syfte utan den medicinska utredningen och bedömningen är endast en utgångspunkt för den resterande delen av den försäkringsmedicinska utredning-

en. De övriga delarna av de försäkringsmedicinska utredningarna görs uteslutande för att förse Försäkringskassan med ett underlag till beslut om t.ex. sjukersättning.

Man kan göra en jämförelse med rättsmedicinska undersökningar där syftet med undersökningarna inte är att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador utan främst att tillhandahålla rättsväsendet underlag i brottmålsprocessen. Rättsmedicinska utredningar anses inte vara hälso- och sjukvård.

Vi konstaterar att de försäkringsmedicinska utredningarna inte genomförs i något förebyggande syfte eller för att vårda eller behandla sjukdom eller skada. De försäkringsmedicinska utredningarna utförs, efter en beställning av Försäkringskassan, för att utgöra en del av det underlag Försäkringskassan behöver för ett beslut. Den slutsats som vi kommer fram till är därför att de försäkringsmedicinska utredningarna inte är hälso- och sjukvård och att de därmed inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagen.

Det har ifrågasatts varför det ska vara skillnad mellan ett läkarintyg, som utfärdas av läkare som utövar hälso- och sjukvård, och ett försäkringsmedicinskt utlåtande som läkare utfärdar efter en försäkringsmedicinsk utredning. Vi konstaterar att ett läkarintyg är ett intyg om vård och behandling som läkaren måste utfärda om en patient begär det enligt 3 kap. 16 § patientdatalagen. Intyget ska innehålla de uppgifter om undersökningen, vården och behandlingen som behövs för det ändamål intyget ska användas till.¹ Vi har här ovan kommit fram till att vid en försäkringsmedicinsk utredning utför läkaren inte vård och behandling av den försäkrade och utlåtandet innehåller inte samma uppgifter som ett läkarintyg. Detta är skillnaden mellan ett vanligt läkarintyg och ett utlåtande efter en försäkringsmedicinsk utredning.

Nästa fråga är var de försäkringsmedicinska utredningarna ska regleras. Vi konstaterar att hälso- och sjukvårdslagen är en ramlag om landstingens ansvar för hela befolkningen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Försäkringsmedicinska utredningar kommer endast att beställas av Försäkringskassan för en liten del av de försäkrade. De bestämmelser som rör försäkringsmedicinska utredningar som vi kommer att föreslå är till viss mån detaljerade och specifika för området. Bestämmelserna ska tillgodose ett antal intressen t.ex.

¹ Se prop. 1984/85:189 s. 47.

reglera ansvaret, se till den försäkrades integritetsskydd och säkra kvaliteten. Det framstår därmed som olämpligt att införa detaljerade bestämmelser om försäkringsmedicinska utredningar i hälso- och sjukvårdslagen även om det är att föredra att ha landstingens samtliga ansvarsområden i samma lag.

Vi har även övervägt möjligheten att införa bestämmelserna om försäkringsmedicinska utredningar i socialförsäkringsbalken. Bestämmelserna om försäkringsmedicinska utredningar reglerar landstingens ansvar och ska tillämpas till viss del av Försäkringskassan men även av landstingen och eventuellt privata aktörer. Det kommer även att finnas bestämmelser till skydd för den enskildes integritet m.m. Mot bakgrund av att socialförsäkringsbalken bara omfattar socialförsäkringsärenden som handläggs av Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten har vi kommit fram till slutsatsen att det stör systematiken att införa bestämmelserna i denna och det framstår som ett bättre alternativ att ha en separat lag. Det krävs därför en ny lag som reglerar ansvaret för utredningarna.

Vi anser att en reglering av landstingens ansvar att utföra försäkringsmedicinska utredningar är tillräckligt för att Försäkringskassans behov av dessa utredningar ska ha förutsättning för att vara tillgodosett. Det finns inom hälso- och sjukvården inte någon form av sanktionsmöjlighet när det gäller t.ex. rätt eller tillräckligt snabb vård eller behandling. Vi anser därför att det är vare sig lämpligt eller nödvändigt att införa någon form av sanktion, i form av t.ex. vite, om ett landsting inte skulle fullgöra sitt ansvar.

9 Övriga bedömningar och lagförslag

9.1 Inledning

Vi har i avsnitt 8.4 kommit fram till att försäkringsmedicinska utredningar inte kan anses vara hälso- och sjukvård och detta medför att vissa lagar och bestämmelser som har samma definition av hälso- och sjukvård som hälso- och sjukvårdslagen inte kommer att bli tillämpliga. Det finns därför ett behov av kompletterande regleringar. En annan viktig fråga är om verksamhet med försäkringsmedicinska utredningar omfattar myndighetsutövning eller inte samt vilka konsekvenser detta medför. Det behövs även ytterligare bestämmelser om samarbetsmöjligheter, kompetenskrav, jäv och ersättning.

9.2 Att utföra försäkringsmedicinska utredningar är inte myndighetsutövning

Bedömning: När ett landsting eller en privat aktör utför en försäkringsmedicinsk utredning är det inte myndighetsutövning.

Skälen för bedömningen

Frågan om en verksamhet som omfattar försäkringsmedicinska utredningar är myndighetsutövning har kommit upp vid ett flertal gånger under vår utredning.

Ett ärende om t.ex. en försäkrad ska ha rätt till sjukersättning handläggs hos Försäkringskassan. Under beredningen av ärendet kan Försäkringskassan t.ex. be den försäkrade att komma in med

ett läkarutlåtande, diskutera den försäkrades ärende med en försäkringsmedicinsk rådgivare och begära att den försäkrade genomgår en försäkringsmedicinsk utredning. När Försäkringskassan har fått ett fullgott beslutsunderlag fattar den ett beslut i ärendet om den försäkrade ska få sin sjukersättning eller inte.

Inledningsvis konstaterar vi att den försäkrade samtycker till att genomgå den försäkringsmedicinska utredningen och deltar frivilligt i utredningen som sker hos landstinget eller en privat utförare. Det som händer om den försäkrade avstår ifrån att genomgå den försäkringsmedicinska utredningen är att Försäkringskassan kan besluta om att den försäkrades ersättning dras in. Utföraren av den försäkringsmedicinska utredningen vidtar inga åtgärder gentemot den försäkrade. När ett landsting eller en privat aktör utför den försäkringsmedicinska utredningen har de inte någon befogenhet i lag att bestämma om förmån, rättighet, skyldighet eller liknande för den försäkrade. I de försäkringsmedicinska utredningarna tar man inte ställning till om den försäkrade ska ha rätt till sjukersättning eller inte, utan det görs en beskrivning av den försäkrades aktivitetsförmåga. När det försäkringsmedicinska utlåtandet skickas till Försäkringskassan efter den försäkringsmedicinska utredningen kan det jämföras med en form av yttrande. Det är sedan upp till Försäkringskassan att avgöra vilken betydelse det försäkringsmedicinska utlåtandet har i den försäkrades ärende. Det försäkringsmedicinska utlåtandet utgör endast en del av Försäkringskassans totala beslutsunderlag.

Den slutsats vi kommer fram till är att en försäkrads ärende bereds hos Försäkringskassan som sedan fattar ett beslut i ärendet. All myndighetsutövning sker alltså enligt vår mening hos Försäkringskassan och inte hos landstingen eller privata utförare som gör de försäkringsmedicinska utredningarna.

9.3 Skattepliktig omsättning av tjänst

Bedömning: När en försäkringsmedicinsk utredning utförs och ersättning betalas för den är det en skattepliktig omsättning av tjänst enligt mervärdesskattelagen.

Skälen för bedömningen

Vid en försäkringsmedicinsk utredning är det huvudsakliga syftet inte att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador utan personal som utför den försäkringsmedicinska utredningen utvärderar den försäkrades förmåga till aktivitet. Det efterföljande försäkringsmedicinska utlåtandet ingår sedan i det underlag på vilket Försäkringskassan ska fatta sitt beslut om den försäkrade. Vi bedömer utifrån detta att undantaget från skatteplikt för sjukvård inte är tillämpligt på en omsättning av tjänst i form av en försäkringsmedicinsk utredning. Landstingen eller den privata utföraren tillhandahåller Försäkringskassan en tjänst och den ersättning som Försäkringskassan betalar utgör beskattningsunderlaget för den utförda tjänsten. Därefter konstaterar vi att bestämmelsen i 4 kap. 6 § mervärdesskattelagen endast är tillämplig på tjänster som ingår som led i myndighetsutövning utövad av tillhandahållaren. De tjänster landstinget eller privata aktörer tillhandahåller vid en försäkringsmedicinsk utredning är inte myndighetsutövning. Det är därmed en ekonomisk verksamhet som bedrivs. Slutsatsen blir att när en försäkringsmedicinsk utredning görs mot ersättning är det en sådan omsättning inom landet av tjänster som är skattepliktig och som görs av en beskattningsbar person i denna egenskap och mervärdesskatt ska betalas till staten.

9.4 Tillämpningsområde

Förslag: Lagen ska innehålla bestämmelser om försäkringsmedicinska utredningar. I lagen ska försäkringsmedicinsk utredning definieras som de fördjupade medicinska utredningar som Försäkringskassan kan begära med stöd av 110 kap. 14 § 3 och 4 socialförsäkringsbalken (2010:110).

Regeringen får i föreskrifter specificera vilka försäkringsmedicinska utredningar som omfattas av lagen.

Skälen för förslagen

Lagen ska tillämpas när Försäkringskassan begär en försäkringsmedicinsk utredning, i form av en fördjupad medicinsk utredning,

med stöd av sina utredningsbefogenheter enligt 110 kap. 14 § 3 och 4 socialförsäkringsbalken samt när den försäkringsmedicinska utredningen utförs.

Försäkringskassans utredningsskyldighet innebär att det är dess ansvar att se till att ärenden blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver. Det har under vår utredning kommit fram att det finns önskemål om att det ska finnas något ställningstagande från lagstiftaren i vilka fall Försäkringskassan kan beställa försäkringsmedicinska utredningar. Varje försäkringsärende är unikt men en utgångspunkt kan vara att de ärenden vars beskaffenhet kräver att Försäkringskassan vidtar ytterligare åtgärder är

- ärenden där det behövs en helhetsbild av hur den försäkrades sjukdom påverkar förmågan till aktivitet
- ärenden där den försäkrade har en sammansatt eller svårbedömd sjukdomsbild
- ärenden där det finns läkarintyg som är motsägelsefulla eller när det inte finns tillräckligt information trots att läkaren har kompletterat intyget efter begäran av Försäkringskassan.

Vi anser att de försäkringsmedicinska utredningarna har lagligt stöd i de utredningsmöjligheter Försäkringskassan har enligt 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken. Försäkringskassan måste kunna använda de utredningsåtgärder som behövs för att skaffa sig ett bra beslutsunderlag och uppfylla sin utredningsplikt.

Bestämmelserna om Försäkringskassans utredningsskyldighet och utredningsbefogenheter gäller samtliga områden som omfattas av socialförsäkringsbalken. Detta innebär att Försäkringskassan även är skyldiga att utreda ärenden om funktionsnedsättningar, t.ex. vid ansökan om assistansersättning, när det behövs och det därmed finns laglig grund för att utveckla försäkringsmedicinska utredningar även för detta område. Vi överlämnar till regeringen att i föreskrifter specificera vilka försäkringsmedicinska utredningar som ska omfattas av lagen t.ex. särskilda läkarutlåtanden, teambaserade medicinska utredningar och aktivitetsförmågeutredningar. En specificering kommer även vara nödvändig eftersom tidskraven för leveransen av de olika försäkringsmedicinska utredningarna och ersättningen för dessa kan variera.

9.5 Ett gemensamt ansvar

Förslag: Det införs en bestämmelse i lagen om att Försäkringskassan och landsting ska samverka för att verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar ska bedrivas effektivt.

Skälen för förslaget

Det har under vår utredning kommit fram att det har funnits vissa samarbetssvårigheter mellan Försäkringskassan och landstingen som har bidragit till att verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar inte har fungerat effektivt. Vi vill genom den här bestämmelsen betona att det är ett gemensamt ansvar för Försäkringskassan och landstingen att se till att verksamheten ska bli så effektiv som möjligt. Detta gäller den övergripande verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar, t.ex. prognoser för antalet utredningar som ska beställas och att det finns personal med rätt kompetens för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna när beställningarna kommer. Det gäller även den praktiska hanteringen genom att skapa fungerande rutiner. Det är även av största vikt att det finns ett utbyte av information mellan Försäkringskassan och landstingen innan, under och efter en utredning för att utveckla både Försäkringskassans handläggare och den personal som utför de försäkringsmedicinska utredningarna.

9.6 Möjlighet till samarbete mellan landsting

Förslag: Det införs en bestämmelse i lagen som ger landstingen möjlighet att sluta avtal med ett annat landsting eller någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt den föreslagna lagen. Genom ett sådant avtal får ett landsting utföra de uppgifter som ett annat landsting ansvarar för.

Bedömning: När ett landsting ska upphandla en privat aktör ska lagen om offentlig upphandling tillämpas.

Skälen för förslaget och bedömningen

Det har i vår enkätundersökning till landstingen framkommit att de flesta vill kunna samarbeta med ett annat landsting och att det finns landsting som är villiga att ta emot försäkrade från ett annat landsting.

Det har även framkommit att inte alla landsting för närvarande är intresserade av att utföra försäkringsmedicinska utredningar i egen regi.

Vi anser att 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 detta 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
- problematiken med jäv kan minskas.

Enligt vårt förslag blir det en lagstadgad skyldighet för landstingen att göra försäkringsmedicinska utredningar. En bestämmelse om att det ska vara möjligt för landsting att samarbeta ska införas. Det finns dock ett krav enligt lag på att ett landsting endast ska ta hand om sina egna angelägenheter. Mot denna bakgrund bör det framgå av lagen att det kan göras avsteg från detta krav för försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet, dvs. att ett landsting kan utföra utredningar av ett annat landstings försäkrade.

Vi har övervägt möjligheten att genom lagstiftning peka ut hur många eller vilka landsting som ska utföra de försäkringsmedicinska utredningarna. Enligt kommunallagen får landsting själva ta hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till landstingets område eller deras medlemmar. Dessutom innebär den kommunala självstyrelsen att det ska finnas en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt för kommuner och landsting. Mot bakgrund av detta har vi kommit fram till att landstingen får ett lagstadgat ansvar för att utföra de försäkringsmedicinska

utredningarna men själva får bestämma hur verksamheten ska organiseras då vi inte har haft vare sig kompetensen eller i övrigt förutsättningarna för att utreda detta vidare. Vi vill dock påpeka vikten av att ett eventuellt samarbete bör ha en bra geografisk spridning. Vi konstaterar att det för närvarande finns sju landsting som gör arbetsförmågeutredningar och som har tagit på sig detta ansvar frivilligt. En möjlighet kan vara att dessa sju landsting tar på sig ansvaret för alla försäkringsmedicinska utredningar i landet. Ett annat alternativ är samarbete inom de sex sjukvårdsregionerna.

Ett landsting kan upphandla en privat aktör för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna i enlighet med 12 kap. 4 § regeringsformen och 3 kap. 16 § kommunallagen. Vi har i avsnitt 9.2 konstaterat att när ett landsting eller en privat aktör gör en försäkringsmedicinsk utredning är det inte myndighetsutövning. Det behövs därmed inte något lagstöd när ett landsting ska upphandla en privat aktör för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna och någon sådan bestämmelse införs därför inte. Vi har dock valt att utforma bestämmelsen på så sätt att landstingen kan sluta avtal med ett annat landsting eller någon annan för att inte utesluta upphandlingsalternativet. Med den utformningen kan bestämmelsen även användas som stöd för att upphandla en privat aktör.

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 enligt 1 §. Det finns dessutom ingen valfrihet för den försäkrade att själv välja utförare av den försäkringsmedicinska utredningen som inom hälso- och sjukvård.

9.7 Metoder

Förslag: Försäkringskassan ska i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med landstingen fastställa de metoder som ska användas i de försäkringsmedicinska utredningarna. Metoderna ska överensstämna med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Skälen för förslaget

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

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 av vilken förmån det gäller. Om en försäkringsmedicinsk utredning behöver ändras eller utvecklas ska frågan om vilka metoder och tester som ska användas behandlas av Försäkringskassan i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med landstingen. Det är viktigt att det är förutsägbart vilken omfattning en försäkringsmedicinsk utredning har då detta har betydelse för landstingen när de ska anpassa sin verksamhet samt vid bedömningen av vilken ersättning landstingen ska ha för de olika utredningarna. Det är även av största vikt att metoderna utformas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

9.8 Krav på kompetens hos den personal som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen

Förslag: I lagen anges att försäkringsmedicinska utredningar får göras endast av den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården samt har den kompetens och utbildning som krävs för att utföra den försäkringsmedicinska utredningen.

Regeringen får meddela föreskrifter om vilka krav på kompetens som gäller vid de olika försäkringsmedicinska utredningarna.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka krav på utbildning som gäller vid de olika försäkringsmedicinska utredningarna.

Skälen för förslagen

En försäkringsmedicinsk utredning måste göras med noggrannhet och omsorg. Detta är viktigt för den försäkrade, eftersom resultatet av den försäkringsmedicinska utredningen kan påverka om denne t.ex. blir beviljad sjukersättning.

Den försäkrade bör även känna förtroende för den personal som utför den försäkringsmedicinska utredningen och för utredningens resultat.

För Försäkringskassan är det viktigt att den försäkringsmedicinska utredningen håller en hög kvalitet och kan vara ett bra beslutsunderlag. Det är därför av flera skäl viktigt att den personal som utför utredningen har en tillräcklig kompetens.

Det bör mot bakgrund av detta framgå av lagtexten att endast legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen. Dessutom bör det framgå att personalen ska ha den kompetens och utbildning som krävs. Vi anser inte att det 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 inom t.ex. assistansersättningsområdet där det kan krävas läkare med specialistkompetens för den försäkrades specifika funktionshinder alternativt att det är en annan profession som gör utredningen. Det är därför lämpligt att regeringen eller den myn-

dighet 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.

9.9 Krav på objektivitet och undvikande av jäv

Förslag: Den personal som gör den försäkringsmedicinska utredningen och utfärdar läkarutlåtande ska iaktta saklighet och opartiskhet vid utförandet samt tillämpa bestämmelserna om jäv i 11 och 12 §§ förvaltningslagen (1986:223).

Skälen för förslaget

Det är mycket viktigt från den försäkrades perspektiv och för den försäkrades tilltro till systemet att den försäkringsmedicinska utredningen genomförs på ett neutralt och förutsättningslöst sätt. Även för Försäkringskassan är det viktigt med objektivitet, t.ex. att personalen inte tidigare har haft kontakt med den försäkrade eftersom det finns risk för att bedömningen inte blir objektiv.

Trots att det inte är fråga om ärendehantering hos landsting eller privata aktörer som gör den försäkringsmedicinska utredningen vill vi att bestämmelserna om jäv i förvaltningslagen tillämpas. I 11 § 1 st. p. 5 förvaltningslagen regleras delikatessjäv. Delikatessjäv kan avse en situation där utredande personal har eller har haft behandlingskontakt med den försäkrade tidigare eller har varit anställd på Försäkringskassan eller uppdragstagare till Försäkringskassan under det senaste året.

Enligt 12 § förvaltningslagen ska den som är jävig inte göra den försäkringsmedicinska utredningen utan självant meddela detta. Det kan även vara en försäkrad som hävdar att t.ex. läkaren är jävig. Det är då myndigheten som snarast ska besluta i jävsfrågan.

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 gör 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 verksamhetschef. Det är därmed verksamhetschefens uppgift att ta ställning till om utredande personal är jävig. Om verksamhetschefen kommer fram till att jävsinvändningen är ogrundad kan personalen göra den försäkringsmedicinska utredningen.

Om jävsinvändningen däremot är befogad ska t.ex. en annan läkare utses för att göra den försäkringsmedicinska utredningen. Om det bara finns en läkare, med efterfrågad kompetens, inom det aktuella landstinget får detta landsting överlämna utförandet till ett närliggande landsting. Samtidigt kommer man överens om hur ersättningen för den försäkringsmedicinska utredningen ska regleras.

Om den försäkrade är missnöjd med beslutet i jävsfrågan kan han eller hon bara framföra detta i samband med att Försäkringskassan fattar beslut i ärendet. Den försäkrade kan i samband med ett överklagande av Försäkringskassans beslut framföra sina klagomål på underlaget för Försäkringskassans beslut, bland annat den försäkringsmedicinska utredningen.

9.10 Försäkringsmedicinskt utlåtande

Förslag: Av lagen ska det framgå att ett försäkringsmedicinskt utlåtande ska utfärdas av behörig personal efter en försäkringsmedicinsk utredning.

Den försäkrade har rätt att ta del av det försäkringsmedicinska utlåtandet.

Det försäkringsmedicinska utlåtandet ska vara Försäkringskassan tillhanda inom fastställd tid efter det att komplett underlag kommit in till utföraren från Försäkringskassan.

Regeringen får meddela föreskrifter om inom vilken tid utlåtandet ska vara Försäkringskassan tillhanda.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om behörighet, vad det försäkringsmedicinska utlåtandet ska innehålla och övriga rutiner.

Skälen för förslagen

Enligt Försäkringskassans riktlinjer ska ansvarig läkare redovisa sin utredning och bedömning i särskilt angivna utlåtanden. 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. Vi anser att det av lagreglerna ska framgå att ett försäkringsmedicinskt utlåtande ska utfärdas av behörig personal efter en försäkringsmedicinsk utredning. Behörig personal ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Vi vill dock inte i lag peka ut någon speciell yrkesgrupp då detta kan variera över tid och mellan olika försäkringsmedicinska utredningar.

Vid utförandet av de försäkringsmedicinska utredningarna ska det klargöras om den försäkrade instämmer i bedömningen av t.ex. aktivitetsbegränsningarna. Det är mot bakgrund av detta naturligt att den försäkrade ska ha rätt att ta del av det försäkringsmedicinska utlåtandet. Vi bedömer att det inte framkommer sådana uppgifter i ett försäkringsmedicinskt utlåtande som skulle leda till att den försäkrade inte skulle kunna ta del av utlåtandet. När ett försäkringsmedicinskt utlåtande ligger till grund för Försäkringskassans beslut har den försäkrade dessutom rätt till partsinsyn det vill säga han eller hon har rätt att ta del av Försäkringskassans underlag.

I Försäkringskassans riktlinjer finns det en tidsgräns som anger att det försäkringsmedicinska utlåtandet ska vara hos Försäkringskassan inom 25 arbetsdagar (plus tre dagar för postgång) räknat från det att alla relevanta handlingar kommit in till den läkare eller leverantör som ska utfärda utlåtandet. Av vår utredning har det framkommit att det inte, vid ett jämnt flöde av beställningar, har varit några större problem för landstingen att leverera utlåtandet inom denna tid. I praktiken har Försäkringskassan avvaktat med sin beställning när det har varit brist på läkare med tillräcklig kompetens, t.ex. i semestertider.

Innebörden av en lagreglering av landstingens ansvar att göra försäkringsmedicinska utredningar är att tiden för att göra utredningen börjar löpa när Försäkringskassan försett utföraren med ett komplett underlag. Regeringen får meddela föreskrifter inom vilken tid utlåtandet ska vara Försäkringskassan tillhanda. Om det

visar sig att underlaget från Försäkringskassan inte är komplett ska utföraren meddela Försäkringskassan detta och en komplettering ska ske. Regeringen kan införa föreskrifter om en möjlighet för landstinget att begära anstånd med utförandet av den försäkringsmedicinska utredningen vid särskilda skäl, exempelvis om utföraren inser att det blir problem att leverera den försäkringsmedicinska utredningen inom tidsramen. Särskilda skäl kan t.ex. vara att läkare eller annan personal har slutat med kort varsel. Ett annat sätt för landstingen att hålla tidsramen trots t.ex. akut personalbrist är att samarbeta med ett annat landsting när det behövs. När landstingen inte klarar av att leverera inom den bestämda tidsramen kommer de inte att få ersättning för utredningen. Om det uppstår en tvist mellan Försäkringskassan och landsting om t.ex. tidsramen har hållits eller om anstånd borde ha medgivits är det något som får återopas när landstinget överklagar Försäkringskassans beslut om att inte betala ersättning för den försäkringsmedicinska utredningen. Vår bedömning är att tvister som uppstår vid genomförandet av utredningar alltid mynnar ut i en fråga om rätten till ersättning till landsting för utförd utredning.

Det kan även finnas anledning att utvärdera om det ska vara samma tidsramar för särskilt läkarutlåtande och teambaserad medicinsk utredning. Vid ett särskilt läkarutlåtande är det ofta endast en läkare som gör utredningen och det kan finnas skäl för att tidsramen för att göra denna typ av utredningar ska vara kortare än vid de utredningar där flera personalkategorier är inblandade. Vi konstaterar sammanfattningsvis att i och med att tidsramarna för de olika försäkringsmedicinska utredningarna kan variera och med hänsyn till om nya försäkringsmedicinska utredningar kan tillkomma är det bäst att reglera tidskraven och möjlighet till anstånd m.m. genom föreskrifter utfärdade av regeringen. Det är dock av stor vikt att den försäkringsmedicinska utredningen genomförs inom en skälig tid eftersom t.ex. sjukersättning betalas ut till den försäkrade under tiden och att den försäkrade inte behöver vänta.

Vi anser att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om behörighet, vad det försäkringsmedicinska utlåtandet ska innehålla och övriga rutiner.

9.11 Övrig handläggning

Förslag: Om en försäkringsmedicinsk utredning inte kan genomföras, den försäkrade uteblir från en försäkringsmedicinsk utredning eller om tidpunkten för utredningen måste bokas om ska Försäkringskassan underrättas av den personal som har ansvaret för att utföra den försäkringsmedicinska utredningen.

Skälen för förslaget

Det är av största vikt att leverantören meddelar Försäkringskassan om en försäkrad uteblivit från den försäkringsmedicinska utredningen eller avbokat tiden. Om Försäkringskassan inte får denna information väntar handläggare på att läkarutlåtandet ska komma in och den försäkrade fortsätter att uppbära ersättning under tiden. Tiden för när det försäkringsmedicinska utlåtandet ska vara Försäkringskassan tillhanda måste börja räknas på nytt vid en ombokning.

9.12 Ersättning till landstingen

Förslag: Det är Försäkringskassan som ska ersätta landstingen för de försäkringsmedicinska utredningar som landstingen utför. Försäkringskassan ska ansvara för uppföljning, beräkning och beslut om utbetalning av ersättning.

Regeringen får meddela föreskrifter om ersättningsnivåerna.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de villkor och förutsättningar som ska gälla för utbetalning av ersättning.

Skälen för förslaget

I dag ersätts landstingen för utredningar via sjukskrivningsmiljarden.¹ Ersättningsnivåerna fastställs i de årliga överenskommelserna för de utredningar som Försäkringskassan beställer. Det är Försäkringskassan som fastställer krav och redovisningsrutiner för utbetalningen av ersättningen. Försäkringskassan ansvarar också för uppföljning, beräkning och utbetalning av ersättningen till varje landsting efter godkänd utredning. Utbetalningen sker kvartalsvis.

Vårt förslag är att Försäkringskassan även framöver ska ersätta landstingen för de försäkringsmedicinska utredningar som landstingen utför. Landstingen får för närvarande ersättning även när den försäkrade uteblir från en försäkringsmedicinsk utredning eller avbokar sent. Landstingen har i dessa fall kostnad för personalen eftersom att det är svårt att med så kort varsel utnyttja personalen på annat sätt.

Det är Försäkringskassan som ska ansvara för uppföljning, beräkning och utbetalning av ersättningen. Det ska vara regeringen som meddelar föreskrifter om ersättningsnivåerna. Vidare ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om de villkor och förutsättningar som ska gälla för utbetalning av ersättning.

Vi konstaterar att det kan vara en fördel att ändra från kvartalsvisa utbetalningar till månadsvisa utbetalningar för att slippa problem vid årsskiftet. Även med en lagreglering av landstingens ansvar ska landstingen ersättas för sina kostnader när de gör försäkringsmedicinska utredningar eftersom det inte är hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har haft i uppdrag av analysera och beräkna vilka faktiska kostnader som landstingen har för bl.a. de fördjupade medicinska utredningarna. Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården i detta uppdrag får en konsultativ funktion och att uppdraget är av en mer oregelbunden karaktär. Utifrån detta anser Socialstyrelsen att det är rimligt att ersättningen baseras på att en del av resurserna i sin tur måste anlitas tillfälligt och bedömer att hälften av personalgrupperna läkare och psykologer behöver hyras in. Socialstyrelsen har i sin rapport även föreslagit att

¹ Sjukskrivningsmiljarden är en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting med syfte att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess samt att öka landstingens drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan.

landstingen får en fast ersättning för sin centrala administration utöver ersättningen per levererad utredning.

Vi anser, i likhet med Socialstyrelsen, att ersättningen till viss del bör bestå av en styckeersättning i stället för ett fastställt engångsbelopp som statsbidrag eftersom Försäkringskassans beställningar varierar i omfattning. En styckeersättning fungerar även som ett ekonomiskt incitament för landstingen att göra de försäkringsmedicinska utredningarna. Vi anser att det underlag som Socialstyrelsen tagit fram är genomarbetat och bör kunna fungera som underlag för att bestämma ersättningsnivåerna för särskilt läkarutlåtande, teambaserad medicinsk utredning och arbetsförmågeutredning. Socialstyrelsens rapport bör remitteras för att kunna fungera som ett tillförlitligt stöd för regeringen när den ska fastställa ersättningsnivåerna. Vårt förslag är även att det görs årliga justeringar för löneutvecklingen för de aktuella personalgrupperna och kostnadsutvecklingen i övrigt samt att man tar hänsyn till de eventuella förändringar som skett med de försäkringsmedicinska utredningarna vad avser t.ex. resursåtgången. Ur ett EU-rättsligt perspektiv är det viktigt att ersättningen grundas på den faktiska kostnad som landstigen har för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna, se avsnitt 7.7 och 9.15.

De personer som inte har tillräckligt kunskap i svenska har rätt till tolk när de genomgår en försäkringsmedicinsk utredning och även tolkkostnaderna ska ersättas av Försäkringskassan. I regeringens föreskrifter ska därför även ersättning för tolktjänster regleras då dessa har en koppling till de försäkringsmedicinska utredningarna och den ska utbetalas vid samma tidpunkt. Det kan finnas anledning att se över ersättningsnivåerna så att utföraren av den försäkringsmedicinska utredningen kan få tillgång till tolk. Vi föreslår att ersättningsnivåerna för de olika utredningarna och ersättningen för tolkkostnader regleras i en förordning.

9.13 Överklagande till domstol

Förslag: Försäkringskassans beslut om ersättning enligt 22 § denna lag får överklagas av landstinget till allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Skälen för förslaget

Vi anser att det vid en tvist mellan Försäkringskassan och ett landsting om rätten till ersättning kan Försäkringskassans beslut om utbetalning av ersättning överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Försäkringskassan ska ompröva sitt beslut innan landstingets överklagande överlämnas till allmän förvaltningsdomstol i enlighet med 27 § förvaltningslagen. Om Försäkringskassan ändrar sitt beslut i enlighet med överklagandet så förfaller landstingets överklagande i enlighet med 28 § förvaltningslagen. I övrigt gäller tillämpliga bestämmelser i förvaltningslagen vid överklagande. Vi anser att det ska behövas prövningstillstånd vid ett överklagande till kammarrätten. Vi konstaterar att alla tvister som kan uppkomma mellan Försäkringskassan och ett landsting under tiden från beställning till utförande, t.ex. om tidsramar, komplett underlag m.m. kommer att slutligen utmynna i en tvist om ersättning ska utbetalas eller inte. Vi anser därför inte att det finns behov av ytterligare möjligheter till överklagande under perioden från beställning till utförande.

9.14 Ikraftträdande m.m.

Förslag: Denna lag ska träda i kraft den 1 januari 2016 och gäller för de försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan begär efter detta datum.

De tidigare rutinerna och ersättningsnivåerna gäller för de försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan begärt av landsting före ikraftträdandet.

Skälen för förslaget

De överenskommelser som finns avseende de försäkringsmedicinska utredningarna kommer att löpa ut i slutet av 2015. Det är därför angeläget att den nya lagen kan träda i kraft den 1 januari 2016.

För de försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan begärt av landsting före ikraftträdandet av den nya lagen ska de tidigare rutinerna och ersättningsnivåerna gälla.

9.15 Försäkringsmedicinska utredningar ur ett EU-rättsligt perspektiv

Bedömning: Vår sammantagna bedömning är att tillhandahållandet av försäkringsmedicinska utredningar i Sverige bör kvalificeras som en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse. Att lagstifta om att landstingen ska ha ansvaret för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna och att landstingen får motsvarande kostnadsersättning för att göra dessa strider inte mot upphandlings-, statsstöds- eller konkurrensreglerna.

Skälen för bedömningen

Försäkringsmedicinska utredningar är en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse

Det är helt klart att dessa tjänster under lång tid har omsatts 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 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. Det finns goda skäl att kvalificera verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar som en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse. Tjänsten är nödvändig för att den svenska social-

försäkringslagstiftningen 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.

Att tjänsten är av allmänt ekonomiskt intresse, innebär emellertid inte att man kan bortse från de EU-rättsliga upphandlings-, statsstöds- eller konkurrensreglerna. Dessa regelverks betydelse för utformningen av ett nytt system för försäkringsmedicinska utredningar berörs i det följande.

Upphandlingsreglerna

Vår bedömning är att det är möjligt att betrakta verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar som ett organiserat samarbete mellan Försäkringskassan och landstingen dvs. som en form av offentlig samverkan (samarbete mellan upphandlande myndigheter), vilket inte ställer krav på upphandling mellan Försäkringskassan och landstingen enligt EU-domstolens rättspraxis och det nya upphandlingsdirektivet. Enligt denna praxis kan Försäkringskassan och landstingen samarbeta för att tillsammans se till att de uppgifter av gemensamt intresse, som de är ansvariga för, blir utförda.

Detta innebär inte nödvändigtvis att varje landsting behöver bidra i lika stor utsträckning, eller på samma sätt, för att utföra dessa uppgifter, utan samarbetet kan bygga på en uppdelning av uppgifterna och specialisering. Men det måste röra sig om ett faktiskt samarbete, till skillnad från ett offentligt kontrakt där en part utför en uppgift mot ersättning. Det får inte finnas några andra finansiella överföringar mellan de offentliga myndigheterna än kostnadsersättningar. Om schablonersättningar används bör nivån på dessa kunna styrkas objektivt, med hänsyn till den allmänna kostnadsbilden i landet. Schablonbelopp bör t.ex. kunna beräknas utifrån de övergripande kostnader som landstingen har haft under en viss tid. Att välja en ersättningsmodell med en fast ersättning för t.ex. 70 procent av de försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan prognostiserar ska beställas kan leda till att det blir en ersättning som överstiger kostnaderna i de fall det beställs färre

utredningar än beräknat och detta skulle inte vara i enlighet med EU-rätten. Vidare får samarbetet endast styras av överväganden och krav som är kopplade till att målet av allmänt intresse uppnås. Detta utesluter att landstingen medverkar i samarbetet för att gå med vinst. Med den reglering som föreslås får inte Försäkringskassan själv direkt upphandla privata aktörer.

Det är vidare, enligt vår mening, möjligt att vissa landsting, i anslutning till ett sådant samarbete, kan utföra sina uppgifter utan att inleda ett upphandlingsförfarande, om de utförs av egen personal eller om denna verksamhet organiseras inom ramen för ett separat offentligt bolag. Det bör dock observeras att enligt det nya direktivet bör verksamheten från de landsting som själva tillhandahåller försäkringsmedicinska utredningar på den öppna marknaden inte omfatta mer än 20 procent av hela den verksamhet som berörs av samarbetet.

Det landsting som anlitar privata aktörer för att genomföra försäkringsmedicinska utredningar måste självfallet iaktta upphandlingsreglerna. 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. Inget hindrar heller landstingen från att inrätta strukturer för ömsesidigt bistånd och samarbete utan att ersättning tillhandahålls. I detta fall utförs inte ekonomiska tjänster i den mening som avses i EUF-fördraget och EU:s lagstiftning ska alltså inte tillämpas.

Statsstödsreglerna

När ett samarbete mellan Försäkringskassan och landstingen organiseras, framstår inte statsstödsreglerna som problematiska. Ett landsting kan då tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar med egen personal eller i egen regi eller genom ett upphandlingsförfarande som riktar sig till privata aktörer. Statsstödsreglerna bör inte aktualiseras i något av dessa fall, så länge varje situation renodlas. Det är när offentliga bolag konkurrerar med privata bolag i samma upphandling och på samma marknad som det finns risk för konkurrenssnedvridningar och en konflikt med statsstödsreglerna.

Konkurrensreglerna

Vi kan slutligen inte se att det finns risk för att konkurrensreglerna skulle lägga hinder i vägen för den föreslagna regleringen om försäkringsmedicinska utredningar. Om landstingen enbart bistår Försäkringskassan med att inhämta försäkringsmedicinska utredningar genom upphandling, uppstår inte heller några konkurrensrättsliga problem. För att konkurrensreglerna ska aktualiseras krävs att samarbetet resulterar i att offentliga tillhandahållare av försäkringsmedicinska utredningar gynnas. Som framgått är detta en problematik som i princip omhändertas av statsstödsreglerna, vilka utgör en del av konkurrenspolitiken. Konkurrensreglerna skulle möjligen kunna komplettera statsstödsreglerna om det visar sig att den ordning som inrättas med automatik leder till att landstingsägda bolag sätts i en dominerande marknadsställning på den svenska marknaden för försäkringsmedicinska utredningar. Vi har emellertid inte kunnat se några omständigheter som indikerar att en sådan utveckling är sannolik.

10 Bestämmelser till skydd för den enskilde

10.1 Inledning

Av vårt direktiv framgår att vi ska överväga vilken reglering som behövs för att den försäkrade vid en försäkringsmedicinsk utredning ska vara tillförsäkrad ett skydd för person och integritet som motsvarar det som finns för patienter vid hälso- och sjukvård.

10.2 Information till den försäkrade och samtycke

Förslag: Av lagen ska det framgå att Försäkringskassan ska informera den försäkrade om vad en försäkringsmedicinsk utredning innebär, vad den ska användas till och vilket underlag Försäkringskassan kommer att bifoga beställningen.

En försäkringsmedicinsk utredning får endast utföras med den försäkrades samtycke. Samtycket ska lämnas till Försäkringskassan och ska inkludera att behandling av känsliga personuppgifter om hälsa får ske samt att sådana uppgifter kan lämnas mellan Försäkringskassan och landsting eller privata aktör i samband med en försäkringsmedicinsk utredning. Försäkringskassan ska informera den försäkrade om vad hans eller hennes samtycke kommer att omfatta och konsekvenserna av om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att genomgå en försäkringsmedicinsk utredning.

Skälen för förslagen

Det har under vår utredning framkommit att de försäkrade ibland inte har förstått vad den försäkringsmedicinska utredningen innebär och vad den ska användas till. 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 av om den försäkrade väljer att inte genomgå utredningen.

Försäkringskassan måste upplysa den försäkrade om vilket underlag som kommer att skickas till utföraren av den försäkringsmedicinska utredningen eftersom att 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 begära att den försäkrade genomgår en försäkringsmedicinsk utredning. Men på grund av grundlagsskyddet kan Försäkringskassan inte kräva att den försäkrade genomgår utredningen. Det den försäkrade riskerar om han eller hon inte genomgår den försäkringsmedicinska utredningen är att ersättningen dras in.

Det ska framgå av lagtexten att den försäkrades samtycke krävs till den försäkringsmedicinska utredningen. Den försäkrades samtycke ska omfatta att genomgå den försäkringsmedicinska utredningen, att behandling av nödvändiga personuppgifter får ske, även avseende känsliga personuppgifter som rör hälsa. Samtycket ska även omfatta att nödvändiga personuppgifter får lämnas mellan Försäkringskassan och det landsting eller den privata aktör som ska utföra eller har utfört den försäkringsmedicinska utredningen utan hinder avseende tystnadsplikt och sekretess. Av bevistekniska skäl ska den försäkrade lämna sitt samtycke skriftligt. Om den försäkrade redan har genomgått den försäkringsmedicinska utredningen kan han eller hon inte hindra att de uppgifter som framkommit lämnas till Försäkringskassan då det finns en uppgiftsskyldighet för utföraren att lämna uppgifterna till Försäkringskassan, se avsnitt 10.11. Att den försäkrade återkallar sitt samtycke till automatiserad behandling av personuppgifter efter genomförd försäkringsmedicinsk utredning innebär att behandling av redan insamlade uppgifter får fortsätta, men att uppgifterna inte får uppdateras eller kom-

pletteras men det hindrar inte ett utlämnande av uppgifterna till Försäkringskassan.

Vad det gäller vuxna försäkrade som tillfälligt eller varaktigt brister i sin beslutsförmåga ska informationen om samtycke lämnas till någon behörig legal ställföreträdare t.ex. en god man. Den behörige ställföreträdaren kan därmed samtycka till den försäkringsmedicinska utredningen. I de fall det inte finns en legal ställföreträdare är det mycket viktigt att Försäkringskassans handläggare gör sitt yttersta för att försöka få klarhet i om den försäkrade samtycker till den försäkringsmedicinska utredningen eller inte. Vid utredning av den försäkrades inställning kan i förekommande fall någon närståendes uppfattning om den försäkrades inställning vara vägledande. Närstående har dock ingen legal rätt att besluta i den enskildes ställe.

10.3 Tolk

Förslag: Att det införs en bestämmelse om att när den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen har att göra med en försäkrad som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad, bör utföraren vid behov anlita tolk.

Skälen för förslaget

Vi anser att det i denna lag bör införas en bestämmelse om att tolk bör anlitas. 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 bör vara en auktoriserad tolk, när det finns tillgång till en sådan.¹ Annars bör tolken, behärska såväl det främmande som det svenska språket i den omfattning som krävs för ärendet för att vara lämplig för uppdraget. En auktoriserad tolk ska avböja att utföra ett uppdrag om det finns särskilda

¹ Bestämmelser om statlig auktorisation av tolkar finns i förordningen (1985:613) om auktorisation av tolkar och översättare.

omständigheter som kan rubba förtroendet för hans eller hennes opartiskhet eller självständighet.²

Vi vill även att när den försäkrade har t.ex. andra svårigheter med att förstå bör han eller hon ges möjlighet att ha med sig en stödperson vid den försäkringsmedicinska utredningen.

10.4 Personuppgiftslagen m.m.

Bedömning: Personuppgiftslagen är tillämplig.

Förslag: Att det införs ett tydligt personuppgiftsansvar i lagen och att det införs bestämmelser i lagen om att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att de försäkrades integritet respekteras samt att dokumenterade personuppgifter ska hanteras och behandlas så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Skälen för bedömningen och förslagen

Det har under vår utredning framkommit att de försäkrades personuppgifter behandlas olika av samma skäl som beskrivs i avsnitt 10.10.

Vi konstaterar att personuppgiftslagen är tillämplig när landsting och upphandlade privata aktörer hanterar automatiserade personuppgifter i samband med de försäkringsmedicinska utredningarna. Behandlingen av personuppgifter om bl.a. hälsa får ske i och med att den försäkrade har lämnat sitt skriftliga samtycke till detta enligt avsnitt 10.2. Detta är viktigt att poängtera eftersom det pågår ett omfattande IT-projekt där det kommer att ske en ytterligare automatisering av förfarandet för att underlätta för en strukturerad överföring av medicinsk information via elektroniska underlag och därtill tillhörande ärendekommunikation. I projektet ingår att skapa ett elektroniskt medicinskt underlag som omfattar alla socialförsäkringsförmåner där det finns ett behov av medicinsk information för att kunna bedöma rätten till ersättning.

² Enligt 9 § förordningen (1985:613) om auktorisation av tolkar och översättare.

I samband med de försäkringsmedicinska utredningarna förekommer det i dag personuppgifter i pappersform. För att stärka skyddet för personuppgifter som förekommer i manuell hantering föreslår vi att det införs regler som gäller oavsett om det är en manuell eller automatiserad behandling av personuppgifterna. Personuppgifterna som förekommer vid en försäkringsmedicinsk utredning får inte utformas på ett sådant sätt att den försäkrade känner sig kränkt. Ovidkommande värdeomdömen om den försäkrade av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär får inte förekomma. Det ska därför införas en bestämmelse om att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att de försäkrades integritet respekteras. Alla personuppgifter som förekommer vid en försäkringsmedicinsk utredning ska hanteras och förvaras så att obehöriga personer, t.ex. andra försäkrade, anhöriga eller övrig personal, inte kan komma åt uppgifterna. För de automatiserade personuppgifterna finns det regler om hur de ska vara utformade i 9 § personuppgiftslagen. Dessa extra bestämmelser om personuppgifter som införs kommer inte att omfattas av reglerna om rättelse i 28 § personuppgiftslagen och skadestånd i 48 § personuppgiftslagen i och med att personuppgiftslagen endast omfattar automatiserade personuppgifter. Vi ser inget behov av att göra bestämmelserna i personuppgiftslagen tillämpliga på manuellt registrerade personuppgifter. Vad avser skydd för personuppgifter i pappersform så finns det även bestämmelser i 6 kap. patientsäkerhetslagen om att den försäkrade ska visas omtanke och respekt och att utlåtanden ska utformas med noggrannhet och omsorg som ska beaktas av den personal som utför den försäkringsmedicinska utredningen.

10.5 Den försäkrade ska visas omtanke och respekt m.m.

Förslag: I bestämmelsen om att objektivitet ska iakttas vid den försäkringsmedicinska utredningen införs även ett krav på att den även ska utföras med noggrannhet och omsorg. Den försäkrade ska visas omtanke och respekt vid utförandet av en försäkringsmedicinsk utredning.

Skälen för förslaget

En försäkringsmedicinsk utredning ska utföras med noggrannhet och omsorg. Vi vill även förtydliga att den försäkrade ska visas omsorg och respekt vid utförandet av den försäkringsmedicinska utredningen. Detta krav framgår även av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen som gäller för hälso- och sjukvård och enligt avsnitt 10.8 är den även tillämplig vid en försäkringsmedicinsk utredning.

10.6 Sekretess och tystnadsplikt

Bedömning: Utförande av försäkringsmedicinska utredningar är jämställt med annan medicinsk verksamhet i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen. Sekretess gäller därmed inom verksamhet som gör försäkringsmedicinska utredningar för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

När försäkringsmedicinska utredningar utförs av privata aktörer gäller inte offentlighets- och sekretesslagen. Personalen som utför den försäkringsmedicinska utredningen omfattas däremot av 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen och de får inte obehörigen röja vad de fått veta om den försäkrades hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Vid tolkning av vad som är ett obehörigt röjande ska man söka ledning i offentlighets- och sekretesslagens regler

Det finns inget hinder för att den försäkrades uppgifter överlämnas mellan Försäkringskassan och landsting eller privat utförare med den försäkrades samtycke.

Skälen för bedömningen

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 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.

De sekretessbrytande bestämmelserna som finns i offentlighets- och sekretesslagen är inte tillräckliga för att ett utbyte av personuppgifter ska kunna ske mellan de olika aktörerna, då de privata aktörerna inte omfattas av offentlighets- och sekretesslagen. Det är även olämpligt att använda bestämmelsen i 10 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen eftersom denna ska tillämpas restriktivt. Med den försäkrades samtycke enligt avsnitt 10.2 finns det inget hinder att lämna ut uppgifter mellan Försäkringskassan och landsting eller privat aktör.

10.7 Patientskadelagen är tillämplig

Bedömning: Utförandet av försäkringsmedicinska utredningar är att jämställa med annan liknande medicinsk verksamhet och patientskadelagen är därmed tillämplig.

Skälen för bedömningen

Risken att den försäkrade som genomgår en försäkringsmedicinsk utredning skulle skadas vid utredningen är mycket liten men den kan inte uteslutas. Det krävs därför ett skydd för den försäkrade. Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätten till patient-skadeersättning och om vårdgivares skyldighet att ha en försäkring som täcker sådan ersättning. En förutsättning för att ersättning ska lämnas är att en person har skadats i sin egenskap av patient. Som patient räknas alla som etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen om sitt eget hälsotillstånd oavsett om kontakten etableras 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 anledningen till åtgärden, betraktas som patient av hälso- och sjukvården.³ Som det tidigare har redogjorts för så omfattar utförandet av en försäkringsmedicinsk utredning läkarundersökning m.m. och den försäkrade kan därmed anses vara en patient, i patientskadelagens mening, oavsett om kontakten med utredande hälso- och sjukvårdspersonal etablerats genom Försäkringskassan. Vi anser att utförandet av försäkringsmedicinska utredningar i likhet med rättspsykiatriska undersökningar är att definiera som annan medicinsk verksamhet i 5 § patientskadelagen och patientskadelagen är därmed tillämplig.

10.8 Patientsäkerhetslagen ska vara tillämplig vid utförandet av en försäkringsmedicinsk utredning

Förslag: Patientsäkerhetslagen ska gälla när de försäkringsmedicinska utredningarna utförs.

Skälen för förslaget

Vi har tidigare konstaterat att patientsäkerhetslagen för närvarande inte är tillämplig vid utförandet av de försäkringsmedicinska utredningarna.

³ Prop. 1993/94:149 s. 77.

Det har under vår utredning 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 även lyfts fram av bl.a. Personskadeförbundet RTP under vår utredning. LO-TCO Rättsskydd har betonat vikten av att den försäkrade kan framföra klagomål vad avser den försäkringsmedicinska utredningens kvalitet.

Vid en försäkringsmedicinsk utredning är det fråga om personer som lider av en eller flera sjukdomar som ska genomgå olika undersökningar, se avsnitt 3.5. Utredningarna omfattar även kroppsliga undersökningar och vid teambaserad medicinsk utredning och utökad arbetsförmågeutredning är det ett antal fysiska tester som den försäkrade ska genomgå. Mot bakgrund av detta anser vi att den försäkrade bör ha ett skydd som motsvarar det skydd som en patient har som uppsöker hälso- och sjukvården. Skälen till att vi vill att patientsäkerhetslagen ska vara tillämplig vid försäkringsmedicinska utredningar är bl.a. att

- det är viktigt att de tester som den försäkrade ska genomgå vid den försäkringsmedicinska utredningen är utformade i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
- det måste finnas en möjlighet för de försäkrade att framföra klagomål på genomförandet av den försäkringsmedicinska utredningen
- de försäkrade och Försäkringskassan måste kunna ställa krav på att utlåtandet som skrivs efter utredningen ska vara utformat med noggrannhet och omsorg
- det är viktigt att verksamheter som omfattar försäkringsmedicinska utredningar vidtar de åtgärder som behövs för att förebygga att försäkrade drabbas av t.ex. lidande, kroppslig eller psykisk skada
- utföraren av försäkringsmedicinska utredningar ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra att försäkrade drabbas av t.ex. lidande, kroppslig eller psykisk skada

- det är önskvärt att Inspektionen för vård och omsorg utövar tillsyn över de verksamheter som inbegriper utförande av försäkringsmedicinska utredningar utifrån bl.a. de krav som framgår av 3 kap. patientsäkerhetslagen
- det måste råda sekretess till skydd för den försäkrades uppgifter även när det är en privat aktör som utför den försäkringsmedicinska utredningen.

För att skyddet för patientsäkerheten ska bli fullgott krävs att hela patientsäkerhetslagen görs tillämplig. Vi anser inte att skyddet kan tillgodoses för den försäkrade genom att t.ex. anse att utförandet av försäkringsmedicinska utredningar är en jämförlig verksamhet med hälso- och sjukvård enligt 1 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. För ett fullgott skydd krävs att de försäkringsmedicinska utredningarna likställs med hälso- och sjukvård i patientsäkerhetslagens mening.

Vad avser tillämpningen av 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen, definitionen av vårdskada, måste man ta hänsyn till vad en försäkringsmedicinsk utredning omfattar. Den hälso- och sjukvårdspersonal som utför utredningen får underlag från Försäkringskassan. När den försäkringsmedicinska utredningen genomförs är det i huvudsak de diagnoser som medför aktivitetsbegränsningar som ska redovisas. Om bedömande läkare uppfattar ett påtagligt behov av annan vård än den som tidigare har givits eller fortsatt vård ska den försäkrade upplysas om detta och det ska skrivas i läkarutlåtandet eller bedömningen till Försäkringskassan. Den behandlande läkaren, om sådan finns, kan kontaktas efter samtycke från den försäkrade. Detta är de adekvata åtgärder som hälso- och sjukvårdspersonal kan vidta vid utförandet av en försäkringsmedicinsk utredning. Det är däremot inte möjligt för hälso- och sjukvårdspersonalen att skriva ut läkemedel, påbörja någon typ av behandling av den försäkrade eller remittera.

Inspektionen för vård och omsorg får ansvar för klagomålshantering och tillsyn över verksamheten med de försäkringsmedicinska utredningarna eftersom att patientsäkerhetslagen blir tillämplig. Om Inspektionen för vård och omsorg inte behöver utreda en försäkrads klagomål enligt 7 kap. 12 § patientsäkerhetslagen så är ärendet avslutat och någon överlämning till patientnämnd enligt 7 kap. 13 § patientsäkerhetslagen behöver inte göras.

Patientnämndernas uppgift är att stödja och hjälpa patienter inom hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen och omfattar därmed inte försäkringsmedicinska utredningar. Vi vill även klargöra att enligt 7 kap. 12 § patientsäkerhetslagen får Inspektionen för vård och omsorg avstå från att utreda ett klagomål om det är uppenbart att klagomålet är obefogat, eller klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten. Rena bemötandefrågor kan inte anses ha direkt betydelse för patientsäkerheten. De ärenden som det är tydligt att Inspektionen för vård och omsorg ska pröva är dem där den försäkrade har drabbats av en vårdskada.

I den ärendetyp vi nu talar om kan det även finnas andra typer av klagomål som inte påverkar patientsäkerheten, t.ex. om den försäkrade anser att en bedömning av arbetsförmågan är felaktig. Bedömningen kan ha haft betydelse för om den enskilde ska få t.ex. sjukersättning, men patientsäkerheten (skydd mot vårdskador) behöver ändå inte ha påverkats. Detta är inget som Inspektionen för vård och omsorg kan pröva utan något den försäkrade får anföra vid ett överklagande av Försäkringskassans beslut om att inte bevilja t.ex. sjukersättning. Både de landsting som gör de försäkringsmedicinska utredningarna i egen regi och de privata aktörer som de har upphandlat bedriver annan verksamhet som inbegriper hälso- och sjukvård vilket medför att Inspektionen för vård och omsorg redan utövar tillsyn över andra delar av deras verksamhet. Det är även ur denna synvinkel önskvärt att Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn även omfattar försäkringsmedicinska utredningar.

10.9 Patientlagen är inte tillämplig

Bedömning: Att patientlagen inte är tillämplig när de försäkringsmedicinska utredningarna genomförs.

Skälen för bedömningen

I patientlagen definieras hälso- och sjukvård på samma sätt som i hälso- och sjukvårdslagen. Vi har i avsnitt 8.4 redogjort för vårt ställningstagande att försäkringsmedicinska utredningar inte är hälso- och sjukvård. Patientlagen syftar till att stärka patientens

ställning inom hälso- och sjukvården. Patienten ska ha rätt till fast vårdkontakt och få information om olika behandlingar m.m. Vi anser att patientlagen innehåller många bestämmelser som inte kan tillämpas i en verksamhet med försäkringsmedicinska utredningar. Mot bakgrund av detta avstår vi ifrån att föreslå att lagen skulle gälla inom verksamhet med försäkringsmedicinska utredningar.

10.10 Regler om att föra en journal

Förslag: Vid en försäkringsmedicinsk utredning ska det föras en journal i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. patientdatalagen (2008:355).

Skälen för förslaget

Det har under vår utredning kommit fram att många av landstingen och de upphandlade privata utförarna för journal vid de försäkringsmedicinska utredningarna. Skälen till detta är att vissa av utförarna även har t.ex. rehabiliteringsverksamhet, som är kopplad till hälso- och sjukvård, och hanterar de försäkrade som kommer för att genomgå en utredning på samma sätt eftersom de använder patientdatalagens bestämmelser när det gäller t.ex. journalföring. Det framgår även av Försäkringskassans instruktioner om t.ex. arbetsförmågeutredning att den som gör utredningen ska göra anteckningar i journal. Andra utförare har bara skrivit ner sina slutsatser på blanketten till Försäkringskassan utan att journalföra eftersom de inte anser att utförandet av den försäkringsmedicinska utredningen är hälso- och sjukvård och att patientdatalagen därmed inte är tillämplig.

Vi anser att en utredningsjournal ska föras vid en försäkringsmedicinsk utredning på motsvarande sätt som man gör i en patientjournal när det är vård och behandling av en patient. Det kan vid den försäkringsmedicinska utredningen komma fram ny information om den försäkrades hälsotillstånd, t.ex. en annan diagnos och den utredande läkaren kan framföra förslag om behandlingar som kan vara bra för den försäkrade. Detta är uppgifter som bör antecknas i en journal liksom vilka undersökningsmetoder som har

använts. Uppgifter som är av rent försäkringsmedicinsk karaktär ska däremot inte antecknas i journalen.

Det är viktigt att den försäkrade vid behov kan få ut information om vad som framkom vid den försäkringsmedicinska utredningen och uppgifterna behövs även för att Inspektionen för vård och omsorg ska kunna utöva sin tillsyn. Vi har kommit fram till att reglerna i 3 kap. patientdatalagen ska tillämpas vid journalföringen.

10.11 Uppgiftsskyldighet

Förslag: Av lagen ska framgå att utföraren av en försäkringsmedicinsk utredning, på begäran av Försäkringskassan, ska lämna uppgifter om en försäkrad när det gäller sådana uppgifter som framkommit under den försäkringsmedicinska utredningen.

Skälen för förslaget

Vi anser inte att det är rimligt att den försäkrade efter det att han eller hon har genomgått den försäkringsmedicinska utredningen ska kunna förhindra Försäkringskassan att ta del av utredningen genom att i detta läge återkalla sitt medgivande. När det är ett landsting som har utfört utredningen i egen regi finns det en rätt för Försäkringskassan att ta del av uppgifterna enligt 110 kap. 31 § socialförsäkringsbalken. Det finns inte någon motsvarande skyldighet för en privat aktör. När det gäller privata aktörer finns det ingen motsvarande uppgiftsskyldighet enligt lag. Det är inte rimligt att det ska finnas en skillnad beroende på vem som har utfört den försäkringsmedicinska utredningen och av denna anledning föreslår vi att det införs en uppgiftsskyldighet för utföraren i lagen. Genom att bestämmelsen införs får även hälso- och sjukvårdspersonal hos privata aktörer lämna ut uppgifter till Försäkringskassan enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen trots tystnadsplikten.

10.12 Ersättning för resor och logi

Förslag: Att det införs en bestämmelse om att Försäkringskassan ska ersätta den försäkrade för skäligena kostnader för resor, kost och logi som uppkommer i samband med en försäkringsmedicinsk utredning enligt denna lag.

Skälen för förslaget

Enligt de rutiner som gäller för närvarande ersätter Försäkringskassan kostnader för den försäkrades resor, kost och logi i samband med en försäkringsmedicinsk utredning. För att det ska vara möjligt måste Försäkringskassan boka resa och logi eller kunna ersätta den försäkrade direkt.⁴

Vi anser att det ska införas en lagregel om Försäkringskassans ersättningsskyldighet. Vi anser att det i första hand är Försäkringskassan som ska boka resor och logi. Om den försäkrade i undantagsfall har bokat resa eller logi ska Försäkringskassan ersätta den försäkrade för skäligena kostnader. Med skäligena kostnader avser vi:

- Kostnader för logi som den försäkrade kan styrka och om kostnaderna är godtagbara med hänsyn till prisläget på orten.
- Kostnader för resa med ett allmänt kommunikationsmedel för det billigaste färdssättet.
- Kostnaden för resa med flyg även om billigare färdssätt finns, om det med hänsyn till tidsvinsten eller andra särskilda skäl är motiverat att göra resan med flyg. Vid bedömningen av om kostnaden för resa med flyg är skälig, ska beaktas om resmålet hade kunnat nås genom en billigare flygresa samma dag.
- Kostnaden för resa med egen bil om det med hänsyn till tidsvinsten eller andra särskilda skäl är motiverat att göra resan med bil.
- Skälig kostnad för kost kan avgöras med ledning av nivåerna för skattefria traktamenten.

⁴ Försäkringskassans "Redovisningsrutiner och krav", diarienummer 088713-2010.

11 Försäkringskassans ansvar och övriga förslag

11.1 Inledning

Vi bedömer att det inte kommer att räcka att välja ”rätt” ansvarsmodell och reglera detta i lag för att få en i alla delar väl fungerande verksamhet med de försäkringsmedicinska utredningarna. Det krävs även andra åtgärder för att utredningarna ska bli ett bra beslutsunderlag för Försäkringskassan.

11.2 Utvecklingsarbete inom Försäkringskassan

Bedömningar: De försäkringsmedicinska utredningarna bör ges högre prioritet hos Försäkringskassan. De försäkringsmedicinska utredningarna bör löpande följas upp genom nyckeltal kopplade till kvalitet, kompetens och volymer. Införandet av det gemensamma IT-stödet för Försäkringskassan och landstingen för de försäkringsmedicinska utredningarna bör påskyndas, för att underlätta kommunikationen och samarbetet mellan de olika aktörerna.

Skälen för bedömningarna

I vår utredning har vi funnit att det inom Försäkringskassan finns brister och oklarheter avseende de försäkringsmedicinska utredningarna. De stora regionala variationerna i användandet av försäkringsmedicinska utredningar är givetvis en sådan, där det är svårt att förstå varför en fördjupad utredning görs på några få procent av sjukfallen längre än 180 dagar i ett område och drygt 15 procent i

ett annat. Här bör det finnas tydliga vägledningar och kriterier för vilka försäkrade som bör utredas och tillämpningen ska löpande följas upp. Vi har inte heller funnit tydliga uppföljningar av vilken kvalitet som utredningarna har, om utredningarna beställs för rätt försäkrade, hur utredningarna används i beslutsprocessen, hur de påverkar beslutsfattandet och om de ger det stöd för handläggningen som är tänkt. I en lärande organisation är det viktigt att göra djupare utvärderingar av verksamheten, t.ex. när det gäller de försäkringsmedicinska utredningarnas effekter för de försäkrade och försäkringen.

Ett första steg kan vara att ta fram mått för de försäkringsmedicinska utredningarna. Häribland kan ingå kvantitativa mått som antal utredningar per sjukfall över 180 dagar vid olika diagnoser, men också olika indikatorer avseende kvalitet som t.ex. hur ofta det krävs kompletterande frågor till sjukvården. Det är också intressant att följa vilka beslut som Försäkringskassan fattar med de försäkringsmedicinska utredningarna som en del av beslutsunderlaget.

Med denna typ av mått och nyckeltal som grund kan en bättre och mer informerad dialog föras mellan olika aktörer inom Försäkringskassan och de försäkringsmedicinska utredningarna blir därmed den ledningsfråga som den bör vara.

Inom ramen för överenskommelsen om den s.k. sjukskrivningsmiljarden ska Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting utreda, specificera och utveckla tjänstekontrakt och applikationer för utlåtanden vid aktivitetsförmågeutredning, teambaserad medicinsk utredning och särskilt läkarutlåtande. Syftet är att effektivisera processen för administration av beställningar och betalningar för dessa utredningar. Landstingens e-hälsobolag Inera är ansvarigt för landstingens del i utvecklingen av det elektroniska informationsutbytet mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. För att informationsutbytet ska komma till stånd fullt ut krävs det att Försäkringskassan utvecklar sitt IT-stöd för det elektroniska informationsutbytet. Vi anser att det är viktigt att Försäkringskassan prioriterar detta arbete.

11.2.1 Bättre på att beställa och att utvärdera beställningarna

Bedömningar: Försäkringskassan bör bli bättre på att beställa försäkringsmedicinska utredningar och utvärdera resultaten från utredningarna. Det behöver utarbetas tydliga riktlinjer som stöd för hur handläggarna ska arbeta med de försäkringsmedicinska utredningarna.

De försäkringsmedicinska rådgivarna bör involveras ytterligare i arbetet med att utveckla stöd till handläggarna och de bör i högre utsträckning fungera som stöd vid beställning och tolkning av utredningar.

Skälen för bedömningarna

Det är Försäkringskassans skyldighet att se till att ärenden blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver, se avsnitt 4.2. För att Försäkringskassan ska kunna uppfylla sin utredningskyldighet så krävs det att Försäkringskassans handläggare vet i vilka ärenden de ska beställa en försäkringsmedicinsk utredning samt när beställningen ska ske. Det är Försäkringskassans uppgift att se till att deras handläggare får det stöd som behövs för att de ska kunna identifiera de ärenden där det finns behov av en försäkringsmedicinsk utredning, vilken typ av försäkringsmedicinsk utredning som ska beställas samt vid vilken tidpunkt beställningen ska ske.

Under vår utredning har bl.a. LO-TCO Rättsskydd framfört att det i dag inte framgår av någon lagreglering i vilka fall Försäkringskassan ska beställa utredningar. Detta leder till att inte alla försäkrade som skulle behöva en utredning får en sådan. Det bör därför utarbetas ett nationellt överenskommet arbetssätt som sedan kan tillämpas utifrån lokala förutsättningar.

Vi anser att det försäkringsmedicinska perspektivet behöver bli mer tydligt i både det strategiska och i det praktiska arbetet med handläggningen av ärenden. De försäkringsmedicinska rådgivarna bör användas i större utsträckning och inte minst för att utveckla stödet till handläggarna. Försäkringsmedicinska rådgivare bör i särskilt komplexa fall kunna ge råd och stöd till en handläggare i det enskilda fallet. I ärenden där en försäkringsmedicinsk utredning

bör övervägas bör man regelmässigt snarare än undantagsvis involvera försäkringsmedicinska rådgivare liksom när utlåtanden från dessa utredningar ska tolkas. Annars bör de främst arbeta tillsammans med chefer, experter och handläggare med att höja kunskapsnivån i hela organisationen.

En fråga som ofta lyfts fram är att de administrativa rutinerna för att beställa utredningar är onödigt komplicerade. Om det är så eller om det snarare handlar om handläggarnas ovana att beställa som gör det komplicerat är svårt att avgöra. I vilket fall som helst är det viktigt att förenkla rutinerna, i den mån det är möjligt.

11.2.2 Årliga prognoser och årlig uppföljning av dessa

Bedömningar: Försäkringskassan bör utarbeta rullande treåriga prognoser för hur många försäkringsmedicinska utredningar man kommer att beställa. Prognosen för det kommande året bör kommuniceras med landstingen senast den 1 oktober för att underlätta landstingens planering.

Skälen för bedömningarna

Genom tydliga riktlinjer som får genomslag i handläggningen i hela organisationen skapas även förutsättningar för att göra bättre volymläkningar. En förutsättning för att landstingen ska kunna planera för en effektiv verksamhet är att de inte får en alltför osäker och ojämn beställning från Försäkringskassan. Vi anser att Försäkringskassan behöver ta fram rullande treåriga prognoser för den långsiktiga planeringen. Om landstingen inte bedömer att de klarar av att göra utredningarna i egen regi så behöver de tid för att hinna upphandla privata aktörer. Det är även viktigt att Försäkringskassan tar fram ”skarpa” ettåriga prognoser som kommuniceras med landstingen senast den 1 oktober året innan.

När ett år är slut bör Försäkringskassan och landstingen stämma av utfallet i förhållande till prognosen och om det är allt för stora avvikelser så är det viktigt att det analyseras för att man kommande år ska kunna anpassa beställningarna och förbättra prognosverktygen.

11.2.3 Grundutbildning och kompetensutveckling

Bedömningar: Försäkringskassans handläggare, chefer, och specialister bör få ytterligare kompetensutveckling om de försäkringsmedicinska utredningarna. Det handlar både om grundläggande utbildning för nyanställda och om att skapa system för kontinuerlig fortbildning.

Försäkringskassan bör även ha ansvaret för grund- och uppföljningsutbildningar av hälso- och sjukvårdens personal som ska göra de försäkringsmedicinska utredningarna.

Skälen för bedömningarna

Det har under vår utredning kommit fram att den försäkringsmedicinska kompetensen är bristfällig i flera delar av organisationen. Många handläggare har otillräckliga kunskaper om de försäkringsmedicinska utredningarna för att kunna avgöra i vilka ärenden och när det kan bli aktuellt att beställa utredningar och saknar även kompetens för att tolka läkarnas utlåtanden. Nyanställda får dessutom ingen grundläggande utbildning i verktygen och deras användningsområden.

För att komma tillrätta med dessa brister anser vi att det bör ske kompetenssatsning på området dels när det gäller grundutbildning för nyanställd personal, dels löpande kompetensutveckling för handläggare, specialister och chefer. Det kan handla om t.ex. när nya verktyg tas fram och när det sker förändringar i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Vi föreslår att det avsätts särskilda medel för att finansiera denna kompetenssatsning, se avsnitt 11.4.

Vi kan med stöd av en rapport från OECD, se avsnitt 5.4.5, poängtera vikten av kompetens hos handläggare i försäkringsorganisationen. Men OECD framhåller även betydelsen av att utbilda den personal inom hälso- och sjukvården som är involverad i sjukskrivningsärenden, särskilt läkarna.

Av avsnitt 9.8 framgår det att försäkringsmedicinska utredningar endast får göras av personal inom hälso- och sjukvården som har legitimation för ett yrke samt har den kompetens och utbildning som krävs för att utföra den försäkringsmedicinska utredningen. Vi anser att så länge inget annat beslutats så ska Försäk-

ringskassan ha ansvaret för grund- och uppföljningsutbildningar av hälso- och sjukvårdens personal som ska göra de försäkringsmedicinska utredningarna.

11.2.4 Fortsatt utveckling inom funktionshindersområdet

Bedömningar: Försäkringskassan bör fortsätta att arbeta med att utveckla den information som behövs för bedömningar i samband med vissa funktionsnedsättningar. Det handlar om att utveckla särskilda läkarintyg för alla som ansöker om assistansersättning och om att ta fram särskilda utredningsverktyg för ärenden där det behövs ett bättre beslutsunderlag i t.ex. mer komplexa och svårbedömda fall inom assistansersättningen.

Skälen för bedömningarna

Försäkringskassan är beroende av hälso- och sjukvården för att få de medicinska underlag som behövs vid behovsbedömningen av assistansersättning. Det finns inget krav enligt lag eller förordning på att det måste finnas ett medicinskt underlag för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut, men i praktiken finns det ofta ett behov av medicinskt underlag för att myndigheten ska kunna utreda och fatta beslut i ärendet.

Bestämmelserna om Försäkringskassans utredningsskyldighet och utredningsbefogenheter gäller samtliga områden som omfattas av socialförsäkringsbalken, t.ex. assistansersättningsområdet. Ett problem när det gäller bedömning av rätten till ersättning kopplad till funktionsnedsättning är att det inte finns några anpassade läkarintyg för den typ av information som ska lämnas i det medicinska underlaget. Försäkringskassan har i en rapport till regeringen¹ föreslagit att man ska utarbeta ett läkarintyg för assistansersättning. Man anser att genom rätt medicinsk information i ett ärende från början skapas det bl.a. bättre möjlighet för handläggarna att anpassa kundmötet, lämna rätt information till den försäkrade och även se

¹ Försäkringskassans arbete för att åstadkomma bättre kontroll och större rättssäkerhet i administrationen av assistansersättningen – återrapportering av regeringsuppdrag.

eventuella behov av ytterligare utredning. Även hälso- och sjukvården påtalar att det saknas ett specifikt läkarintyg för assistansersättningen vilket medför att det är svårt för läkarna att lämna ”rätt” information till Försäkringskassan. Vi anser att det är viktigt att det utarbetas läkarintyg för alla som ansöker om assistansersättning som är anpassat efter den information som Försäkringskassan behöver. Genom ett bättre läkarintyg för alla minskar förmodligen behovet av att begära in försäkringsmedicinska utredningar. Det är av mycket stor vikt att det finns ett bra underlag från hälso- och sjukvården eftersom det är en komplicerad bedömning som ska göras när det gäller assistansersättning och för att det dels ska göras en bedömning av personkretstillhörighet, dels en bedömning av vilket antal timmar den försäkrade har behov av assistans.

Även när det gäller försäkringsmedicinska utredningar finns det behov av att utarbeta särskilt anpassade verktyg för bedömning vid assistansersättning, teambaserade medicinska utredningar, särskilda läkarutlåtanden och arbetsförmåeutredning som används inom sjukförsäkringen är inte lämpliga för dessa förmåner. Det finns en specifik problematik att ta hänsyn till när det gäller att utforma ett fördjupat intyg för personer med funktionsnedsättning. Eftersom det kan handla om personer med olika grader av fysiska och psykiska funktionshinder samt med olika typ av problematik som har behov av stöd i olika situationer kan det vara svårt att hitta en gemensam hantering för alla fördjupade utredningar. Vi anser att det kanske inte går att utveckla en standardiserad försäkringsmedicinsk utredning för assistansersättning utan att det kan behövas flera olika utredningsverktyg. Det kan även finnas behov av att involvera andra personalgrupper inom hälso- och sjukvården t.ex. arbetsterapeuter för att få fram den kunskap som behövs. Vi vill betona vikten av ett samarbete mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården när det gäller att utveckla försäkringsmedicinska utredningar för att få så effektiva verktyg som möjligt. Verktygen ska också bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

11.2.5 Underlag till den försäkringsmedicinska utredningen

Förslag: Försäkringskassan ska tillhandahålla det underlag som behövs till den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen och upplysa utföraren om den försäkrade har behov av tolk.

Skälen för förslaget

När Försäkringskassan beställer en försäkringsmedicinsk utredning av landstinget så är det Försäkringskassan som måste tillhandahålla det underlag som behövs för utredningen. Försäkringskassan ska vid urvalet av underlaget beakta objektivitetsprincipen. Om den som ska utföra utredningen upptäcker att det saknas underlag kan han eller hon kontakta Försäkringskassan eller, om den försäkrade samtycker till det, hämta in ytterligare underlag från t.ex. behandlande läkare. Försäkringskassan ska då tillhandahålla det efterfrågade underlaget, om det finns.

Vi anser också att det är av stor vikt att Försäkringskassan lämnar landstinget eller den privata aktör som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen information om när den försäkrade har ett behov av tolk. Detta för att undvika förseningar av den försäkringsmedicinska utredningen.

11.2.6 Återkoppling till landstingen

Bedömning: Försäkringskassan bör inom skälig tid från det att Försäkringskassan fått utlåtandet efter utförd försäkringsmedicinsk utredning, meddela landstinget om utlåtandet kan godtas eller om det krävs komplettering.

Skälen för bedömningen

Det har under vår utredning framkommit att Försäkringskassan inte aktivt godkänner levererade försäkringsmedicinska utlåtanden. Det har upplevts som ett problem för landstingen när de inte vet

om en komplettering kommer att krävas eller om läkarutlåtandet är godkänt. Det blir extra komplicerat för de landsting som har upphandlat privata aktörer när de inte får några signaler från Försäkringskassan om den privata aktören uppfyller kvalitetskraven i upphandlingen. Vi anser att Försäkringskassan inom skälig tid, tio arbetsdagar enligt de egna riktlinjerna, aktivt ska meddela landstingen om det försäkringsmedicinska läkarutlåtandet är godkänt eller om det krävs en komplettering. Det är även önskvärt att Försäkringskassan, på ett övergripande plan, kommunicerar sina synpunkter på utlåtandenas kvalitet med landstingen.

11.3 Forskning, uppföljning och utvärdering

11.3.1 Forskning angående effekten av försäkringsmedicinska utredningar

Förslag: Effekten av de försäkringsmedicinska utredningarna behöver utvärderas. Forskning kring vilka utredningar som behövs och hur de fungerar ska initieras. Vi föreslår att det årligen avsätts 10 miljoner kronor under perioden 2017–2020 inom ramen för den forskningspolitiska propositionen som förutses beslutas av regeringen år 2016.

Skälen för förslaget

Utifrån uppdraget har vi inte i uppgift att ta ställning till de olika försäkringsmedicinska utredningarnas funktion och nytta. Men det har varit svårt att inte reflektera över den mycket grundläggande aspekten om vilken nytta de försäkringsmedicinska utredningarna egentligen har för handläggningen i det aktuella ärendet. Vi har noterat att det inte finns någon samlad utvärdering av de försäkringsmedicinska utredningarnas roll och effekt i beslutsprocessen. Karolinska Institutet har granskat det internationella läget och det visar sig endast finnas begränsad forskning om verktyg för bedömning av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada, se avsnitt 5.4.5.

Vi anser att det behöver initieras studier för att se om utredningarna har effekt och i så fall vilken typ av utredningar som har

bäst effekt. En studie skulle kunna initieras där t.ex. personer som genomgått olika försäkringsmedicinska utredningar jämförs med en kontrollgrupp av personer med liknande diagnos och i övrigt liknande förutsättningar men som inte genomgått någon försäkringsmedicinsk utredning. De olika grupperna skulle kunna utvärderas med avseende på utfallsvariabler som t.ex. hur ersättningen utvecklas, sjukfrånvarons längd, rehabiliteringsinsatser och möjligheten till återgång i arbete. Andra forskningsinsatser skulle kunna avse olika metoders relevans vid olika sjukdomar och funktionsnedsättningar. En annan central fråga är vad som styr beslutsfattandet och hur effektiviteten och rättssäkerheten bäst kan uppnås. Vi föreslår därför att 10 miljoner kronor avsätt årligen under perioden 2017–2020 inom ramen för den forskningspolitiska propositionen.

11.3.2 Årlig rapportering till regeringen

Förslag: Försäkringskassan får i uppdrag att årligen rapportera till Regeringskansliet vilka insatser som har vidtagits för att utveckla de försäkringsmedicinska utredningarna och effekterna av de vidtagna åtgärderna.

Skälen för förslaget

För att de försäkringsmedicinska utredningarna ska bli det stöd för handläggningen vid bedömning av rätten till ersättning inom socialförsäkringen som avsetts anser vi att det behövs mer än en ny modell som förtydligar ansvaret. Med en tydlig modell och en lagreglering så skapas det en viktig grund för ett fungerande system. Men om inte andra åtgärder vidtas när det gäller styrning och stöd till handläggarna för hur, när och för vem de ska beställa de försäkringsmedicinska utredningarna, grundutbildning och kompetensutveckling för Försäkringskassans personal m.m. så kommer den nya modellen i praktiken inte förändra så mycket.

För att hålla fokus på hur Försäkringskassan arbetar med frågan är det därför av stor vikt att det sker en regelbunden rapportering till Regeringskansliet antingen inom ramen för årsredovisningen eller i särskilda rapporter.

11.3.3 Särskilda uppdrag för att följa utvecklingen

Förslag: Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) får i särskilt uppdrag att följa och utvärdera Försäkringskassans utvecklingsarbete med de försäkringsmedicinska utredningarna. Det som speciellt bör granskas är det generella stödet till handläggarna samt kompetensen när det gäller försäkringsmedicin och de försäkringsmedicinska utredningarna.

Skälen för förslaget

Inspektionen för socialförsäkringen har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna om rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet. Inspektionen för socialförsäkringen har en central roll inom socialförsäkringsområdet genom att den ska bidra till att rätt ersättning betalas ut till rätt person och i rätt tid. För tilltron till socialförsäkringen är det enligt regeringen nödvändigt att säkerställa en effektiv handlägningsprocess samt att förhindra felaktiga utbetalningar. Vi föreslår att Inspektionen för socialförsäkringen ges i särskilt uppdrag att följa och utvärdera Försäkringskassans arbete med de försäkringsmedicinska utredningarna. Det som är särskilt viktigt att följa och utvärdera är förslagen till utvecklingsarbete i detta betänkande, t.ex. om stöd och utbildningssatsningar bidragit till bättre kompetens när det gäller försäkringsmedicin och de försäkringsmedicinska utredningarna.

11.4 Vissa resursfrågor

Förslag: Försäkringskassan tilldelas 10 miljoner kronor årligen, under åren 2016–2017, för kompetenshöjande åtgärder kopplade till försäkringsmedicin och de försäkringsmedicinska utredningarna som föreslås i detta betänkande.

Skälen för förslaget

Ökat stöd och prioritet från ledningen, utvecklat samarbete med landstingen och kompetensutveckling inom Försäkringskassan tror vi är de viktigaste faktorerna för att den nya modellen som föreslås i detta betänkande ska ha en förutsättning för att bli bra. En kompetenssatsning på t.ex. två utbildningsdagar för samtliga handläggare som arbetar med det s.k. flöde tre i ”En enklare sjukskrivningsprocess”, vilket motsvarar cirka 1750 personer, skulle innebära en kostnad på cirka 5 miljoner kronor. Till det kommer grundutbildning av nyanställda handläggare och kompetenssatsningar på övriga personalgrupper. Detta gör att vi sammantaget bedömer att kostnaden för hela kompetenssatsningen uppgår till 10 miljoner kronor årligen och vi gör bedömningen att satsningen bör sträcka sig över en tvåårsperiod.

För åren 2014 och 2015 har det årligen avsatts 250 miljoner kronor för de försäkringsmedicinska utredningarna och för år 2014 förbrukades endast 102 miljoner kronor av dessa. Vi anser både att det är nödvändigt och att det finns en marginal för att avsätta medel för kompetenssatsningar kopplade till försäkringsmedicin och de försäkringsmedicinska utredningarna. Vi anser att genom ett tillskott på 10 miljoner kronor årligen under perioden 2016–2017 får Försäkringskassan en bättre ekonomisk förutsättning för att genomföra de nödvändiga kompetenssatsningarna på området.

12 Konsekvensanalys

Bedömning: Förslagen har påverkan på det kommunala självstyret men denna påverkan får anses vara nödvändig med hänsyn till önskan om att stärka och tydliggöra ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna. Samtliga förslag bedöms således vara proportionerliga och därmed godtagbara.

Förslagen innebär inte att landstingen kommer att belastas med några ytterligare kostnader.

Förslagen medför vissa engångskostnader för staten för stöd till Försäkringskassans kompetensutveckling samt till forskning.

Förslagen kan medföra att statens kostnader för försäkringsmedicinska utredningar på sikt ökar vid större volymer av utredningar. Det är ändå små kostnadsökningar och viktigt att jämföra dessa med kostnaderna för de beslut om ersättningar som de ligger till grund för.

Förslagen medför inga konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.

Förslagets påverkan på små företag kan anses vara marginell och är beroende av hur landstingen beslutar sig för att ordna utredningsverksamheten, antingen genom att göra utredningarna i egen regi eller upphandla en privat aktör.

12.1 Uppdraget

Utredningens uppdrag (dir. 2014:43) är att lämna förslag till hur behovet av fördjupade kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden ska tillgodoses. Utredningen ska lämna förslag till de författningsändringar som utredningens överväganden ger anledning till. I första hand ska utredningen pröva möjligheten och lämpligheten av att tillgodose be-

hovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen. Utredningen ska belysa för- och nackdelar med en lösning som bygger på frivilliga åtaganden av landstingen respektive ett lagstadgat ansvar.

12.2 Syftet med våra förslag

Det grundläggande syftet med socialförsäkringen är att trygga försörjningen när man inte kan arbeta, till exempel vid sjukdom. Det är från statens och den försäkrades perspektiv viktigt att rätt person får rätt ersättning och i rätt tid. Hanteringen av socialförsäkringen måste präglas av rättssäkerhet. Från statens sida handlar det om stora belopp, bara kostnaderna för sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning samt assistansersättningen uppgår till över 100 miljarder kronor år 2014. För att Försäkringskassan ska kunna fatta korrekta beslut om rätten till ersättning behöver den ett bra och kvalitativt beslutsunderlag. Att Försäkringskassan har ett bra beslutsunderlag är också viktigt för den försäkrade eftersom det handlar om hans eller hennes försörjning ofta i ett längre perspektiv.

Syftet med vår utredning är att tydliggöra ansvaret för försäkringsmedicinska utredningar och att bidra till ökad förutsägbarhet och rättssäkerhet för de försäkrade som ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning. Det är därför utredningens uppgift att hitta den bästa ansvarsmodellen för att tillgodose statens, Försäkringskassans, landstingens och de försäkrades intressen.

12.3 Konsekvenser för det kommunala självstyret

Den svenska folkstyrelsen förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. Det framgår av 1 kap. 1 § regeringsformen. Enligt 14 kap. 2 § regeringsformen sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Utifrån vårt direktiv har vi i uppgift att i första hand pröva möjligheten och lämpligheten av att tillgodose behovet av försäkrings-

medicinska utredningar via landstingen. Om det under utredningens gång skulle visa sig att det inte är möjligt eller lämpligt att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen ska i stället andra alternativ prövas. Vi har under vår utredning övervägt och utvärderat tre övergripande ansvarsmodeller när det gäller ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna.

De tre alternativa ansvarsmodellerna

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

Vi har kommit fram till att modell ett blir för kostsam eftersom det handlar om att bygga en helt ny organisation och att denna modell inte uppfyller kraven på objektivitet från den försäkrades synvinkel. Det kan även vara svårt för Försäkringskassan att rekrytera personal med rätt kompetens. Modell två har många fördelar, t.ex. att det inte blir några mellanhänder och Försäkringskassan själv styr beställningarna men den avgörande nackdelen med modellen är att man inte kan ta tillvara den verksamhet som landstingen redan byggt upp eftersom de inte kan delta i Försäkringskassans upphandling. En annan nackdel är att det kan bli problem med den geografiska spridningen.

Vi har bedömt att modell tre skapar de bästa förutsättningarna för att de försäkringsmedicinska utredningarna 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 möjligheten till en objektiv bedömning av den försäkrades aktivitetsförmåga ökar också, vilket är extra viktigt vid ett beslut om t.ex. sjukersättning som påverkar den försäkrades försörjning i ett längre perspektiv. Vårt förslag är därför att det ska vara lands-

tingens ansvar att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna, se även kapitel 7 och avsnitt 8.2.

Nackdelar och fördelar från landstingens perspektiv

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

- Alla landsting har utfört försäkringsmedicinska utredningar, 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.
- Av vår enkätundersökning har det framgått att några landsting uppfattar det som bättre för patientsäkerheten när det är landstingen som bedriver verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar.
- Av vår enkätundersökning har det framgått att några landsting anser att det kan gynna svaga patientgrupper när de försäkringsmedicinska utredningarna utförs nära vård och behandling.
- Av vår enkätundersökning har det framkommit att några landsting ser det som positivt att verksamheten med de försäkringsmedicinska utredningarna lättare kan knytas till forskning.

Från landstingens synvinkel är det negativt att de får fortsatt ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna av följande anledningar:

- Flera landsting anser att resurserna till denna verksamhet tas från hälso- och sjukvården.
- Flera landsting anser att verksamheten är beroende av Försäkringskassans beställningar och att landstingen inte kan påverka dessa.

- Flera landsting anser inte att verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar ska vara deras ansvar då det inte är hälso- och sjukvård.

Vid en jämförelse mellan de för- och nackdelar det blir för landstingen om de får detta ansvar finner vi att majoriteten av landstingen upplever nackdelarna som större än fördelarna. Men när vi gör en sammanvägd bedömning av de nackdelar det blir för landstingen med hur viktigt det är för samhället, Försäkringskassan och den enskilde att det är en väl fungerande verksamhet med de försäkringsmedicinska utredningarna, så finner vi att nackdelarna inte väger så tungt. Vi anser även att nackdelarna minskar avsevärt genom att landstingen genom våra förslag kommer att kunna planera och dimensionera verksamheten framöver vilket också minskar riskerna för undanträngning av landstingens övriga verksamhet. Våra förslag syftar även till att påverka beställningarna från Försäkringskassan så att beställningarna ökar och att det beställs i ett jämnare flöde. Våra förslag kommer även att öppna för samarbeten mellan landstingen, till nytta för både de som vill bedriva verksamheten och de som inte vill tillhandahålla de försäkringsmedicinska utredningarna. Landstingen kommer också att kunna upphandla privata aktörer.

Lagreglering i förhållande till överenskommelser

Vi har därefter jämfört och utvärderat tre olika former för reglering av landstingets ansvar:

1. Årliga överenskommelser.
2. Överenskommelser för längre tidsperioder.
3. En lagreglering med bestämmelser om ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna, krav på kompetens, tidsramar och ersättningsnivåer m.m.

Om utredningen skulle avstå från att föreslå en lagreglering av området så skulle alternativet vara att man även framöver tecknar tidsbegränsade överenskommelser. Ur landstingens synvinkel är detta positivt då landstingen kan välja att sluta utföra eller upp-

handla försäkringsmedicinska utredningar eftersom det är ett frivilligt ansvar eftersom överenskommelserna inte är bindande. Nackdelarna med årliga överenskommelser, ur landstingens synvinkel, är

- att de ger dåliga förutsättningar för långsiktig planering och dimensionering av verksamheten
- att det blir höga administrativa kostnader när man måste omförhandla överenskommelserna och upphandla privata aktörer (gäller de landsting som väljer att upphandla) oftare
- att det saknas samarbetsmöjligheter
- att det är oklart vilken möjlighet landstingen har att upphandla privata aktörer då verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar är ett frivilligt åtagande
- att det kan komma att vara ojämna och få beställningar från Försäkringskassan.

Vid en jämförelse mellan de för- och nackdelar som finns med att fortsätta som i dag med tidsbegränsade, vanligen årliga, överenskommelser kan vi konstatera att det finns fler nackdelar än fördelar med årliga överenskommelser ur landstingens synvinkel. De lagregler vi föreslår om bl.a. krav på kompetens hos personal, tidsramar och ersättningsnivåer ska regeringen få besluta om i föreskrifter. Samma regler gäller i dag men detta regleras genom de föreskrifter som Försäkringskassan utfärdar. Dessa nya lagregleringar leder i sig inte till någon inskränkning av det kommunala självstyret. De föreslagna reglerna om möjlighet till samarbete och överklagande av Försäkringskassans beslut om ersättning till landstingen ökar det kommunala självstyret genom att det skapar möjligheter som inte funnits tidigare.

Vår bedömning är att det finns stora problem med nuvarande lösning med årliga överenskommelser, se kapitel 6. Förutom de nackdelar det medför för landstingen enligt ovan vill vi framhålla att det inte finns någon godtagbar reglering till skydd för de försäkrades intressen med denna lösning. Dessutom är överenskommelserna inte bindande för landstingen vilket kan leda till att Försäkringskassan inte får viktigt beslutsunderlag och när det gäller ett ansvar för kommunerna, ett åliggande, som ligger utanför hälso-

och sjukvårdsområdet bör detta regleras genom lag enligt 8 kap. 2 § punkten 3 regeringsformen, se vidare avsnitt 8.3.

Vi anser att vad det avser överenskommelser på längre sikt så ökar förutsättningarna för landstingens planering av verksamheten men bristerna med överenskommelseformen kvarstår. Oavsett vilken tidsperiod överenskommelserna omfattar så är de inte bindande för landstingen, vilket kan leda till att Försäkringskassan inte får viktigt beslutsunderlag.

Med en lagreglering blir det från landstingens synvinkel en inskränkning av det kommunala självstyret i och med att det blir ett lagstadgat ansvar för landstingen. Fördelarna för landstingen är

- att det blir ett tydligt och långsiktigt ansvar
- att det blir lättare för landstingen att långsiktigt planera sin verksamhet
- att det blir en lagreglering som klargör vem som får bestämma viktiga villkor vad avser t.ex. tidskrav och ersättning
- att de ges möjlighet att samarbeta och upphandla privata aktörer
- att det blir lägre administrationskostnader.

Vid en jämförelse mellan de för- och nackdelar som finns med en lagreglering från landstingens synvinkel så anser vi att fördelarna väger tyngre än nackdelarna.

Vår bedömning är att en lagreglering av landstingens ansvar för försäkringsmedicinska utredningar dessutom bidrar till att Försäkringskassans behov av försäkringsmedicinska utredningar tillgodoses. Lagregleringen medför även att det skapas ett stabilt regelverk runt den försäkringsmedicinska verksamheten som bidrar till ökad rättssäkerhet och att den försäkrade kan känna förtroende för verksamheten genom att han eller hon tillförsäkras ett skydd när det gäller säkerhet och integritet.

Vår 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 förutse-

barhet och rättssäkerhet för de försäkrade som ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning. Vi anser att samhällets, Försäkringskassans och de försäkrades behov av att det finns en fungerande verksamhet och ett tydligt ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna väger tyngre än landstingens självstyrelse. Detta behov bedöms inte heller kunna tillgodoses på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt. Vi anser därför att förslaget utgör ett proportionellt ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Vårt förslag är därför att landstingens ansvar att utföra försäkringsmedicinska utredningar ska regleras i lag, se avsnitt 8.3.

12.4 Ekonomiska konsekvenser

Landstingen

Våra förslag innebär ett utökat lagstadgat åtagande för landstingen och därmed kan den kommunala finansieringsprincipen bli tillämplig. Om så är fallet ska landstingen kompenseras för eventuella ökade kostnader till följd av förslagen. Våra förslag innebär att landstingen via ersättning från staten ska få full täckning för samtliga kostnader både avseende administration av de försäkringsmedicinska utredningarna och utredningsverksamheten. Dessa förslag bör således inte innebära några ökade kostnader för landstingen, se avsnitt 9.12.

Försäkringskassan

Våra förslag innebär att Försäkringskassan bör vidta vissa åtgärder vad gäller kompetenssatsningar i form av grund- och fortbildning av personalen avseende försäkringsmedicinska utredningar. Vi föreslår att detta finansieras med statliga medel, se avsnitt 11.2.3. och 11.4.

Försäkringskassan ersätter den försäkrades kostnader för resor, mat och logi. Vi föreslår att detta framöver ska framgå av lagen. Kostnaderna för detta täcks i dag av anslaget 10.1:1 Sjukpenning och rehabilitering, anslagspost 20 Arbetshjälpmedel (10.1:1 ap 20) och föreslås göras fortsättningsvis. Vårt förslag innebär inte någon ökning av kostnaderna för Försäkringskassan.

Övriga förslag riktade till Försäkringskassan innebär endast marginella kostnader och bedöms rymmas inom ramen för förvaltningsanslaget.

Staten

När Försäkringskassan får bättre rutiner och stöd till handläggarna för att bedöma för vilka försäkrade, när i tid och vilka försäkringsmedicinska utredningar de ska beställa är det sannolikt att volymerna ökar. I kapitel 5 framgår det att variationen i hur många utredningar som olika landsting beställer varierar från några få procent till 17 procent av antalet sjukfall längre än 180 dagar. Vi gör bedömningen att om det skulle beställas försäkringsmedicinska utredningar i ungefär 10 procent av alla sjukfall längre än 180 dagar i hela landet så skulle det i stället för de 5 500 utredningar, som utfördes under 2014, handla om cirka 8 500 utredningar per år, det vill säga en ökning med 3 000 utredningar. Vi kan dock inte bedöma om detta är en rimlig nivå på antalet utredningar. Det ökade antalet utredningar skulle innebära en ökad kostnad med cirka 50 miljoner kronor. Vi anser att kostnaderna ska finansieras inom ramen för budgeterade medel på 250 miljoner kronor för de försäkringsmedicinska utredningarna de kommande åren och där utfallet för år 2014 endast uppgick till 102 miljoner kronor.

Men det är viktigt att jämföra kostnaderna för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna med kostnaderna för de beslut om ersättningar som de ligger till grund för. Som vi tidigare har nämnt så handlar det om stora belopp, bara kostnaderna för sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning samt assistansersättningen uppgår till över 100 miljarder kronor år 2014. Genom en försäkringsmedicinsk utredning får Försäkringskassans handläggare ett bättre beslutsunderlag som förhoppningsvis ligger till grund för 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 att vårt förslag att patientsäkerhetslagen ska vara tillämplig kommer Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att få ytterligare tillsynsansvar och klagomålshantering. Vad det gäller tillsynen så har vi under vår utredning konstaterat att de flesta ut-

förare har kombinerat sin utredningsverksamhet med verksamhet som innefattar hälso- och sjukvård. Detta medför att IVO redan i dag har ett tillsynsansvar över dessa. Därutöver kan påpekas att om landstingen väljer att samarbeta, t.ex. inom sjukvårdsregionerna, kan antalet utförare komma att minska. Enligt 7 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (PSL) får IVO avstå från att utreda ett klagomål om det är uppenbart att klagomålet är obefogat, eller om klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten. Rena bemötandefrågor anses inte ha direkt betydelse för patientsäkerheten. I den ärendetyp vi nu talar om kan det även finnas andra typer av klagomål som inte påverkar patientsäkerheten och som IVO inte behöver pröva, t.ex. om den försäkrade anser att en bedömning av arbetsförmågan är felaktig. De ärenden som det är tydligt att IVO ska pröva är de där den försäkrade har drabbats av en vårdskada. Vår bedömning är att kostnaden för att IVO får ett tillsynsansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna är ytterst marginell. Enligt uppgifter från IVO uppgår kostnaden per klagomålsärende som prövas till cirka 25 000 kronor och om vi uppskattar klagomålsärendena till cirka 10 ärenden per år blir det en kostnad på 250 000 kronor per år. Detta anser vi ska finansieras inom ramen för avsatta medel för de försäkringsmedicinska utredningarna.

Vi anser att den nya överklagandemöjligheten till allmän förvaltningsdomstol endast kommer att medföra enstaka överklaganden från landstingen, vilket därför är en försumbar ökad kostnad.

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

De övriga förslagen som vi lämnar när det gäller ny forskning, bättre uppföljning och utvärdering bedömer vi kommer att medföra extra kostnader på tio miljoner kronor per år. Även dessa kostnader beräknas kunna finansieras inom ramen för avsatta medel, se nedan. När det gäller uppdrag till Inspektionen för socialförsäkringen så bedömer vi att kostnaden för detta ryms inom ramen för myndighetens förvaltningsanslag.

De kompetenssatsningar som ska ske hos Försäkringskassan för grundutbildning och övriga kompetenssatsningar för handläggare

och övrig personal bedöms uppgå till tio miljoner kronor per år och finansieras inom ramen för avsatta medel.

Den ekonomiska ramen för de försäkringsmedicinska utredningarna har de senaste åren legat på 250 miljoner kronor men endast en del av dessa medel har förbrukats eftersom Försäkringskassan inte beställer utredningar i den omfattning som varit prognostiserat, se även avsnitt 6.2. För 2014 förbrukades 102¹ miljoner kronor.

12.5 Övriga konsekvenser

Jämställdhet

Cirka 70 procent av alla som genomgår en försäkringsmedicinsk utredning är kvinnor och cirka 30 procent är män. Denna könsfördelning speglar relativt väl också fördelningen mellan kvinnor och män i sjukfrånvarostatistiken. Detta är speciellt tydligt när det gäller lättare och medelsvåra psykiska diagnoser samt smärta.

Det är Försäkringskassan som avgör i vilka fall det ska beställas en försäkringsmedicinsk utredning. Våra förslag syftar till att Försäkringskassan ska analysera och utarbeta klara riktlinjer i vilka fall en försäkringsmedicinsk utredning ska beställas. Detta kan leda till att det beställs fler försäkringsmedicinska utredningar. Om detta leder till att det även fortsättningsvis beställs fler försäkringsmedicinska utredningar för kvinnor än för män så är det rimligt i relation till hur sjukfrånvaron ser ut och detta påverkas inte av våra förslag.

Konsekvenser för företagen

Med nuvarande reglering 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

¹ Prognos för år 2014.

aktörer för att utföra försäkringsmedicinska utredningar. Vi kan inte göra någon bedömning av hur landstingen i framtiden väljer att organisera sin utredningsverksamhet speciellt inte om volymerna ökar. Förslagets 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. Den föreslagna lagregleringen är även i överensstämmelse med EU-rätten, se avsnitt 9.15.

13 Författningskommentar

13.1 Förslaget till lag om försäkringsmedicinska utredningar

Tillämpningsområde

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om försäkringsmedicinska utredningar.

Med försäkringsmedicinska utredningar avses i denna lag de fördjupade medicinska utredningar som Försäkringskassan kan begära med stöd av 110 kap. 14 § 3 och 4 socialförsäkringsbalken (2010:110).

Regeringen får i föreskrifter specificera vilka försäkringsmedicinska utredningar som omfattas av lagen.

Paragrafens första stycke beskriver lagens tillämpningsområde. I andra stycket införs en definition av vad en försäkringsmedicinsk utredning är. Det framgår även att 110 kap. 14 § 3 och 4 socialförsäkringsbalken är lagstöd för de försäkringsmedicinska utredningarna och att denna bestämmelse sätter ramarna för vilka utredningar som Försäkringskassan kan beställa. Av tredje stycket framgår att regeringen reglerar i föreskrifter vilka specifika försäkringsmedicinska utredningar som ska omfattas av lagen, t.ex. särskilda läkarutlåtanden, teambaserade medicinska utredningar och aktivitetsförmågeutredningar. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.4.

Landstingens ansvar

2 § Ett landsting ska på begäran av Försäkringskassan utföra försäkringsmedicinska utredningar.

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

I denna paragraf regleras landstingens ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna. Lagen gäller utöver landstingen även Gotlands kommun. Paragrafen behandlas i avsnitt 8.3.

Det gemensamma ansvaret

3 § Försäkringskassan och landsting ska samverka för att bedriva verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar effektivt.

I denna paragraf betonas att det är ett gemensamt ansvar för Försäkringskassan och landstingen att verksamheten blir så effektiv som möjligt. Detta gäller såväl den övergripande verksamheten som den praktiska hanteringen. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.5.

Möjlighet till samarbete m.m.

4 § Ett landsting får sluta avtal med ett annat landsting eller någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. Genom ett sådant avtal får ett annat landsting utföra de uppgifter som ett landsting ansvarar för enligt denna lag.

Av denna paragraf framgår att det finns en samarbetsmöjlighet mellan landsting. Det framgår även att ett landsting kan upphandla en privat aktör som utför de försäkringsmedicinska utredningarna. I och med att det finns ett krav enligt lag på att ett landsting endast ska ta hand om sina egna angelägenheter så framgår det av lagen att det kan göras avsteg från detta krav för försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet, dvs. att ett landsting kan ansvara för utredningar av ett annat landstings försäkrade. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.6.

Metoder

5 § Försäkringskassan ska i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med landstingen fastställa de metoder som ska användas i de

försäkringsmedicinska utredningarna. Metoderna ska överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Av paragrafen framgår det att i den mån de försäkringsmedicinska utredningarna kommer att kräva att vissa metoder ska användas vid utförandet av en försäkringsmedicinsk utredning så ska frågan behandlas av Försäkringskassan i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med landstingen. Paragrafen syftar på metoder som tagits fram som resultat av forskning eller utvecklingsarbete och metoder som inte är helt oanvända, men som är nya i förhållande till en viss försäkringsmedicinsk utredning. Det är av största vikt att metoderna utformas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.7.

Information till den försäkrade och samtycke

6 § Försäkringskassan ska informera den försäkrade om vad en försäkringsmedicinsk utredning innebär, vad den ska användas till och vilket underlag Försäkringskassan kommer att bifoga beställningen samt konsekvenserna av om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka i utredningen.

En försäkringsmedicinsk utredning får endast utföras med den försäkrades samtycke. Den försäkrades samtycke ska omfatta behandling av personuppgifter och att dessa ska kunna överlämnas mellan Försäkringskassan och en utförare när en försäkringsmedicinsk utredning utförs enligt denna lag.

Av paragrafens första stycke framgår vad Försäkringskassan ska informera den försäkrade om när han eller hon ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning. Det är av stor vikt att Försäkringskassan upplyser den försäkrade om att hans eller hennes ersättning enligt socialförsäkringsbalken kan dras in eller sättas ned om han eller hon, utan giltig anledning, vägrar att delta i den försäkringsmedicinska utredningen. Av *andra stycket* framkommer att den försäkrade ska samtycka till att genomgå den försäkringsmedicinska utredningen i och med att han eller hon inte kan tvingas till att genomgå den. Den försäkrades samtycke ska även omfatta behandling av personuppgifter i enlighet med kravet i 15 § personuppgifts-

lagen eftersom det handlar om känsliga personuppgifter om hans eller hennes hälsa. Den försäkrade ska även samtycka till att uppgifter om hans eller hennes hälsa får lämnas mellan Försäkringskassan och landsting eller den privata aktör som utför utredningen, utan hinder av sekretess. Paragrafen behandlas i avsnitt 10.2.

Underlag m.m.

7 § Försäkringskassan ska tillhandahålla den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen det underlag som behövs för utredningen och upplysa utföraren om den försäkrade har behov av tolk.

I paragrafen anges att det är Försäkringskassans skyldighet att skicka relevant underlag till den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen. Försäkringskassan ska vid urvalet av underlaget beakta objektivitetsprincipen. Om den som ska utföra utredningen upptäcker att det saknas underlag kan han eller hon kontakta Försäkringskassan eller, om den försäkrade samtycker till det, hämta in ytterligare underlag från t.ex. behandlande läkare. Försäkringskassan ska då tillhandahålla det efterfrågade underlaget, om det finns. Det är av stor vikt att Försäkringskassan lämnar landstinget eller den privata aktör som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen information om när den försäkrade har ett behov av tolk. Detta är viktig både för den försäkrades skull och för att undvika förseningar. Paragrafen behandlas i avsnitt 11.2.5.

Tolk

8 § När den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen har att göra med en försäkrad som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad, bör utföraren vid behov anlita tolk.

Av paragrafen framgår att tolk ska anlitas av utföraren av den försäkringsmedicinska utredningen när ett sådant behov finns. Anledningen är att det är av största vikt att den försäkrade kan förstå och göra sig förstådd under den försäkringsmedicinska utredningen. Förslaget till paragrafen finns i 8 § förvaltningslagen som gäller en

förvaltningsmyndighets handläggning av ärenden. Paragrafen behandlas i avsnitt 10.3.

Behandling av personuppgifter

9 § Personuppgiftslagen (1998:204) gäller vid behandling av personuppgifter enligt denna lag.

Denna paragraf klargör vilken lag som är tillämplig vad det gäller behandling av automatiserade personuppgifter vid en försäkringsmedicinsk utredning. Paragrafen behandlas i avsnitt 10.4.

10 § Det landsting eller annan juridisk person eller enskild näringsidkare, som utför den försäkringsmedicinska utredningen är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som utförs.

Denna paragraf klargör att landstingen är personuppgiftsansvariga för den behandling av personuppgifter som sker hos dem och upphandlade privata aktörer är personuppgiftsansvariga för den behandling av personuppgifter som sker hos dem. En upphandlad privat aktör ska inte ses som ett personuppgiftsbiträde åt landstinget. Paragrafen behandlas i avsnitt 10.4.

11 § Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att den försäkrades integritet respekteras.

Förlagan till denna paragraf finns i 1 kap. 2 § patientdatalagen. Denna paragraf omfattar personuppgifter som förekommer både i en automatiserad behandling och manuell hantering. När det framgår att den försäkrades integritet ska respekteras menas att personuppgifterna inte får utformas på ett sådant sätt att den försäkrade känner sig kränkt. Ovidkommande värdeomdömen om den försäkrade av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär får inte förekomma. Paragrafen behandlas i avsnitt 10.4.

12 § Dokumenterade personuppgifter ska hanteras och behandlas så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Förlagan till denna paragraf finns i 1 kap. 2 § patientdatalagen. Denna paragraf omfattar alla dokumenterade personuppgifter. Den gäller således alla personuppgifter om en försäkrad, inte bara uppgifter som finns i manuella och elektroniska journaler. Med hantering och behandling avses här alla slags åtgärder med personuppgifterna. Obehöriga personer kan vara andra försäkrade och anhöriga som råkar vistas på en utredningsmottagning, och utförarens egen personal. Paragrafen behandlas i avsnitt 10.4.

Krav på kompetens

13 § Försäkringsmedicinska utredningar får endast utföras av den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården samt har den kompetens och utbildning som krävs.

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

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka krav på utbildning som gäller vid försäkringsmedicinska utredningar.

Av denna paragraf framgår att de försäkringsmedicinska utredningarna endast får utföras av sådan personal som avses i 1 kap. 4 § punkten 1 patientsäkerhetslagen. I övrigt ska det finnas krav på en viss kompetens och utbildning men detta överlämnas i första hand till regeringen, alternativt den myndighet som regeringen bestämmer, att reglera i föreskrifter då kraven kan skifta över tid och mellan olika försäkringsmedicinska utredningar. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.8.

Objektivitet m.m.

14 § Den försäkringsmedicinska utredningen ska utföras med noggrannhet och omsorg. Den personal som utför utredningen ska iakttä saklighet och opartiskhet. Den försäkrade ska visas omtanke och respekt vid utredningen.

Av denna paragraf framgår vad den hälso- och sjukvårdspersonal som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen ska beakta.

Att en försäkrad ska visas omtanke och respekt framgår även av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen som blir tillämplig enligt 17 § i vårt lagförslag. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.9 och 10.5.

Jäv

15 § Den personal som utför den försäkringsmedicinska utredningen ska tillämpa bestämmelserna i 11 och 12 §§ förvaltningslagen (1986:223).

Av paragrafen framgår att när en försäkringsmedicinsk utredning utförs ska hälso- och sjukvårdspersonalen tillämpa bestämmelserna om jäv i 11 och 12 §§ förvaltningslagen. I 11 § 1 st. punkten 5 förvaltningslagen regleras delikatessjäv. Delikatessjäv kan vid en försäkringsmedicinsk utredning avse en situation där utredande personal har eller har haft behandlingskontakt med den försäkrade tidigare eller har varit anställd på Försäkringskassan eller uppdragstagare till Försäkringskassan under det senaste året. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.9.

Förhållandet till annan lagstiftning

16 § När en försäkringsmedicinsk utredning utförs enligt denna lag är patientskadelagen (1996:799) tillämplig.

I denna paragraf klargörs att patientskadelagen är tillämplig. Utförandet av försäkringsmedicinska utredningar är att jämställa med annan liknande medicinsk verksamhet i 5 § patientskadelagen och detta leder till att försäkringsmedicinska utredningar enligt patientskadelagen omfattas av definitionen hälso- och sjukvård. Paragrafen behandlas i avsnitt 10.7.

17 § När en försäkringsmedicinsk utredning utförs enligt denna lag gäller patientsäkerhetslagen (2010:659).

Av denna paragraf framgår att patientsäkerhetslagen ska gälla när en försäkringsmedicinsk utredning utförs. Vad avser tillämpningen av 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen, definitionen av vårdskada, måste

man ta hänsyn till vad en försäkringsmedicinsk utredning omfattar och vad hälso- och sjukvårdspersonal kan göra vid utredningen. Paragrafen behandlas i avsnitt 10.8.

Journalföring

18 § Vid en försäkringsmedicinsk utredning ska det föras en utredningsjournal som ska dokumenteras i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. patientdatalagen (2008:355).

I paragrafen framgår att det ska föras en journal i enlighet med 3 kap. patientdatalagen vid den försäkringsmedicinska utredningen. Utredningsjournalen ska motsvara en patientjournal. Det kan vid en försäkringsmedicinsk utredning komma fram ny information om den försäkrades hälsotillstånd, t.ex. en annan diagnos och den utredande läkaren kan framföra förslag om behandlingar som kan vara till nytta för den försäkrade. Detta är uppgifter som bör antecknas i en journal liksom vilka undersökningsmetoder som har använts. Uppgifter som är av rent försäkringsmedicinsk karaktär ska däremot inte antecknas i journalen. Paragrafen behandlas i avsnitt 10.10.

Försäkringsmedicinskt utlåtande

19 § Ett försäkringsmedicinskt utlåtande ska utfärdas av behörig personal efter genomförd försäkringsmedicinsk utredning.

Den försäkrade har rätt att ta del av det försäkringsmedicinska utlåtandet.

Det försäkringsmedicinska utlåtandet ska vara Försäkringskassan tillhanda inom fastställd tid efter det att komplett underlag kommit in till utföraren.

Regeringen får meddela föreskrifter om inom vilken tid utlåtandet ska vara Försäkringskassan till handa.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om behörighet vad det försäkringsmedicinska utlåtandet ska innehålla och övriga rutiner.

Av paragrafen framgår det att efter en utförd försäkringsmedicinsk utredning ska hälso- och sjukvårdspersonalen redovisa sin utredning och bedömning i särskilt angivna blanketter dvs. i ett försäkringsmedicinskt utlåtande. Utlåtandet ska sedan skickas till Försäkringskassan och den försäkrade har rätt att ta del av utlåtandet. Inom vilken tid utlåtandet ska vara Försäkringskassan tillhanda fastställer regeringen i förskrifter. Tiden ska börja räknas från det att Försäkringskassan har försett den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen med ett komplett underlag. Vilken personal som ska vara behörig att utfärda det försäkringsmedicinska utlåtandet är det regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som utfärdar föreskrifter om, då detta kan skifta över tid och mellan utredningar. Det är lämpligt att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer meddelar övriga rutiner då detta kan vara en uppgift som regeringen måste delegera då det rör praktiska detaljer i hanteringen av försäkringsmedicinska utredningar. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.10.

Underrättelse

20 § Om tidpunkten för en försäkringsmedicinsk utredning måste ombokas, om den försäkrade uteblir från utredning eller om en utredning av andra skäl inte kan genomföras ska den personal som har ansvaret för att utföra utredningen underrätta Försäkringskassan.

Det är viktigt att den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen underrättar Försäkringskassan om den försäkrade, t.ex. avbokar sin tid eftersom Försäkringskassan har rätt att besluta om att sätta ned eller ta bort den ersättning som den försäkrade har om han eller hon inte deltar i utredningen. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.11.

Uppgiftsskyldighet

21 § Den som utför en försäkringsmedicinsk utredning enligt denna lag är skyldig att på begäran av Försäkringskassan lämna ut uppgifter som kommit fram om den försäkrade under utredningen.

Denna paragrafs förlaga finns i 110 kap. 31 § socialförsäkringsbalken och den omfattar landstingen men inte de upphandlade privata aktörerna. För att den försäkrade ska behandlas likadant oavsett om han eller hon har genomgått en försäkringsmedicinsk utredning hos ett landsting eller en privat utförare införs denna paragraf i lagen om uppgiftsskyldighet. Paragrafen behandlas i avsnitt 10.11.

Ersättning till landstingen

22 § Försäkringskassan ska ersätta ett landsting för de försäkringsmedicinska utredningar som landstinget utför enligt denna lag. Försäkringskassan ansvarar för uppföljning, beräkning och beslut om och utbetalning av ersättningen.

Regeringen får meddela föreskrifter om ersättningsnivåerna.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de villkor och förutsättningar som ska gälla för utbetalning av ersättning.

Av paragrafen framgår det att landstingen ska ha ersättning för de försäkringsmedicinska utredningarna de utför enligt lagen. Begreppet ”utför” kan även omfatta sena avbokningar som landstingen måste ersättas för, eftersom det finns personal på plats för att utföra utredningen och detta medför kostnader för landstingen. Det är Försäkringskassan som fattar beslut om att ersättning ska utbetalas och betalar ut ersättningen m.m.. Ersättningsnivåerna ska regeringen bestämma i föreskrifter. Övriga rutiner kan regeringen överlåta till någon annan myndighet att utfärda föreskrifter om. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.12.

Ersättning för resor, kost och logi

23 § Försäkringskassan ska ersätta den försäkrade för skäligen kostnader för resor, kost och logi som uppkommer i samband med en försäkringsmedicinsk utredning enligt denna lag.

Av paragrafen framgår att när den försäkrade genomgår en försäkringsmedicinsk utredning har han eller hon rätt till ersättning från

Försäkringskassan för skäligen kostnader för resor, kost och logi. Skäligen kostnader kan t.ex. vara kostnader för logi som den försäkrade kan styrka och om kostnaderna är godtagbara med hänsyn till prisläget på orten. Paragrafen behandlas i avsnitt 10.12.

Överklagande till domstol

24 § Försäkringskassans beslut om ersättning enligt 22 § denna lag får överklagas av ett landsting till allmän förvaltningsdomstol. Andra beslut enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Av denna paragraf framgår att Försäkringskassans beslut om att inte ge ett landsting ersättning för en försäkringsmedicinsk utredning kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol av landstinget. I övrigt gäller bestämmelserna i förvaltningslagen om omprövning och överklagande m.m. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.13.

Ikraftträdande m.m.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016 och gäller för de försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan begär efter detta datum.

De tidigare rutinerna och ersättningsnivåerna gäller för de försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan begärt av ett landsting före ikraftträdandet.

Bestämmelserna har kommenterats i avsnitt 9.14.

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

1 kap.2 §

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen om försäkringsmedicinska utredningar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel

I 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen införs en hänvisning till lagen om försäkringsmedicinska utredningar så att även dessa kommer att omfattas av definitionen av hälso- och sjukvård i patientsäkerhetslagen. På detta sätt börjar hela patientsäkerhetslagen att gälla vid de försäkringsmedicinska utredningarna.

Kommittédirektiv 2014:43

Ansvar för försäkringsmedicinska utredningar

Beslut vid regeringssammanträde den 20 mars 2014

Sammanfattning

En särskild utredare ska utreda och lämna förslag till hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden ska tillgodoses. Utredaren ska lämna förslag till de författningsändringar som utredarens överväganden ger anledning till.

Syftet med utredningen är att tydliggöra ansvaret för att göra försäkringsmedicinska utredningar och utfärda försäkringsmedicinska utlåtanden.

I första hand ska utredaren pröva möjligheten och lämpligheten av att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen. Utredaren ska belysa för- och nackdelar med en lösning som bygger på frivilliga åtaganden av landstingen respektive ett lagstadgat ansvar.

Om det under utredningens gång skulle visa sig att det inte är möjligt eller lämpligt att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar och utlåtanden via landstingen, ska i stället andra alternativ prövas.

Utredarens förslag ska utformas i dialog med berörda aktörer och vara brett förankrade. Det är mycket viktigt att försäkringsmedicinska utlåtanden tas fram på ett sätt som uppfyller kraven på kvalitet och opartiskhet.

Utredaren ska bl.a.

- överväga om det behövs en särskild lag om försäkringsmedicinska utredningar och utlåtanden,
- överväga vilken reglering som behövs för att vid en försäkringsmedicinsk utredning tillförsäkra den enskilde ett skydd för person och integritet som motsvarar det som finns för patienter vid hälso- och sjukvård,
- utreda hur det kan säkerställas att de som genomför försäkringsmedicinska utredningar och utfärdar läkarutlåtanden har tillräcklig kompetens för uppgiften samt Försäkringskassans ansvar att erbjuda kompetensutveckling,
- överväga om framtagande av försäkringsmedicinska utlåtanden på Försäkringskassans begäran kan anses vara en icke-ekonomisk tjänst av allmänt intresse, i EU-rättslig mening.

Om behovet av försäkringsmedicinska utredningar och utlåtanden ska tillgodoses via landstingen ska utredaren dessutom

- pröva möjligheten att landsting ska kunna samverka vid utförande av försäkringsmedicinska utredningar,
- lämna förslag om hur landstingen ska få ekonomisk kompensation för ett sådant ansvar och hur eventuella tvister om ersättning ska lösas.

Uppdraget ska redovisas senast den 2 mars 2015.

Bakgrund

Allt sedan tillkomsten av regelverket om en försäkring för nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom för cirka 100 år sedan har det inom socialförsäkringsadministrationen funnits behov av 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 fått dels genom egna utredningsresurser, dels genom hälso- och sjukvården.

År 1914 infördes en allmän pensionsförsäkring. Denna innefattade även en invaliditetspension som kunde betalas ut vid varaktig oförmåga till arbete före 67 års ålder. I samband med detta inrättade dåvarande Kungliga Pensionsstyrelsen en utrednings- och rehabiliteringsverksamhet. Det första sjukhuset som inrymde en sådan verksamhet etablerades i Tranås år 1916, följt av ett till 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 och beslut om motsvarigheten till dagens sjuk- eller aktivitetsersättning (se prop. 1998/99:76, Försäkringsmedicinska utredningar, m.m., sid. 5 f).

Platsantalet på Kungliga Pensionsstyrelsens sjukhus visade sig snabbt vara för litet. Därför inrättades särskilda vårdavdelningar vid flera lasarett. Vårdavdelningarna bildades med hjälp av lån från Folkpensioneringsfonden, men ägdes av respektive landsting samt förvaltades som delar av lasaretten. Avdelningarna tog endast emot patienter som remitterades från Kungliga Pensionsstyrelsen och pensionsstyrelsen betalade en avgift för varje patient, vilket täckte landstingens kostnader.

År 1961 inrättades Riksförsäkringsverket (RFV) som centralmyndighet för socialförsäkringen. Därefter kom sjukhusen att benämnas RFV:s sjukhus. Vid denna tid fanns det en allmän försäkringskassa inom varje landsting eller kommun, i de fall en kommun var sjukvårdshuvudman. Det var försäkringskassorna som remitterade personer till RFV:s sjukhus. Socialförsäkringsadministrationen hade således under denna tid dels egna medicinska utredningsresurser, dels fick administrationen försäkringsmedicinska utlåtanden mot ersättning via hälso- och sjukvården. Detta kom sedan att gälla under lång tid.

Försäkringsmedicinskt centrum

Regeringen föreslog år 1999 att försäkringskassorna skulle tilldelas medel för bl.a. försäkringsmedicinska utredningar och att verksamhetsansvaret för vissa försäkringsmedicinska utredningar och arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar skulle föras över från RFV:s sjukhus till en av de 21 allmänna försäkringskassorna. Det föreslogs att verksamheten, i ekonomiskt hänseende, skulle vara väl

skild från den övriga delen av försäkringskassans verksamhet och inte ha någon ekonomisk påverkan på denna (prop. 1998/99:76, sid. 18).

Som en följd av detta inrättades Försäkringsmedicinskt Centrum vid Östergötlands läns allmänna försäkringskassa. Centret bedrev sin verksamhet i Göteborg, Tranås, Norrköping, Västerås och Nynäshamn. Verksamheten finansierades via intäkter, genom att försäkringskassorna köpte de utredningstjänster som de behövde. Försäkringsmedicinskt Centrum vid Östergötlands läns allmänna försäkringskassa var dock inte den enda producenten av försäkringsmedicinska utlåtanden, utan försäkringskassorna kunde även upphandla sådana tjänster från andra aktörer.

År 2005 sammanfördes de fristående försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket i en myndighet, Försäkringskassan, som 2007 överlät verksamheten vid Försäkringsmedicinskt centrum till ett privat bolag.

Försäkringskassans framställan om att landstingen ska genomföra de försäkringsmedicinska utredningarna

Försäkringskassan framförde 2006 i en skrivelse till regeringen, innehållande en redovisning av uppdraget

- Effektivare förutsättningar för Försäkringskassans uppdrag att stödja arbetslinjen och samordna rehabiliteringsinsatser (dnr 2006/5189/SF) 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 behöver. Ett sådant förtydligande skulle enligt framställan medföra att Försäkringskassan inte längre hade behov av medel för försäkringsmedicinska utredningar eller för särskilda utlåtanden.

Ett liknande förslag lämnades av Rehabiliteringsutredningen i slutbetänkandet Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet (SOU 2006:107).

Arbetsförmågeutredningens förslag

Arbetsförmågeutredningen fick år 2008 i uppdrag att föreslå användbara metoder att mäta och bedöma funktionstillstånd och/eller funktionsnedsättning och arbetsförmåga (dir. 2008:11). Utredningen föreslog att Försäkringskassan skulle få i uppdrag att utveckla instrument för bedömning av arbetsförmåga. Vidare ansåg utredningen att en professionell och likvärdig bedömning kräver ett väl genomarbetat förhållningssätt till hur en persons aktivitetsbegränsningar ska bedömas. Det är, enligt utredningen, ofta en mycket svår fråga att bedöma vad en person egentligen kan och även de medicinska utredningsmetoderna behöver såväl utvecklas som ensas. Utredningen bedömde att en sådan utveckling sannolikt skulle ske bäst om det är försäkringsgivaren som har kontroll över alla stegen.

Utredningens slutsats var att Försäkringskassan borde skaffa sig den kompetens som behövs för att själv utföra utredningarna av medicinska förutsättningar för arbete och att det var Försäkringskassan som borde bygga upp en egen expertis kring tillämpningen av det egna regelverket. Den organisation som därigenom skulle skapas borde äga både själva utredningen och bedömningen av ersättningsrätten. Utredningen föreslog således att Försäkringskassan inom sin verksamhet skulle inrätta professionella medicinska team som tillsammans med beslutsfattande handläggare genomför bedömningarna. Dessa team skulle bedöma arbetsförmågan från och med dag 180 i sjukperioden (SOU 2009:89 s. 188).

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

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.

Enligt överenskommelsen kan Försäkringskassan beställa utredningar som ska komma att baseras på enbart en läkares utredning, s.k. särskilt läkarutlåtande (SLU), eller utredning som, förutom undersökning av läkare, innehåller inslag av flera kompetenser in-

om hälso- och sjukvården, s.k. teambaserad medicinsk utredning (TMU).

Landstingen påbörjade denna verksamhet år 2010. Det fanns då fortfarande utredningsbehov som Försäkringskassan behövde tillgodose genom att köpa tjänster från privata aktörer. Från och med år 2011 levererar dock alla landsting försäkringsmedicinska utlåtanden till Försäkringskassan. Överenskommelsen tillåter dock landstingen att upphandla tjänsten från andra aktörer, vilket också en del landsting har valt att göra.

Överenskommelsen mellan staten och SKL är frivillig, vilket innebär att alla landsting inte behöver genomföra försäkringsmedicinska utredningar. Alla landsting har dock valt att bygga upp eller upphandla en bedömningsverksamhet.

För år 2013 respektive år 2014 reserveras maximalt 250 miljoner kronor för sådana försäkringsmedicinska utlåtanden. Respektive landsting ersätts med högst 37 000 kronor per levererad teambaserad medicinsk utredning och med högst 14 000 kronor per levererat särskilt läkarutlåtande. Försäkringskassan svarar för uppföljning, beräkning och utbetalning av ersättningen.

Nuvarande bestämmelser

Försäkringsmedicinsk utredning avseende arbetsförmåga vid sjukdom

Enligt 27 kap. 25 § socialförsäkringsbalken, SFB, ska en försäkrad styrka nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom senast den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen genom att lämna in ett läkarintyg till Försäkringskassan. Vidare följer av 110 kap. 13 § andra stycket SFB att den enskilde är skyldig att lämna uppgifter som är av betydelse för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av balken. Om inte särskilda skäl talar emot det, ska uppgifter om faktiska förhållanden lämnas under straffansvar.

Av 110 kap. 13 § första stycket SFB följer att Försäkringskassan ska se till att ärenden blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver. Vid sidan av denna bestämmelse finns i förvaltningslagen (1986:223) bestämmelser om bl.a. serviceskyldighet (4 §) som gäller för Försäkringskassan.

Försäkringskassans utredningsskyldighet underlättas inte bara av den uppgiftsskyldighet som gäller för den enskilde, utan även av den sekretessbrytande bestämmelse som finns i 110 kap. 31 § SFB. I denna bestämmelse anges att myndigheter, arbetsgivare och uppdragsgivare, anordnare av personlig assistans samt försäkringsinrättningar på begäran ska lämna Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och allmän förvaltningsdomstol uppgifter som avser en namngiven person när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av SFB. Vidare anges att arbetsgivare och uppdragsgivare även är skyldiga att lämna sådana uppgifter om arbetet och arbetsförhållandena som behövs i ett ärende om arbetsskadeförsäkring.

Begreppet försäkringsmedicinsk utredning förekommer i SFB endast i en bestämmelse, nämligen i 110 kap. 22 §. I denna bestämmelse anges 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 visst sjukhus eller vistas på vårdinrättning för försäkringsmedicinsk utredning. Bestämmelsen avses komplettera den i 110 kap. 14 § SFB.

I 110 kap. 14 § SFB finns bestämmelser om Försäkringskassans utredningsbefogenheter. Försäkringskassan får enligt nämnda lagrum, när det behövs för bedömning av frågan om ersättning eller för tillämpningen av SFB i övrigt,

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 utlåtande eller 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 avstämningmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Med försäkringsmedicinsk utredning avses i den fortsatta framställningen endast sådana särskilda läkarutlåtanden och sådan annan

utredning som Försäkringskassan med stöd av 110 kap. 14 § 3 och 4 SFB får begära.

Syftet med den försäkringsmedicinska utredningen är att få till stånd en fördjupad beskrivning av en sjukdoms eller skadas konsekvenser för en individs funktionstillstånd och förmåga till aktivitet utifrån vad som är relevant vid bedömningen av rätten till ersättning från socialförsäkringen.

Det är Försäkringskassan som förser den som ska genomföra en utredning med det underlag som behövs. I något enstaka fall kan det under en utredning förekomma att den försäkrade lämnar uppgifter om att det finns fler uppgifter som kan vara relevanta för utredningen.

En försäkringsmedicinsk utredning kan innefatta läkarundersökning eller annan utredningsåtgärd, men måste inte göra det. En genomförd utredning resulterar dock alltid i ett läkarutlåtande. En försäkringsmedicinsk utredning bedöms inte innefatta myndighetsutövning.

Enligt regeringsformen, förkortad RF, är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp (2 kap. 6 § RF). Begreppet kroppsligt ingrepp avser främst våld mot människokroppen. Dessutom hänförs hit läkarundersökningar, smärre ingrepp som blodprovstagning samt liknande åtgärder som brukar betecknas med ordet kroppsbesiktning (prop. 1975/76:209 s. 147). Inskränkning i skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp får enligt 2 kap. 20 § RF under vissa förutsättningar ske genom lag. En försäkringsmedicinsk utredning kan innefatta sådana undersökningar av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som är att hänföra till ett kroppsligt ingrepp som avses i den nämnda bestämmelsen i RF.

Det finns inte någon bestämmelse som innebär att en försäkringsmedicinsk utredning kan genomföras med tvång. Möjligheterna för Försäkringskassan att med stöd av 110 kap. 14 § SFB inhämta försäkringsmedicinsk utredning är därför bl.a. beroende av att den som ska genomgå utredningen vill medverka i den.

Bestämmelserna om uppgiftsskyldighet för den enskilde i 110 kap. 13 § andra stycket SFB och om Försäkringskassans utredningsbefogenheter i 110 kap. 14 § SFB måste dock även ses mot bakgrund av 110 kap. 53 § SFB. I den bestämmelsen 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 14–19 och 26–28 §§.

Behovet av en utredning

Försäkringskassans befogenheter att begära försäkringsmedicinsk utredning motsvaras inte av någon skyldighet för någon annan aktör, t.ex. läkare eller landstingen, att på Försäkringskassans begäran genomföra en sådan utredning.

Försäkringskassans tillgång till försäkringsmedicinska utredningar tillgodoses i dag när det gäller sjukförsäkringsområdet genom en överenskommelse mellan staten och SKL. Denna överenskommelse är tidsbegränsad och omförhandlas med vissa tidsintervall. Överenskommelsen innebär ingen permanent lösning.

När det gäller assistansersättningen bedömde regeringen i Budgetpropositionen för år 2013 (prop. 2012/13:1, utg.omr. 9, s. 251) att det var angeläget att Försäkringskassan hade tillgång till det utredningsunderlag som behövdes för att kunna fatta beslut om assistansersättningen på säkra grunder.

Den nuvarande ordningen med tidsbegränsade överenskommelser ger inte Försäkringskassan och landstingen förutsättningar för en långsiktig planering och utveckling av verksamheten.

Uppdraget

En särskild utredare ges i uppdrag att utreda och lämna förslag till hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden ska tillgodoses. Syftet med uppdraget är att tydliggöra ansvaret för att göra försäkringsmedicinska utredningar och utfärda försäkringsmedicinska utlåtanden.

I första hand ska utredaren pröva möjligheten och lämpligheten att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen. Det är av värde att bygga vidare på den samverkan mellan Försäkringskassan och sjukvårdshuvudmännen som utvecklats under de senaste åren. Landstingen har även skaffat sig erfarenhet av denna verksamhet. En reglering bör dock medge att

landstingen kan upphandla de försäkringsmedicinska utredningarna och utlåtandena från enskilda aktörer inom hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar kan tillgodoses inom samtliga relevanta socialförsäkringsområden. Om det under utredningens gång skulle visa sig att det inte är möjligt eller lämpligt att åstadkomma detta via landstingen ska i stället andra alternativ prövas.

Utredaren ska även beakta det arbete som bedrivs inom ramen för översynen av stöd till personer med funktionsnedsättning (S2012:G).

Även om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting i stort har fungerat väl inom sjukförsäkringsområdet, är det angeläget med en lösning som ger stabila förutsättningar för verksamheten. En sådan måste innebära att försäkringsmedicinska utredningar kan genomföras oavsett var en person bor i landet. Utredaren ska därför analysera förutsättningarna för och möjligheterna till att genom frivilliga åtaganden från landstingen åstadkomma en sådan lösning eller om ett ansvar för landstingen bör regleras i lag.

Utredaren ska även ta ställning till om det finns behov av en särskild lag om ansvar för försäkringsmedicinska utredningar och utlåtanden inom samtliga relevanta socialförsäkringsområden.

Behov av samverkan mellan landstingen

Erfarenheterna av landstingens nuvarande arbete med försäkringsmedicinska utredningar visar att några landsting, särskilt de mindre, kan ha svårt att genomföra utredningar inom den tid som Försäkringskassan har behov av, mot bakgrund av gällande bestämmelser om tidsgränser i sjukförsäkringen. Dessa svårigheter beror delvis på att antalet utredningar som Försäkringskassan beställer från dessa landsting är relativt litet och att det således inte går att skapa tillräcklig effektivitet i utredningsverksamheten. Det kan även finnas vissa svårigheter för mindre landsting att ha läkare med den kompetens som behövs för att genomföra försäkringsmedicinska utredningar.

Den enskildes medverkan i den försäkringsmedicinska utredningen är av stor betydelse. Den som ska utredas behöver ges möj-

lighet att medverka. Detta kräver tillgång till olika tolktjänster. Eftersom tillgången på tillräckligt kvalificerade tolkar är begränsad varierar utbudet av tolktjänster i landet. I vissa landsting medför den begränsade tillgången till tolktjänster svårigheter vid genomförandet av utredningar.

Dessa problem skulle kunna lösas genom samverkan mellan landstingen. Utredaren ska därför analysera om det finns behov av en särskild reglering för att möjliggöra sådan samverkan.

Gränsdragningsfrågor som rör hälso- och sjukvård

De försäkringsmedicinska utlåtandena utfärdas av läkare och det är en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som genomför eller deltar i undersökningarna av den enskilde. Det är därför naturligt att det genom åren uppkommit vissa frågor om hur denna utredningsverksamhet ska betraktas i förhållande till den rättsliga reglering som finns på hälso- och sjukvårdens område. Detta gäller exempelvis hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), patientsäkerhetslagen (2010:659), patientdatalagen (2008:355) och patientskadelagen (1996:799).

Hälso- och sjukvårdslagen

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna.

Den försäkringsmedicinska utredning som Försäkringskassan kan begära med stöd av 110 kap. 14 § 3 och 4 SFB företas inte för att behandla en sjukdom eller skada, utan för att ge Försäkringskassan underlag att bedöma om frågor om ersättning enligt SFB. Det är därför tveksamt om utredningsåtgärderna kan anses utgöra hälso- och sjukvård.

Patientsäkerhetslagen

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

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

Det är tveksamt om de försäkringsmedicinska utredningarna utgör hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Därmed blir det också osäkert i vilken utsträckning patientsäkerhetslagens bestämmelser blir tillämpliga. Detta torde dock vara fallet t.ex. om läkaren i samband med utredningen ger vård vid ett plötsligt uppkommande behov av vård. Bestämmelserna i patientsäkerhetslagen skulle även kunna vara tillämpliga då det inte rör sig om sådana åtgärder. Detta gäller t.ex. om en läkare vid en försäkringsmedicinsk utredning vidtar någon åtgärd som visar att han eller hon är olämplig eller uppenbart olämplig att utöva sitt yrke (jfr. 8 kap. 1 § 4 och 3 § 3 patientsäkerhetslagen).

Med anledning av ovanstående ska utredaren överväga vilken reglering som kan behövas för att säkerställa den enskildes trygghet vid försäkringsmedicinska utredningar.

Patientdatalagen

Som framgår av 1 kap 1 § patientdatalagen tillämpas lagen vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. Lagen gäller i tillämpliga delar även uppgifter om avlidna personer.

Eftersom definitionen av hälso- och sjukvård i denna lag bl.a. hänvisar till hälso- och sjukvårdslagen uppstår samma tveksamhet om, och i vilken utsträckning, den är tillämplig vid försäkringsmedicinska utredningar.

Mot denna bakgrund ska utredaren därför även överväga vilken reglering som kan behövas.

Patientskadelagen

Även om skaderisken för den som genomgår en försäkringsmedicinsk utredning torde vara låg, kan det aldrig helt uteslutas att den som genomgår en utredning skadas vid t.ex. en läkarundersökning.

Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätt till patient-skadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring). Lagen gäller endast skador som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige.

Med hälso- och sjukvård avses enligt 5 § patientskadelagen sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen eller lagen om omskärelse av pojkar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen. Med vårdgivare avses enligt 5 § patientskadelagen statlig myndighet, landsting eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Av författningskommentaren till 5 § 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 (se prop. 1995/96:187).

Utredaren ska överväga om befintliga författningar ger tillräckligt skydd för individen inom verksamheter som gäller försäkringsmedicinska utredningar.

Sekretess och tystnadsplikt

I en försäkringsmedicinsk utredning förekommer bl.a. olika känsliga uppgifter beträffande den som utredningen avser, exempelvis

uppgifter om hälsa och personliga förhållanden. Det finns därför behov av en tydlig rättslig reglering som skyddar den enskildes integritet.

Inom Försäkringskassan omfattas sådana uppgifter om en enskild av sekretess enligt 28 kap. 1 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen.

Enligt 25 kap 1 § första stycket denna lag gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. 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.

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 och ingen uttömmande uppräkningslista. För hälso- och sjukvård som bedrivs i enskild regi finns bestämmelser om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen. Eftersom det är tveksamt om en försäkringsmedicinsk utredning kan anses utgöra hälso- och sjukvård enligt patientsäkerhetslagen, är det också tveksamt om bestämmelserna om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen är tillämpliga vid en sådan utredning. Även om det i praktiken sannolikt inte varit något problem och det exempelvis genom avtal om tystnadsplikt kan vara möjligt att skydda de uppgifter som förekommer i en försäkringsmedicinsk utredning som genomförs av personal inom enskild hälso- och sjukvård, är den nuvarande situationen otillfredsställande.

Utredaren ska därför överväga om det finns behov av ytterligare författningar till skydd för den enskildes integritet.

Frågor om personuppgiftsbehandling

Försäkringskassan, landsting och även sådana enskilda aktörer till vilka ett landsting överlätit utförandet av en försäkringsmedicinsk

utredning behöver i samband med utredningarna behandla personuppgifter. Omfattningen av den personuppgiftsbehandling som är nödvändig skiljer sig något åt mellan de ovan nämnda aktörerna.

Försäkringskassan kan redan i dag utföra den personuppgiftsbehandling som är nödvändig för de försäkringsmedicinska utredningarna med stöd av bestämmelserna i 114 kap. socialförsäkringsbalken. Detta följer av 114 kap. 2 och 7–9 §§.

Den personuppgiftsbehandling som ett landsting eller en privat aktör utför vid en försäkringsmedicinsk utredning sker med stöd av personuppgiftslagen. I uppdraget ingår att utreda frågan om det bör införas särskild reglering för denna behandling.

Likväl kan det beträffande bl.a. personuppgiftsbehandling som ett landsting eller en privat aktör behöver utföra finnas andra skäl att särskilt reglera denna.

Objektivitet

Det är viktigt att den försäkringsmedicinska utredningen genomförs på ett opartiskt och förutsättningslöst sätt. Den försäkringsmedicinska utredningen bör inte göras och det försäkringsmedicinska utlåtandet bör inte utfärdas av en läkare som har den försäkrade i behandling. Detta bör även gälla om läkaren tidigare behandlat patienten och det kan påverka utredningens objektivitet.

Utredaren ska därför pröva om det finns behov av en rättslig reglering som säkerställer att kraven på objektivitet iakttas.

Kvalitet och effektivitet

Ett grundläggande krav som bör ställas på utredningsverksamheten är att den genomförs med god kvalitet och hög effektivitet.

En försäkringsmedicinsk utredning måste genomföras med noggrannhet och omsorg. De läkare som utfärdar försäkringsmedicinska utlåtanden måste ha en hög kompetens och tillräcklig erfarenhet för uppgiften.

Eftersom utredningarna genomförs med utgångspunkt i Försäkringskassans behov av beslutsunderlag, måste utfärdaren också ha kunskap om och förståelse för den försäkringsmedicinska utred-

ningens funktion och betydelse för Försäkringskassans bedömningar av försäkringsärenden.

De läkare som utfärdar utlåtanden måste således ha en utbildning som motsvarar dessa krav. För att upprätthålla nödvändiga kunskaper fordras återkommande fortbildning. Detta innebär att de försäkringsmedicinska utlåtandena bör utfärdas av en legitimerad läkare som har tillräcklig försäkringsmedicinsk kompetens för att bedöma den försäkrades funktionstillstånd. Den försäkringsmedicinska kompetens som krävs kan erhållas genom fördjupningsutbildning i försäkringsmedicin samt fortbildningskurser i ämnet. Sådana utbildningar och kurser tillhandahålls redan i dag med stöd av Försäkringskassan.

Mot denna bakgrund ska utredaren överväga behovet av reglering som säkerställer att berörda läkare och andra yrkesgrupper som medverkar i de försäkringsmedicinska utredningarna får tillgång till och har nödvändig försäkringsmedicinsk kompetens. Utredaren ska även pröva i vilken utsträckning det är lämpligt att föreskriva att den som utfärdar försäkringsmedicinska utlåtanden ska ha adekvat specialistkompetens. Utredaren behöver även se över landstingens möjligheter och förutsättningar att tillhandahålla sådan kompetens.

Ersättning och tvister

Det är viktigt att Försäkringskassan kan få de försäkringsmedicinska utredningarna, med tillräcklig kvalitet, i rätt tid.

Detta kan tala för att den ersättning som ska lämnas bör lämnas per levererad utredning.

Lämnas ersättningen styckevis kan det inte uteslutas att Försäkringskassan och berörd utförare kan ha olika uppfattning om och i vilken utsträckning ett visst utlåtande är ersättningsberättigande. Det bör därför finnas regler om hur sådana tvister ska lösas.

För närvarande sker en förhandling mellan staten och SKL om storlek och utformning av ersättningen vid varje ny avtalsperiod. Det bör eftersträvas mer stabila spelregler.

Utredaren ska mot denna bakgrund lämna förslag till utformningen av ett ersättningssystem om landstingen ska ansvara för de försäkringsmedicinska utredningarna och utlåtandena.

Ekonomisk eller icke-ekonomisk tjänst

När det offentliga uppdrar åt en aktör att mot ersättning utföra en tjänst kan upphandlings-, konkurrens- och statsstödsreglerna aktualiseras. Av konkurrensreglerna framgår dock att reglerna blir aktuella ifall tjänsten i fråga är att betrakta som en företagsverksamhet, vilket kännetecknas av att verksamheten är ekonomisk i betydelsen tillhandahållande av varor eller tjänster på en marknad. Tjänster som är att betrakta som icke-ekonomiska omfattas alltså inte av konkurrens- och statsstödsreglerna. Likaså är det klargjort att icke-ekonomiska tjänster av allmänt intresse inte omfattas av upphandlingsdirektivets tillämpningsområde.

För att få klarhet i huruvida upphandlings-, konkurrens- och statsstödsreglerna ska tillämpas på försäkringsmedicinska utredningar ska utredaren utifrån en genomgång av relevant EU-lagstiftning och rättspraxis analysera ifall den aktuella verksamheten, försäkringsmedicinska utredningar, bör anses vara en ekonomisk eller icke-ekonomisk tjänst, samt om tjänsten kan anses vara av allmänt intresse eller inte.

Andra frågor

De frågor som anges ovan ska inte ses som uttömmande. Under utredningens gång kan utredaren komma att finna att det finns ytterligare behov av reglering för att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar och utlåtanden inom relevanta socialförsäkringsområden.

Arbetsformer

Socialförsäkringsadministrationen har allt sedan det infördes förmåner som vilar på en medicinsk grund haft behov av kompletterande försäkringsmedicinska utredningar, dvs. utredningar som ger ett fördjupat medicinskt underlag inför beslut om olika socialförsäkringsförmåner.

Behovet av dessa utredningar är givetvis störst vid beslut om ersättningar som lämnas för lång tid och därmed innebär stora ekonomiska åtaganden för försäkringen. På motsvarande sätt är be-

slutet om sådana förmåner av stor betydelse för den enskilda individen. Det är därför viktigt att det finns ett stabilt regelverk runt den försäkringsmedicinska verksamheten och att detta skapar en tilltro till att utredningar och utlåtanden kan genomföras på ett sätt som gör att den enskilde kan känna förtroende för verksamheten.

Det är därför viktigt att utredaren har en fortlöpande dialog med berörda aktörer och förankrar sina förslag brett. Detta innefattar bl.a. Försäkringskassan, landstingens företrädare och berörda yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Det gäller även funktionshindersorganisationer och andra som kan företräda enskildas intressen. Många av de försäkringsmedicinska utredningar som i dag utförs, genomförs av enskilda aktörer på uppdrag av landsting. Det är därför viktigt att även sådana aktörer ges möjlighet till dialog.

Konsekvensbeskrivningar

Om nuvarande frivilliga överenskommelse mellan staten och SKL ersätts med ett lagstadgat ansvar för landstingen måste landstingen enligt den s.k. finansieringsprincipen få ersättning för tillkommande kostnader. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att granska de kostnader som landstingen har för bland annat de fördjupade medicinska utredningarna. Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2014.

Konsekvenserna av de förslag som utredaren lämnar ska redovisas enligt vad som anges i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). I de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för stat, landsting och kommun ska förslag till finansiering redovisas.

Redovisning av uppdraget

Uppdraget ska redovisas senast den 2 mars 2015.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2015

Kronologisk förteckning

1. Deltagande med väpnad styrka i utbildning utomlands. En utökad beslutsbefogenhet för regeringen. Fö.
2. Värdepappersmarknaden MiFID II och MiFIR. + Bilagor. Fi.
3. Med fokus på kärnuppgifterna. En angelägen anpassning av Polismyndighetens uppgifter på djurområdet. Ju.
4. Ett svenskt tonnageskattesystem. Fi.
5. En ny svensk tullagstiftning. Fi.
6. Mer gemensamma tobaksregler. Ett genomförande av tobaksprodukt-direktivet. S.
7. Krav på privata aktörer i välfärden. Fi.
8. En översyn av årsredovisningslagarna. Ju.
9. En modern reglering av järnvägstransporter. Ju.
10. Gränser i havet. UD.
11. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2015. Kontroll, dokumentation och finansiering för ökad säkerhet. M.
12. Överprövning av upphandlingsmål m.m. Fi.
13. Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del I. A.
14. Sedd, hörd och respekterad. Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. S.
15. Attraktiv, innovativ och hållbar – strategi för en konkurrenskraftig jordbruks- och trädgårdsnäring. N L.
16. Ökat värdeskapande ur immateriella tillgångar. N.
17. För kvalitet – Med gemensamt ansvar. S.

Statens offentliga utredningar 2015

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Tillämpningsdirektivet till
utstationeringsdirektivet – Del I [13]

Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden
MiFID II och MiFIR. + Bilagor [2]
Ett svenskt tonnageskattesystem. [4]
En ny svensk tullagstiftning. [5]
Krav på privata aktörer i välfärden. [7]
Överprövning av upphandlingsmål m.m.
[12]

Försvarsdepartementet

Deltagande med väpnad styrka
i utbildning utomlands. En utökad
beslutsbefogenhet för regeringen. [1]

Justitiedepartementet

Med fokus på kärnuppgifterna. En ange-
lägen anpassning av Polismyndig-
hetens uppgifter på djurområdet. [3]
En översyn av årsredovisningslagarna. [8]
En modern reglering
av järnvägstransporter. [9]

Miljö- och energidepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2015.
Kontroll, dokumentation och finansie-
ring för ökad säkerhet. [11]

Näringsdepartementet

Attraktiv, innovativ och hållbar – strategi
för en konkurrenskraftig jordbruks-
och trädgårdsnäring. [15]
Ökat värdeskapande ur immateriella
tillgångar. [16]

Socialdepartementet

Mer gemensamma tobaksregler.
Ett genomförande av tobaks-
produktdirektivet. [6]

Sedd, hörd och respekterad. Ett
ändamålsenligt klagomålssystem
i hälso- och sjukvården. [14]
För kvalitet – Med gemensamt ansvar. [17]

Utrikesdepartementet

Gränser i havet. [10]