



Socialdepartementet

Remissmissiv - Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga

Remissinstanser

- 1 Affärsverket svenska kraftnät
- 2 Arbetsförmedlingen
- 3 Arbetsmiljöverket
- 4 Arvidsjaurs kommun
- 5 Bengtsfors kommun
- 6 E-hälsomyndigheten
- 7 Ekonomistyrningsverket (ESV)
- 8 Elsäkerhetsverket
- 9 Eskilstuna kommun
- 10 Falun kommun
- 11 Folkhälsomyndigheten
- 12 Funktionsrätt Sverige
- 13 Försvarets materielverk
- 14 Förvarshögskolan
- 15 Förvarsmakten
- 16 Förvaltningsrätten i Malmö
- 17 Grums kommun
- 18 Gällivare kommun
- 19 Gävle kommun

- 20 Göteborgs kommun
- 21 Göteborgs universitet
- 22 Hudiksvalls kommun
- 23 Hässleholms kommun
- 24 Hörby kommun
- 25 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- 26 Integritetsskyddsmyndigheten
- 27 Jämtland Räddningstjänsten
- 28 Jämställdhetsmyndigheten
- 29 Järfälla kommun
- 30 Jönköpings kommun
- 31 Katastrofmedicinskt centrum/Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet
- 32 Kalix kommun
- 33 Kalmar kommun
- 34 Karolinska Institutet
- 35 Kommunal
- 36 Konkurrensverket
- 37 Kristinehamns kommun
- 38 Kungliga krigsvetenskapsakademin
- 39 Kunskapscentrum i katastrofmedicin vid Umeå universitet
- 40 Kunskapscentrum katastrofmedicin väst vid Göteborgs universitet
- 41 Kunskapscentrum för Global Katastrofmedicin vid Karolinska Institutet
- 42 Linköpings universitet
- 43 Livsmedelsverket
- 44 Luftfartsverket
- 45 Luleå kommun
- 46 Lunds universitet
- 47 Lysekil kommun
- 48 Läke­medels­verket

- 49 Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
- 50 Länsstyrelsen i Blekinge län
- 51 Länsstyrelsen i Dalarnas län
- 52 Länsstyrelsen i Gotlands län
- 53 Länsstyrelsen i Gävleborgs län
- 54 Länsstyrelsen i Hallands län
- 55 Länsstyrelsen i Jämtlands län
- 56 Länsstyrelsen i Jönköpings län
- 57 Länsstyrelsen i Kalmar län
- 58 Länsstyrelsen i Kronobergs län
- 59 Länsstyrelsen i Norrbottens län
- 60 Länsstyrelsen i Skåne län
- 61 Länsstyrelsen i Stockholms län
- 62 Länsstyrelsen i Södermanlands län
- 63 Länsstyrelsen i Uppsala län
- 64 Länsstyrelsen i Värmlands län
- 65 Länsstyrelsen i Västerbottens län
- 66 Länsstyrelsen i Västernorrlands län
- 67 Länsstyrelsen i Västmanlands län
- 68 Länsstyrelsen i Västra Götalands län
- 69 Länsstyrelsen i Örebro län
- 70 Länsstyrelsen i Östergötlands län
- 71 Malmö kommun
- 72 Myndigheten för delaktighet (MFD)
- 73 Myndigheten för psykologiskt försvar
- 74 Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)
- 75 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- 76 Mälardalens universitet
- 77 Norrköpings kommun
- 78 Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer (LOK)

- 79 Osby kommun
- 80 Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
- 81 Polismyndigheten
- 82 Post- och telestyren (PTS)
- 83 Region Blekinge
- 84 Region Dalarna
- 85 Region Gotland
- 86 Region Gävleborg
- 87 Region Halland
- 88 Region Jämtland Härjedalen
- 89 Region Jönköpings län
- 90 Region Kalmar län
- 91 Region Kronoberg
- 92 Region Norrbotten
- 93 Region Skåne
- 94 Region Stockholm
- 95 Region Sörmland
- 96 Region Uppsala
- 97 Region Värmland
- 98 Region Västerbotten
- 99 Region Västernorrland
- 100 Region Västmanland
- 101 Region Örebro län
- 102 Region Östergötland
- 103 Räddningstjänsten Storgöteborg
- 104 Räddningstjänsten Östra Götaland
- 105 Räddningstjänsten Östra Skaraborg
- 106 Rättsmedicinalverket
- 107 Sjöfartsverket
- 108 Skellefteå kommun

- 109 Smittskyddsläkarföreningen
- 110 Socialstyrelsen
- 111 Sorsele kommun
- 112 SOS Alarm Sverige AB
- 113 SPF Seniorerna
- 114 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- 115 Statens energimyndighet
- 116 Statens jordbruksverk
- 117 Statens medicinsk-etiska råd (Smer)
- 118 Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA)
- 119 Statskontoret
- 120 Stockholms kommun
- 121 Strömsunds kommun
- 122 Stockholms Tingsrätt
- 123 Svenska Kyrkan
- 124 Svenska Läkaresällskapet
- 125 Svenska Röda Korset
- 126 Svenskt Ambulansflyg
- 127 Svenskt nationellt råd inom katastrofmedicin
- 128 Svenskt Näringsliv
- 129 Sveriges Apoteksförening
- 130 Sveriges Farmaceuter
- 131 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
- 132 Sveriges läkarförbund
- 133 Swedish Medtech
- 134 Säkerhetspolisen
- 135 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
- 136 Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI)
- 137 Totalförsvarets plikt- och provningsverk
- 138 Trafikverket

- 139 Transportstyrelsen
- 140 Tyresö kommun
- 141 Umeå universitet
- 142 Unionen
- 143 Universitetskanslersämbetet
- 144 Uppsala kommun
- 145 Uppsala universitet
- 146 Vetlanda kommun
- 147 Vårdförbundet
- 148 Vårdföretagarna
- 149 Västra Götalandsregionen
- 150 Ystad kommun
- 151 Örebro kommun
- 152 Örebro universitet

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 10 juni 2022**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.fs@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2022/01247 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att

redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria [Svara på remiss \(SB PM 2021:1\)](#). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Cecilia Halle
Ämnesråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Sammanfattning

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap har haft i uppdrag att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas. Utredningen har tidigare lämnat delbetänkandena *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* (SOU 2020:23) och *En förstärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19). I detta slutbetänkande redovisar utredningen förslag kring övriga delar av utredningens uppdrag som syftar till att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap.

Kommuner och regioner ansvarar för hälso- och sjukvård i hela hotskalan

Utgångspunkten för utredningens arbete och förslag är att kommuner och regioner enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är skyldiga att erbjuda god hälso- och sjukvård till befolkningen. Skyldigheten gäller i alla lägen dvs. även under svåra förhållanden vid fredstida kriser och vid krig. All vård ska ges till patienter inom den tid som är medicinsk motiverad och de kvalitetskrav som gäller för vård ska upprätthållas. Utredningen har i *En förstärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19) föreslagit en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att hälso- och sjukvården ska vid fredstida kriser och i krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Denna bestämmelse är ännu inte genomförd.

I krig förväntas Försvarsmakten i första hand ta hand om skadade på stridsfältet men regioner måste stödja Försvarsmakten med t.ex.

specialiserad vård och rehabilitering. Det är en del av regionernas ansvar att erbjuda även de som tillfälligt vistas i regionen omedelbar vård.

Kommuner och regioner har stor frihet att själva bestämma hur de vill organisera sig och hur de vill bedriva sina verksamheter. Något de också tagit fasta på. Hälso- och sjukvården bedrivs i komplexa organisationer med kommunala bolag, kommunalförbund, privata utförare och med en mängd lokala och regionala variationer. Oavsett hur kommuner och regioner väljer att organisera sig måste de dock se till att de kan planera och leda sina verksamheter på ett sådant sätt att de kan uppfylla gällande författningskrav. Detta gäller såväl vid en långdragen händelse, t.ex. en pandemi med många sjuka, som vid en snabbare övergående händelse, t.ex. en omfattande tågolycka med många skadade eller ett cyberangrepp. Det innebär t.ex. att om resurserna på ett visst sjukhus inte räcker till för prioriterad vård måste regionen kunna förstärka verksamheten eller omfördela resurser eller patienter mellan regionens sjukhus så att den mest prioriterade vården kan upprätthållas. Motsvarande behov att flytta resurser finns i kommuner.

Vid händelser med många skadade eller sjuka kan det ibland vara svårt, eller till och med omöjligt, för en enskild kommun eller region att själv klara av att möta alla de vårdbehov som uppstår. De är då beroende av hjälp från andra kommuner eller regioner. I sådana situationer kan kommunernas och regionernas olika organisationer och arbetssätt blir en utmaning när de ska samverka med varandra eller med statliga aktörer när samordning behöver uppnås på nationell nivå.

För att hälso- och sjukvården ska kunna fungera också under svåra påfrestningar krävs ett system för samverkan och ledning där ansvarsförhållandena är tydliga. De samlade nationella resurserna behöver kunna användas på ett effektivt sätt.

Ett system för en bättre beredskap

Utredningen lämnar flera förslag som tillsammans skapar en ordning för hälso- och sjukvårdens beredskap, som bygger på kommuners och regioners ansvar, som möjliggör utjämning av resurser över landet och som tar höjd för sådana extrema utmaningar som kommer av krig. Förslagen utgår ifrån att bestämmelsen om vård som inte kan anstå också införs i hälso- och sjukvårdslagen.

I korthet innebär förslagen att kommuner och regioner ska planera sina verksamheter och vidta åtgärder utifrån alla de faktorer som riskerar att negativt påverka förmågan att bedriva god vård (risker och sårbarheter) samt utifrån statliga planeringsansvisningar för civilt försvar. Vidare ställs krav på att kommuner och regioner tänker igenom, och i planer redovisar, hur de avser leda sina komplexa organisationer, med många olika utförare, vid händelser som negativt påverkar förmågan att bedriva vård.

Vid situationer som kraftigt utmanar en kommun eller regions förmåga att erbjuda vård föreslås vården begränsas till sådan vård som inte kan anstå. Om en kommun eller region inte längre själv kan erbjuda vård som inte kan anstå ska andra kommuner och regioner ge hjälp. Hjälp ska så långt möjligt ges på frivillig grund, men om detta inte sker ska regeringen eller en myndighet som regeringen bestämmer kunna besluta att kommuner eller regioner ska ge hjälp. Ytterst, om även detta är otillräckligt och det inte längre heller går att upprätthålla vård som inte kan anstå, ska det beslutas om att katastrof-tillstånd råder. Vid ett sådant tillstånd ska en kommun eller regionen erbjuda sådan sjukvård som är möjlig. Det kan innebära ett kraftigt minskat vårdutbud samt att enklare behandlingsmetoder än vanligt används. Så långt det är möjligt ska dock normal vård erbjudas och vårdgivare ska så långt möjligt upprätthålla kvalitetskrav. Närhelst det är möjligt ska beslutet om katastroftillstånd upphävas.

God beredskap förutsätter analys och planering

Hälso- och sjukvård är en samhällsviktig verksamhet och en prioriterad del av det civila försvaret. Till de mest utmanande situationerna för sjukvården hör händelser som medför ett stort antal samtidigt skadade eller sjuka. Andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att bedriva sjukvård är exempelvis avbrott i elförsörjningen, elektroniska kommunikationer eller cyberangrepp.

Det kan inte uteslutas att olika händelser kan leda till en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att med normala kvalitetskrav utföra vård som inte kan anstå och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de resurserna som krävs. En sådan situation betecknas inom vårdområdet som en katastrof. Med

vård som inte kan anstå avses vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten.

Det är en stor utmaning att under svåra förhållanden erbjuda vård som inte kan anstå till alla som behöver det. För att kunna hantera den värsta tänkbara situationen, en katastrof, krävs särskilt katastrofmedicinsk kunskap men även andra färdigheter. Exempelvis torde ledning och prioritering av verksamheter vara särskilt utmanande under sådana förhållanden. Det krävs också uthållighet eftersom inte alla händelser eller situationer som medför stora utmaningar för vården är kortvariga.

Kommuner och regioner är för utförande av sjukvård beroende av varandra. För att t.ex. kunna frigöra vårdplatser på sjukhus behöver kommunerna kunna ta emot färdigbehandlade patienter som är i behov av stöd från socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård eller hemsjukvård. Kommuner kan i sin tur vara beroende av regionens sjukvård vid t.ex. utbrott av smitta på ett kommunalt boende.

All hälso- och sjukvård behöver planeras. Syftet med planeringsbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen är övergripande att kommuner och regioner ska kunna fullgöra skyldigheterna att erbjuda god vård och följa andra rättsliga krav för hälso- och sjukvård. Vid planeringen måste kommuner och regioner ta särskild hänsyn till att det krävs beredskap för att kunna hantera särskilt utmanande situationer, i både fred och krig, och för att mildra de effekter som en katastrof för med sig. Sådan planering måste grunda sig på olika analyser om vilka hot och risker som kan innebära särskilda utmaningar för kommuner och regioner att bedriva hälso- och sjukvård.

Nuvarande planeringsbestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen, som anger att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls, är inte tillräckligt tydlig och omfattar inte fullt ut de situationer som en region behöver planera för. Planeringsbestämmelserna för kommuner är inte heller tillräckliga. Utredningen föreslår därför bl.a. att det ska införas ett nytt definierat begrepp och nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Med katastrof ska avses en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna. De nya planeringsbestämmelserna innebär att kommuner och regioner vid planering av hälso- och

sjukvård särskilt ska beakta behovet av beredskap för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Planeringsbestämmelserna ska även innebära att kommuner och regionerna vid sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering mellan kommunerna i regionen och regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nämnts ovan.

Utredningen lämnar även förslag som innebär att ett bemyndigande i hälso- och sjukvårdslagen ersätts med ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer.

Socialstyrelsens nuvarande föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap måste med anledning av de ovan föreslagna ändringarna ses över. Utredningen anser att det ska införas närmare föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer. Föreskrifterna kan beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. Utredningen lämnar också ett förslag till en ny förordning med sådana föreskrifter.

För att underlätta planeringen föreslås också en förordningsändring i Socialstyrelsens instruktion som innebär att myndigheten ska analysera omfattande händelser av betydelse för hälso- och sjukvården, nationellt och internationellt, samt sammanställa slutsatser från större övningar som involverar hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska sprida dessa erfarenheter till berörda aktörer så att de bättre kan beakta detta i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvårdens beredskap.

Planering och åtgärder för totalförsvaret – nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen

Redan i denna utrednings första delbetänkande har framhållits behovet av ett tydligt och sammanhängande planeringssystem för totalförsvaret. Utredningen har bedömt att totalförsvarsplanering bör utföras enligt ett system som bl.a. säkerställer att riksdagens och regeringens mål och anvisningar, och planeringsinriktningar från Försvarsmakten och

MSB med dimensionerande uppgifter förs vidare till och följs av myndigheter och andra aktörer i deras planering.

Totalförvarsplaneringen återupptogs år 2015 utifrån det förändrade säkerhetspolitiska läget i Sveriges närområde. Nuvarande planeringssystem för totalförsvaret, så som det presenteras av Försvarmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, vänder sig till statliga myndigheter. Även med beaktande av det omfattande och bitvis svåra arbete som denna planering innebär har det nu gått ett antal år utan att kommuner och regioner tydligt knutits till planeringssystemet. Att så sker är helt nödvändigt.

Förmågekrav för totalförsvaret har sin grund i det försvarspolitiska ramverket som fastställs genom bl.a. totalförvarspropositionen och som omsätts av regeringen och vidare av Försvarmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap genom konkreta planeringsanvisningar. Det är statens ansvar att bl.a. dimensionera och ge planeringsanvisningar för totalförsvaret och kommuner och regioner behöver tydligare bindas till denna planering och de krav på åtgärder som ställs för totalförsvaret. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer måste från kommuner och regioner kunna begära sådana uppgifter som behövs för planeringen. De bestämmelser som finns i gällande rätt bedöms inte i tillräcklig grad säkerställa detta.

Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård och utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta om sådana anvisningar och särskilda åtgärder. Det ska också införas bestämmelser som innebär att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård och att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om sådan planering. Vidare föreslås att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela närmare föreskrifter om ovan angivna uppgiftsskyldigt.

Förmågekrav för totalförsvaret måste vara tydliga och knytas till finansiering. Ansvar för att finansiera särskilda åtgärder som är nödvändiga för höjd beredskap vilar på staten. Kostnader för upprätthållandet av den ordinarie vården, t.ex. cancervården, hjärtsjukvården eller äldreomsorgen, vilar dock alltjämt på kommuner och regioner.

Det bedöms lämpligast om finansieringen av de ovan föreslagna åliggandena för kommuner och regioner att vidta särskilda åtgärder för totalförsvaret omhändertas inom ramen för den av Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap föreslagna processen för totalförsvarets planering. Genom budgetpropositionerna prioriteras och fastställs vilka medel som ska finnas tillgängliga för planering och åtgärder inom olika delar av totalförsvaret. Anslagna medel för kommuner och regioners planering och åtgärder för totalförsvaret bör lämpligen utbetalas och följas upp genom de statliga myndigheter som har sektorsansvar eller motsvarande ansvar inom totalförsvaret.

Ett beredskapsråd inrättas vid Socialstyrelsen

Det finns vid omfattande händelser med många skadade eller sjuka, katastrofer och krig ett stort behov av samordning på hälso- och sjukvårdsområdet mellan statliga myndigheter och kommuner och regioner. För sådan samordning krävs samverkan på flera nivåer både före och under en händelse. Utredningen bedömer att sådan samverkan i dag sker på lägre tjänstemannanivå men att det även behövs en tydlig samverkan på högre nivå, mellan ledande befattningshavare. Socialstyrelsen föreslås därför inrätta ett beredskapsråd där chefer för myndigheter på hälso- och sjukvårdsområdet, Försvarsmakten samt ledande företrädare för kommuner och regioner samlas för att diskutera frågor av betydelse för planering och dimensionering av hälso- och sjukvårdens beredskap och del i det civila försvaret. Socialstyrelsens generaldirektör föreslås vara ordförande. Rådet föreslås också utgöra länken mellan den nationella och regionala planeringen inom hälso- och sjukvård samt omsorg för totalförsvaret. För att Socialstyrelsen och de övriga myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet ska kunna delta i, och svara för hälso- och sjukvården, i den nationella planeringsprocessen kring totalförsvaret och beredskap måste de ha en tydlig dialog och förankring med ledande chefer i kommuner och regioner. Rådet kan också utgöra en plattform för samverkan under en händelse.

Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer

Kommuner och regioner ska som huvudregel var för sig tillse att befolkningens vårdbehov tillgodoses och de har inte ansvar för andra kommuners eller regioners resursbrister. Ingen kommun eller region är överordnad någon annan kommun eller region. De har inget ansvar för ledning av andra kommuner och regioner och kan inte säkerställa samordning av vård eller vårdhjälp sinsemellan annat än på frivillig grund.

Det kan inte uteslutas att det uppkommer situationer i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna (katastrof). Vid en katastrof uppkommer ett allvarligt hot mot människors liv och hälsa. Skulle en kommun eller region drabbas av en katastrof i hälso- och sjukvården torde det vara i det närmaste självklart att staten, en annan kommun eller region försöker ge hjälp. Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I en situation där det inte går att häva uppkomna katastrofer finns det skäl att försöka säkerställa att kommuner och regioner på andra sätt ges mer likvärdiga förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

Staten har inte möjlighet att ta över kommuner och regioners ansvar för att erbjuda vård, men kan lämna stöd till kommuner och regioner exempelvis genom vissa resurser som hålls i beredskap. Staten kan i vissa fall också begära hjälp från andra länder och internationella sammanslutningar.

Effektiva hjälpinsatser kräver samordning av statliga, regionala och kommunala insatser. Om flera delar av det allmänna kan lämna hjälp, bör hjälpen lämnas av den eller de aktörer som sammantaget har bäst förutsättningar att göra det.

Den lämpligaste ordningen för hjälp att undvika eller mildra katastrofsituationer i hälso- och sjukvården är att kommuner och regioner själva, på frivillig grund, löser uppkomna hjälpbehov. När en kommun eller region inte längre på frivillig grund kan få nödvändig hjälp att utföra vård som inte kan anstå måste det dock finnas en ordning som säkerställer att kommuner och regioner som kan ge hjälp också

gör det och att hjälpen kan samordnas också med hjälpinsatser från staten.

Det saknas i dag bestämmelser som gör det möjligt att effektivt samordna hjälpinsatser med staten och att det inte finns någon lagstadgad allmän skyldighet för kommuner och regioner att i fredstid hjälpa andra kommuner och regioner med vård som inte kan anstå. Även med beaktande av det kommunala självstyret finns enligt utredningen skäl att införa sådana bestämmelser.

Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller en region drabbats av en katastrof är andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. En kommun eller region ska inte vara skyldig att lämna hjälp om den själv har drabbats av en katastrof eller inom över-skådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan. Om det inte finns någon kommun eller region som kan lämna hjälp utan att själv bli hjälpbe-hövande, ska en kommun eller region ändå vara skyldig att hjälpa andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

En kommun eller region som behöver eller kan komma att be-höva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta. Enligt utredningens förslag är det regeringen eller den myndighet som reger-ingen bestämmer som ska besluta om hjälp ska lämnas. Beslutet ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna där sådan hjälp som kan ordnas genom staten, t.ex. om statliga resurser eller internationell hjälp, särskilt ska beaktas. Beslut om att hjälp ska läm-nas får fattas om det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region saknar förutsättningar att ordna tillräcklig hjälp på egen hand. Beslutet behöver gälla omedelbart och ska inte kunna överklagas. Det föreslås också införas en skyldighet för kommuner, regioner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov. Kom-muner och regioner ska till den som har att besluta om hjälp lämna de uppgifter som behövs. Regeringen eller den myndighet som reger-ingen bestämmer ska också få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs. Kommuner och regioner som har lämnat hjälp med stöd av bestämmelserna ska ha rätt till skälig ersättning för hjälpen. Ersätt-ningen ska betalas av den kommun eller region som har fått hjälp.

De ovan föreslagna bestämmelserna om hjälp ska tillämpas under såväl fred som vid krig. När dessa bestämmelser är tillämpliga, dvs. i de fall hjälpen avser att tillgodose hälso- och sjukvårdens behov,

finns inte skäl att tillämpa bestämmelserna i 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap och i 2 kap. 5 § lagen om lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.

Det föreslås bestämmelser som medför att hjälpbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen tillämpas i stället för 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap och i 2 kap. 5 § lagen om lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.

Avsteg från bestämmelser i gällande rätt vid katastrofer

Omständigheterna vid en katastrof, oavsett om det avser en fredstida situation eller i krig, avgör i hög grad vilken vård som är möjlig att ge. Det är givetvis inget alternativ att sluta ge vård till svårt sjuka eller skadade för att det saknas förutsättningar att upprätthålla samma kvalitet som i ett normalläge. Det är inte alltid ens möjligt att ge behövlig vård till alla som är svårt sjuka eller skadade, men den vård som är möjlig att ge ska naturligtvis ges.

De omställningar av vården som är nödvändiga för att kunna utföra vård som inte kan anstå vid katastrof kommer i vissa fall att medföra att vård som ur ett medicinskt perspektiv kan anstå får stå åt sidan. Det finns säkert en relativt utbredd förståelse för att den som har det största vårdbehovet, dvs. som regel de allra svårast sjuka eller skadade, måste ges förtur till vård även i situationer med resursbrister. Om det är möjligt ska naturligtvis även vård som ur ett medicinskt perspektiv kan anstå utföras. Det är inte rimligt att tro att det i alla lägen ska gå att upprätthålla vårdgarantier och sådana garantier utgår inte heller från vad som är medicinskt motiverat. Inte heller framstår det som troligt att det alltid ska gå att upprätthålla exempelvis fria vårdval, rätten att välja behandlingsalternativ, hjälpmedel eller att få en ny medicinsk bedömning. Men givetvis bör patienters rätt att välja i nyss nämnda avseenden upprätthållas så långt möjligt och på samma sätt ska rätten till ny medicinsk bedömning upprätthållas.

Det finns bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, som kan tänkas vara svåra, omöjliga eller olämpliga att tillämpa vid en katastrof. Att skriva helt ny lagstiftning som medför att bestämmelser i gällande

rätt anpassas för alla de särfall som kan uppkomma vid katastrofer bedöms inte som genomförbart.

Allmänna avsteg från bestämmelser med skyldigheter att erbjuda vård och upprätthålla vårdkvalitet bör accepteras först när det står klart att en katastrof inte kan hävas. Det måste vara tydligt för vårdens huvudmän, vårdgivare, vårdpersonal och medborgarna när avsteg från bl.a. gällande skyldigheter att erbjuda vård och vårdkvalitet får göras. Utredningen anser att det finns behov av att införa bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som säkerställer dels tydlighet om när avsteg får göras från centrala bestämmelser, dels att avsteg inte går utöver vad som är nödvändigt.

Det ska därför införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller region har drabbats av en katastrof, och det inte med stöd av de bestämmelserna om skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer i vården eller på andra sätt är möjligt att ge den hjälp som krävs för att häva katastrofen, så ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd gäller i den drabbade kommunen eller regionen.

När förhållandena medger det ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd inte längre ska gälla. Beslut om katastroftillstånd ska inte få överklagas.

Befinner sig en kommun eller region i ett katastroftillstånd ska, utan hinder av övriga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, kommunen eller regionen erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda och så långt det är möjligt även fullgöra övriga åliggande som följer av hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgivare som bedriver verksamhet i en kommun eller region där katastroftillstånd råder ska tillse att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt.

Förmåga att mobilisera resurser

Vid händelser med många skadade eller sjuka samt vid katastrofer behöver sjukvården kunna mobilisera resurser för att möta de ökade vårdbehoven och samtidigt, så långt det är möjligt, upprätthålla annan vård som inte kan anstå. Det gäller både direkt livräddande insatser och utförande av vård som behöver ges inom medicinskt motiverad

tid för att undvika allvarliga men. Utredningen har i det föregående betänkandet *En förstärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19) föreslagit ett system för lagerhållning av sjukvårdsprodukter som medger resursförstärkning.

Utbrottet av sjukdomen covid-19 har visat på att det finns en viss förmåga att mobilisera resurser inom t.ex. intensivvården men att det bli mycket ansträngt om det pågår under längre tid. Förmågan att mobilisera resurser måste därför särskilt planeras. Det är utredningens bedömning att det endast kan ske utgå ifrån en god grundbemanning. För att möta behoven vid situationer med många plötsligt skadade eller sjuka behöver det även finnas förmåga att t.ex. hantera plötsligt ökad efterfrågan på exempelvis blod och skyddsutrustning men även en förmåga att hantera många avlidna. Utredningen bedömer att uppgifter om regionala förstärkningsresurser ska lämnas till Socialstyrelsen som ska upprätta en nationell sammanställning som i relevanta delar kan delges berörda aktörer för att underlätta samverkan och planering.

Det finns i dag krav på vissa regioner att ha beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands, men det saknas i praktiken en fungerande struktur för planering, beredskap och insats. Socialstyrelsen och berörda regioner behöver planera och vidta de åtgärder som krävs för att säkerställa att den beredskap som det ställs krav på i lag upprätthålls. Utredningen bedömer att sådana resurser som finns i beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands även bör kunna användas som förstärkningsresurser för liknande händelser nationellt.

Personalförstärkning

Utan personal bedrivs ingen sjukvård. Olyckor, antagonistiska händelser, smittoutbrott eller krigshandlingar kan alla ge upphov till mycket ansträngande situationer i hälso- och sjukvården. Vid dessa situationer behöver vårdpersonalen användas på ett effektivt sätt som innebär att de bibehåller uthållighet över tid.

I hälso- och sjukvården är möjligheterna till personalförstärkning begränsade eftersom vården ställer höga krav på kompetens- och kvalitet. Det finns i huvudsak två sätt att möta det ökade behovet av personal, att nyttja befintlig personal effektivare och att försöka tillföra resurser utifrån. Frågor som då blir centrala är vilken personal

som faktiskt finns att tillföra, vilken kompetens personalen har och hur man på bästa sätt kan stödja sjukvården med andra yrkeskategorier för att på ett hållbart sätt få ut så mycket som möjligt av den kvalificerade hälso- och sjukvårdspersonalen. Utredningen konstaterar att planering av tillgången på personalresurser är en av de viktigaste åtgärderna inom hälso- och sjukvården för att kunna möta utmaningarna vid händelser med plötsligt ökade vårdbehov. Planeringen behöver ta sin utgångspunkt i vilken vård som ska bedrivas. Utredningen redogör i betänkandet för olika metoder att använda personal effektivare och hur personal kan tillföras utifrån. Utredningen bedömer att det ska tas fram särskilda beredskapskontrakt för att möjliggöra att förstärka hälso- och sjukvården med extra personal. De närmare villkoren bör tas fram av arbetsmarknadens parter utifrån allmänna utgångspunkter framtagna av Socialstyrelsen och SKR.

Internationellt stöd

Utredningen bedömer att möjligheterna till internationellt stöd på hälso- och sjukvårdsområdet i händelse av fredstida kriser är begränsade. Störst möjligheter till stöd finns under sådana förhållanden när Sverige, eller delar av Sverige, drabbas av en kris isolerat från andra länder. Vid händelser som påverkar hela Norden, Europa eller världen är möjligheterna till internationella stödresurser mycket begränsade. Sveriges beredskap för hälso- och sjukvården måste därför i första hand bygga på egna nationella resurser. Sådana resurser måste byggas upp lokalt, regionalt och nationellt och utgå ifrån hot och risker samt förmågan i vardagen. Det är en viktig del i det planeringsarbete som ska ske.

Utredningen föreslår också att det bör genomföras mer ingående analyser av de många olika frågor som rör hälso- och sjukvård i samband med Sveriges internationella samarbeten. Detta gäller både civila samarbeten i vardagen och vid kriser samt de försvarssamarbeten som innebär att utländska förband, inklusive sjukvårdspersonal, kan komma att verka eller öva i Sverige. I ett sådant uppdrag behöver bl.a. sjukvårdspersonalens rätt att utföra vård och behoven av att föra journal på andra språk än svenska beaktas. Utredningen anser att de olika frågorna behöver analyseras i ett sammanhang, både för fredstida

kriser och för krig, och inte som det hittills gjort som många olika delfrågor.

Forskning, utbildning och övning

Forskning, utbildning och övning inom katastrofmedicin, krisberedskap och sjukvård i totalförsvaret behöver öka i omfattning för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera situationer med många skadade eller sjuka samt katastrofer. Vårdpersonal behöver få den utbildning och övning som krävs för att de ska kunna lösa sina uppgifter i kris och krig, vilket t.ex. kan innefatta förändrade eller förenklade behandlingsmetoder.

Utredningen föreslår att ämnet katastrofmedicin ska införas i grundutbildningen för både läkare och sjuksköterskor. Detta ska ske genom en ändring i examensordningen för dessa professioner. Det behövs även en nationellt sammanhållen plan för utbildning och övning som stödjer kommuner, regioner och andra vårdgivare i den utbildning som krävs för att klara hälso- och sjukvårdens uppgifter vid händelser med många svårt skadade eller sjuka och vid katastrofer. Det är viktigt att de uppdrag Socialstyrelsen redan har fått av regeringen att ta fram utbildnings- och övningsplaner inom vissa prioriterade områden resulterar i konkreta planer som kan komma till användning i första hand hos regionerna. Uppdraget att tillhandahålla nationella utbildnings- och övningsplaner för hälso- och sjukvårdens beredskap föreslås införas som ett löpande uppdrag i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Utredningen föreslår också att de medel för kunskap om katastrofmedicin som sedan tidigare finns i Socialstyrelsens ramanslag överförs till ett särskilt forskningsanslag för katastrofmedicin. Inriktningen på forskningen behöver beslutas nationellt utifrån de särskilda behov som finns av att hantera situationer med många svårt skadade och sjuka, katastrofer och skador som uppstår i krig. Socialstyrelsen bör besluta om sådana satsningar och medelstilldelningen kan ske genom riktade utlysningar. Viss del av medelstilldelningen bör vara riktade mot att sprida kunskap och stödja Socialstyrelsens nationella arbete.

Smittskydd och hälsohot

Genom tilläggsdirektiv hösten år 2021 har utredningens uppdrag avseende smittskydd och hälsohot begränsats. Regeringen har med anledning av pandemin tillsatt en annan utredning för att se över smittskyddslagen i syfte att skapa en författningsberedskap för framtida pandemier. Utredningen har dock enligt direktiven fortfarande i uppdrag att lämna förslag till en författningsreglering av statens ansvar för kostnader för inköp av pandemivaccin. Utredningen lämnar därför förslag till en ny bestämmelse i smittskyddslagen (2004:168) som tydliggör detta ansvar.

Därutöver har utredningen i uppdrag att analysera förmågan att vårda och transportera patienter med högsmittsam infektion. Utredningen konstaterar att det behöver säkerställas att det finns hög-isoleringsenheter i Sverige med ett formellt uppdrag och förmåga att vårda och transportera patienter med högsmittsam infektion. Ett sådant uppdrag ska vara rikstäckande. Socialstyrelsen har sedan utredningen tillsattes påbörjat ett arbete med nivåstrukturering av hög-isoleringsvården inom processen för nationellt högspecialiserad vård. Om detta arbete bär frukt bedömer utredningen beredskapen för att hantera enstaka patienter med högsmittsam infektion är tillgodosedd. För situationer med många smittade behöver däremot ytterligare planering genomföras.

Avslutningsvis lyfter utredningen fram vissa andra områden inom smittskydd och hälsohot som särskilt behöver beaktas i kommuners och regioners planering av hälso- och sjukvården, t.ex. sjukvård i samband med karantän och nya sjukvårdsbehov som uppkommer av klimatförändringarna.

Prehospital akutsjukvård, sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst

Regionerna ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för sjuktransporter. Regionerna behöver, var och en för sig eller gemensamt, säkerställa att hälso- och sjukvården har kapacitet att hantera sina behov av sjuktransporter. Vissa myndigheter som normalt inte utför sjuktransporter kan under vissa förutsättningar bistå hälso- och sjukvården, men det kan inte tas för givet eftersom myndigheterna i första hand

är skyldiga att upprätthålla sin egen verksamhet. Deras möjligheter att stödja hälso- och sjukvården är beroende av vad som händer i samhället i övrigt.

Alarmering, prioritering och dirigering av sjuktransporter är centrala funktioner för hälso- och sjukvården och de behöver vara robusta och kunna upprätthållas även vid kris och i krig. Alarmering vid akut skada eller sjukdomsfall sker alltid via nödnumret 112 som besvaras av SOS Alarm. Prioritering och dirigering av sjuktransporter sker däremot på olika sätt i olika regioner utifrån regionala förutsättningar. Samma krav på robusthet och säkerhetsskydd behöver gälla oavsett om verksamheten bedrivs av SOS Alarm eller av regionerna själva. Detta behöver beaktas när regionerna tar ställning till i vilken form de väljer att bedriva prioritering och dirigering av sjuktransporter.

Det har under lång tid påtalats att det finns behov av ökad nationell samordning av sjuktransporter i luften, på vatten och på väg. Det behöver också finnas en förmåga att, vid situationer med många skadade eller sjuka, eller då det av andra skäl föreligger en brist på sjuktransportresurser, kunna samverka kring prioritering och dirigering av transportresurser på nationell nivå. För att detta ska kunna ske behöver prioritering och dirigering ske utifrån gemensamma principer. Detta förutsätter gemensamma definitioner och minimikrav för de olika former av specialiserade sjuktransporter som i dag finns.

Regionerna behöver genom samverkan med kommunal och statlig räddningstjänst säkerställa att prehospitala akutsjukvårdsinsatser kan utföras även i samband med räddningsinsatser i oländig terräng, exempelvis i skog, till sjöss eller i fjällmiljö. Överenskommelser om räddningstjänsten möjligheter att utföra sjukvård finns ofta mellan regioner och kommunal räddningstjänst. Däremot saknas det mellan regioner och statlig räddningstjänst. Utredningen föreslår en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen enligt vilken regioner med bibehållet huvudmannaskap och vårdgivaransvar får sluta avtal med kommunal eller statlig räddningstjänst om att utföra vård i väntan på sjuktransport. Vidare föreslås att Sjöfartsverket och Polismyndigheten ska ta initiativ till överenskommelser om samverkan med berörda regioner avseende hantering av hälso- och sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg och fjällräddningsinsatser. Socialstyrelsen bör vid arbetet med överenskommelserna lämna nödvändigt expertstöd.

I de delar av havet utanför Sveriges sjöterritorium, där räddningstjänst enligt internationella överenskommelser ankommer på svenska

myndigheter, ansvarar Sjöfartsverket för sjöräddning. Vid sådan sjöräddning ska även sjukvård kunna ges. Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård sträcker sig till endast till territorialgränsen. Utanför denna har regionerna enligt hälso- och sjukvårdslagen möjlighet, men inte skyldighet, att bedriva vård. För att Sverige ska kunna leva upp till ingångna internationella överenskommelser om att utföra sjöräddning med en parallell sjukvårdsinsats föreslår utredningen att Socialstyrelsen får i uppdrag att ingå avtal med regioner om sjukvårdsinsatser vid sjöräddningsinsatser på internationellt vatten. Eftersom sådana sjukvårdsinsatser ligger utanför regionernas skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen bör staten ersätta regionerna för deltagande i sådana insatser.

Försvarsmaktens hälso- och sjukvård

Försvarsmakten är en statlig vårdgivare som måste kunna bedriva hälso- och sjukvård under mycket speciella förutsättningar. Bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen gäller, med ett fåtal undantag, även för Försvarsmaktens verksamhet. På samma sätt som inom den vård som kommuner och regioner är huvudmän för, utförs vården inom Försvarsmakten av personal med olika kompetens. Vissa soldater får särskild sjukvårdsutbildning och blir sjukvårdare eller stridssjukvårdare. Därutöver får alla soldater en grundläggande utbildning så att de kan utföra första hjälpen, s.k. kamrathjälp.

Längst fram på stridsfältet i krig finns normalt inte tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det omedelbara medicinska omhändertagandet efter kamrathjälpen genomförs därför av icke legitimerade sjukvårdare. Dessa behöver kunna utföra vissa vårdåtgärder i avvaktan på att den skadade kan komma under vård av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Utredningen bedömer att de hinder som finns mot sådant omhändertagande i gällande rätt inte finns i lag och förordning, utan i myndighetsföreskrifter. Mot bakgrund av det aktuella säkerhetsläget och den återupptagna totalförsvarsplaneringen anser utredningen att det kan finnas skäl för Socialstyrelsen och Läkemedelsverket att i nära samverkan med Försvarsmakten göra en översyn av föreskrifterna för att skapa förutsättningar för att tillgodose skadade personers behov av vård även i krig.

Försvarmaktens hälso- och sjukvårdsresurser är begränsade och vården i krig bygger på att soldater med svårare skador och sjukdomar förs vidare till civil hälso- och sjukvård. Det faktum att en skadad eller sjuk soldat rör sig mellan den militära och den civila sjukvården medför att Försvarmakten, både i egenskap av arbetsgivare och i egenskap av remitterande vårdgivare, har behov av att få information om på vilket sjukhus eller vilken vårdinrättning som soldaten befinner sig. Försvarmakten behöver också kunna få information om ifall en soldat har avlidit på sjukhus eller annan vårdinrättning. Utredningen föreslår därför att det i patientsäkerhetslagen införs en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att under höjd beredskap lämna uppgift till Försvarmakten om huruvida Försvarmaktens personal vistas på en sjukvårdsinrättning.

Konsekvenser av utredningens förslag

Utredningens förslag syftar alla till att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap och innebär därmed i vissa delar ökade kostnader. Dessa kostnader behöver ställas i relation till kostnader som är förknippade med dagens system och följderna av de begränsningar i beredskap som i dag finns inom hälso- och sjukvården. Utredningen har uppskattat en del av dessa kostnader utifrån en övning som Socialstyrelsen genomförde på uppdrag av regeringen. Detta s.k. nollalternativ uppvisar ett exempel på vilka effekter och kostnader som skulle kunna undvikas genom en bättre beredskap med ökad utbildning och övning. Nollalternativet bör därmed ställas i relation till utredningens förslag.

De samlade kostnaderna för förslagen i detta slutbetänkande beräknas till 86 miljoner kronor över tidsperioden 2023 till och med 2035. Kostnaderna fördelar sig jämt över åren. Delar av utredningens förslag föreslås finansieras utifrån medel som avsatts för hälso- och sjukvård i totalförsvarspropositionen för åren 2021–2025. Därutöver föreslås att regeringen avsätter medel för utredningens förslag inom ramen för kommande totalförsvarspropositioner för åren 2026–2035.

Sjukvårdens samlade beredskap eller förmåga för fredstida kriser eller krig byggs inte enbart genom denna utrednings förslag. En bättre beredskap i hälso- och sjukvården kommer naturligtvis kosta betydligt mer än det ovan angivna beloppet. Utredningen har tidigare presenterat ett förslag för en stärkt försörjningsberedskap som är för-

enat med betydligt ökade kostnader. Genom de förslag som utredningen presenterar i detta betänkande tydliggörs behoven av analys och planering. I sådant arbete kommer det identifieras behov av både riskreducerande åtgärder och ökade förmågor både för den fredstida beredskapen och för totalförsvaret. Sådana åtgärder och förmågor kommer innebära ökade kostnader och behöver finansieras. Detta är dock inte kostnader som uppstår genom denna utrednings förslag utan behöver finansieras inom ramen för de finansieringsprinciper som redan råder. Det innebär t.ex. att kommuner och regioner ska finansiera åtgärder som kommer av deras skyldigheter att upprätthålla vård även vid situationer med många samtidigt skadade eller sjuka, katastrofer och den normala vården i krig. Staten ska finansiera sådana särskilda åtgärder som krävs för att möta de specifika vårdbehov som uppstår som en konsekvens av krig.

