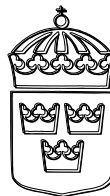


Kommittédirektiv

Ansvar för försäkringsmedicinska utredningar



Dir.
2014:43

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 utred-

nings- 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 inom 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 utlåtan- den till Försäkringskassan. Överens- kommelsen 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 utlåtan- den. 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 lämnade 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 arbetskadeförsäkring.

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 avstämningsmöte 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 möjlighet 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 tillämplbara. 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 tillämplbara 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 patientskadeersättning 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 rätts-

medicinskt 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 hälso-tillstånd 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 exem-

pelvis 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 överlåtit 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 utredningens 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 styckvis 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 klagt 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, d.v.s. 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 beslutet 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 §§ kommittéförelöningen (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)