Socialstyrelsen

Lagerhållningsskyldighet av sjukvårdsprodukter för kommuner och regioner

Delredovisning av regeringsuppdrag

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-4-10144

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, april 2026

Förord

I april 2025 fick Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda arbetet med att genomföra förslagen i lagrådsremissen Hälso- och sjukvårdens beredskap (S2025/00837).

Av uppdraget framgår det bland annat att Socialstyrelsen ska ta fram underlag för att regeringen ska kunna meddela föreskrifter om innehåll i och omfattning av den föreslagna lagerhållningsskyldigheten i fråga om sjukvårdsprodukter för kommuner och regioner samt lämna förslag på sådana föreskrifter. Kopplat till detta ska Socialstyrelsen redovisa en analys och kostnadsbedömning för uppbyggnad och förvaltning av den föreslagna lagerhållningsskyldigheten.

I rapporten presenteras underlag och förslag till regeringen om föreskrifter avseende kommuners och regioners lagerhållning av sjukvårdsprodukter. Rapporten innefattar även en analys och förslag kring uppbyggnad och förvaltning av den föreslagna lagerhållningsskyldigheten samt en konsekvens- och kostnadsbedömning av lagerhållningsskyldigheten i kommunal och regional hälso- och sjukvård.

Rapporten riktar sig till regeringen, men kan även vara av intresse för kommuner och regioner i deras arbete med försörjningsberedskap.

Författarna till denna rapport har varit projektledaren Elma Tajic, juristerna Louise Follin Johannesson och Åsa Lindberg, hälsoekonomerna Birgitta Svensson och Maria Silfverschiöld samt utredarna Annica Myhr Ahron, Elisabet Hedin Ribeiro och Klara Nyström. Projektägare har varit enhetschef Klara Diskay.

Björn Eriksson

Generaldirektör
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord **3**

Sammanfattning **6**

Lagerhållningsskyldighet av sjukvårdsprodukter 6

Socialstyrelsens förslag och bedömningar 7

Uppdraget och dess genomförande **9**

Uppdraget 9

Uppdragets genomförande 10

Omfattning och avgränsningar 11

Lagerhållningsskyldighetens innehåll och omfattning **13**

Krav på kommuner och regioner att lagerhålla sjukvårdsprodukter från den 1 januari 2027 13

Förteckningar som reglerar lagerhållningsskyldigheten är inte en lämplig lösning 14

Omsättningslagring som uppgår till en månads förbrukning är rimlig 15

Vilka sjukvårdsprodukter ingår i lagerhållningsskyldigheten? 16

Kommuner och regioners ansvar som huvudmän 17

Möjlighet att undanta en viss produkt från en månads lagerhållning 19

Förslag till regeringens föreskrifter om lagerhållningsskyldighet **20**

Författningsförslag 20

Kommentar till författningsförslaget 21

Uppbyggnad av lager **27**

Bygga upp lager tar tid 27

Utmaningar i att bygga lager 28

Försörjningen av sjukvårdsprodukter i kommuner och regioner ser olika ut 30

Vårdhygieniska aspekter på lagerhållning 32

Socialstyrelsens slutsatser 33

Alternativa sätt att reglera kommuners och regioners lagerhållningsskyldighet **34**

Innehåll i lagerhållningsskyldigheten baseras på vilka produkter vårdgivarna själva bedömer behöver ingå 34

Innehåll i lagerhållningsskyldigheten baseras på förteckningar 35

Innehåll i lagerhållningsskyldigheten baseras på förteckningar för vissa sjukvårdsprodukter och vårdgivarnas egna val för andra 36

Modell för löpande förvaltning 37

Tillsyn och uppföljning 37

Ekonomiska konsekvenser av den föreslagna lagerhållningsskyldigheten 40

Berörda av förslagen 40

Metod 40

Analys och ekonomiska uppskattningar för att bygga upp och upprätthålla lager 41

Risk och osäkerhetsfaktorer 49

Slutsats 50

Konsekvenser för det kommunala självstyret 51

Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram underlag och förslag till regeringen om föreskrifter kring kommuners och regioners skyldighet att lagerhålla sjukvårdsprodukter från 1 januari 2027. Myndigheten har utgått från tidigare underlag om försörjningsberedskap men bedömer efter dialoger med kommuner och regioner att särskilda förteckningar över produkter inte är lämpliga för detta ändamål. Istället bedömer Socialstyrelsen att varje kommun och region själv bör avgöra vilka sjukvårdsprodukter som ska lagerhållas utifrån lokala behov. Att inte ha specifika förteckningar ger bättre förutsättningar för lokalt anpassade lager och flexibilitet vid förändringar. Socialstyrelsen bedömer därmed att arbetet med att identifiera vilka produkter som ska omfattas av lagerhållningsskyldigheten avgörs bäst av kommuner och regioner. På så sätt blir det sortiment som lagerhålls anpassat till lokala behov och stämmer bättre överens med den vård som bedrivs inom respektive kommun och region.

Socialstyrelsen bedömer även att det finns behov av att följa upp och utöva tillsyn över kommuners och regioners lagerhållningsskyldighet. Den tillsyn som Läkemedelsverket och IVO ansvarar för bedöms inte kräva några initiala förändringar i tillsynsmyndigheternas arbetssätt, men Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av en fortsatt dialog mellan regeringen och myndigheterna för att säkerställa ändamålsenlig tillsyn.

Socialstyrelsen ser behov av att följa upp och stödja kommuner och regioner i deras lagerhållning. Genom utveckling av stöd- och uppföljningssystem kan en nationell överblick skapas, vilket stärker förmågan att hantera störningar och kriser. Socialstyrelsen kan också samordna kunskap och insatser mellan nationella strategier och lokalt arbete, och därmed bidra till ett starkare totalförsvar.

Lagerhållningsskyldighet av sjukvårdsprodukter

Förutsättningar att arbeta med kravet på utökad lagerhållning skiljer sig mellan olika kommuner och regioner. Det är utmanande att bygga lager, det krävs resursförstärkning på central nivå men också lokalt hos respektive vårdenhet. Arbetet innebär att det oftast behöver anställas nya resurser, exempelvis inköpare, logistiker, ekonomer, lagerpersonal. De nyskapade, alternativt utökade, lagren behöver omsättas för att minska risken för kassation. Av samma anledning kommer det krävas kontinuerligt sortimentsarbete för löpande anpassningar av innehåll och omfattning av den lagerhållning som kommuner och regioner bygger upp.

Kommuner och regioner uttrycker oro över att lagerhålla en månad av alla sjukvårdsprodukter mot bakgrund av att antalet produkter riskerar att bli stort och svårt att omsätta. Detta gäller särskilt gäller som används i små volymer.

Socialstyrelsens förslag och bedömningar

Socialstyrelsen bedömer att lagerhållningsskyldigheten ska omfatta läkemedel, medicintekniska produkter av förbrukningskarakär, livsmedel för speciella medicinska ändamål samt personlig skyddsutrustning av förbrukningskaraktär, men inte sjukvårdsprodukter som förskrivs till enskilda patienter.

Socialstyrelsen instämmer i regeringens bedömning att kommuner och regioner bör lagerhålla sjukvårdsprodukter motsvarande en månads förbrukning, enligt principen omsättningslagring. Under dialoger har denna nivå bedömts som rimlig av kommuner och regioner, och den stämmer överens med nuvarande överenskommelser för vård som inte kan anstå. Erfarenheter från inköp efter pandemin har visat att större lager, exempelvis för tre månader, kan leda till svårigheter med omsättning och därmed ökad kassation av produkter. Därför föreslås en månads lagerhållning som huvudregel, men det är möjligt för kommuner och regioner att frivilligt lagerhålla mer om så önskas. Lagerhållningens omfattning kan även behöva anpassas efter lokala behov och vårdnivåer.

Socialstyrelsen anser att dimensioneringen av lager behöver utgå från den vård som bedrivs och den totala förbrukningen, även hos andra vårdgivare än den vård som drivs i egen regi.

Socialstyrelsen konstaterar att uppbyggnaden av lagerhållningsförmåga inom kommunal och regional hälso- och sjukvård är komplex och kräver noggrann planering utifrån att, många beroenden finns. En successiv och planerad lageruppbyggnad är nödvändig, eftersom marknaden inte alltid kan möta ett snabbt ökat behov. Ett stegvis införande har diskuterats, där lager byggs upp successivt, men Socialstyrelsen bedömer att ett stegvis införande inte är en framkomlig väg eftersom det kräver mer administration och koordinering än ett simultant införande.

Kommuner och regioner upplever osäkerhet kring uppbyggnaden av lagerhållning av sjukvårdsprodukter. Förutsättningarna och lösningarna skiljer sig mycket både inom och mellan kommuner och regioner, vilket gör det svårt att ge en heltäckande ekonomisk uppskattning över konsekvenserna. Det finns även brister och osäkerheter i insamlade data och underlag, och rapportens urval av kommuner är begränsat, vilket påverkar möjligheten att dra generella slutsatser. De insamlade ekonomiska

uppskattningarna varierar stort på grund av lokala skillnader i demografi, organisation och nuvarande kapacitet, samt bristande överblick av lokala resurser och förutsättningar.

Sammanfattningsvis föreslår Socialstyrelsen att kommuner och regioner ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för en månads normalförbrukning med utgångspunkt i det egna behovet. Förslaget omfattar inte produkter som förskrivs till enskilda patienter. Lagerhållningsskyldighet kan regleras via avtal mellan kommun och region och privata aktörer. Socialstyrelsen föreslår också att lagerhållningsskyldigheten i vissa fall kan undantas för specifika produkter, exempelvis om de är mycket utrymmeskrävande, dyra eller har särskilda säkerhetskrav. Avsteg får enligt förslaget endast göras om det finns särskilda skäl och de behöver vara väl motiverade och dokumenterade.

Uppdraget och dess genomförande

Uppdraget

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag[1] att förbereda arbetet med att genomföra förslagen i lagrådsremissen Hälso- och sjukvårdens beredskap som beslutades av regeringen den 16 april 2025.

Förslagen i lagrådsremissen, senare propositionen 2024/25:167 om hälso- och sjukvårdens beredskap, innebär bland annat att det förtydligas vilka skyldigheter kommuner och regioner har att erbjuda vård och hjälpa varandra under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd i hälso- och sjukvården. Det föreslås även en lagerhållningsskyldighet i fråga om sjukvårdsprodukter för kommuner och regioner.

Uppdraget som redovisas i denna rapport gäller den föreslagna lagerhållningsskyldigheten.

Av de delar i uppdraget som rör lagerhållningsskyldighet framgår följande:

- Socialstyrelsen ska ta fram underlag för att regeringen ska kunna meddela föreskrifter om innehåll i och omfattning av den föreslagna lagerhållningsskyldigheten i fråga om sjukvårdsprodukter för kommuner och regioner, och lämna förslag på sådana föreskrifter.
- I arbetet med att ta fram underlag för regeringens föreskrifter om lagerhållningsskyldighet ingår att analysera och lämna förslag på hur uppbyggnaden av lager kan genomföras.
- I arbetet bör Socialstyrelsen bland annat utgå från de underlag som tagits fram inom ramen för myndighetens tidigare uppdrag om att ta fram underlag för vilka sjukvårdsprodukter som ska omfattas av försörjningsberedskapen (S2022/04550).
- Socialstyrelsen bör också analysera och beräkna kostnaderna för att bygga upp och upprätthålla lager och föreslå en modell för den löpande förvaltningen och framtida ändringar i regeringens föreskrifter.

Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet, Socialdepartementet senast den 31 mars 2026.

[1] Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda arbetet med att genomföra förslagen i lagrådsremissen Hälso- och sjukvårdens beredskap (S2025/00866 [delvis]).

Uppdragets genomförande

I syfte att inhämta information, synpunkter och erfarenheter har myndigheten haft en nära dialog med ett flertal region- och kommunrepresentanter. I vissa fall genomfördes fördjupade dialoger med utvalda kommuner och regioner. Även dialoger med näringslivet (vissa branschorganisationer men också enskilda leverantörer) kopplat till försörjning av sjukvårdsprodukter samt med vissa yrkesorganisationer har genomförts inom ramen för uppdraget.

I syfte att diskutera hur den föreslagna lagerhållningsskyldigheten påverkar den tillsyn som Läkemedelsverket och Inspektionen för vård och omsorg, IVO, ansvarar för har Socialstyrelsen genomfört dialoger med båda myndigheterna.

Eftersom regionerna redan har påbörjat lageruppbyggnad utifrån tidigare överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (bland annat i S2022/02827, S2023/02112, S2024/02033 och S2024/03335)[2] bedöms det finnas betydande erfarenhet inom lagerhållning och kostnader kopplade till lagerhållning som myndigheten behöver beakta. Utvärderingarna av dessa överenskommelser har använts som referensmaterial.[3]

Avseende kommunernas arbete med lagerhållning av sjukvårdsprodukter förekommer inte motsvarande överenskommelse mellan kommuner och staten. Kommunerna kan ansöka om statsbidrag[4] för beredskapsarbete och till viss mån nyttja det till inköp av utrustning och material för att minska sårbarheten inom socialtjänst och hälso- och sjukvård under höjd beredskap.[5] Av Socialstyrelsens utvärderingsrapport[6] för 2024 framgår det att endast cirka 5 procent av medlen har använts till inköp av utrustning/material för lagerhållning, och då framför allt till inköp av förbrukningsartiklar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

---

[2] Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2022 – Tilläggsöverenskommelse om försörjningsberedskap för läkemedel mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner - Regeringen.se; Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar, avseende försörjningsberedskap för läkemedel – Regeringen.se; Tilläggsöverenskommelse om försörjningsberedskap för läkemedel mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner – Regeringen.se; Överenskommelse om försörjningsberedskap för medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner – Regeringen.se.

[3] Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar – Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av överenskommelser mellan staten och SKR 2021–2023 – Socialstyrelsen; Hälso- och sjukvårdens arbete med försörjningsberedskap - Socialstyrelsen.

[4] Förordning (2023:490) om statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap.

[5] Statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap – Socialstyrelsen (Anvisningar 2026).

[6] Socialstyrelsen - Redovisning och utvärdering av 2024 års statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap.

Utvärderingen för 2025 är vid tidpunkten för denna rapports upprättande inte färdigställd.

I sitt arbete att stärka försörjningsberedskap av sjukvårdsprodukter kan kommuner också nyttja de medel som Myndigheten för civilt försvar enligt sitt regleringsbrev för 2026[7] ska fördela till kommuner. Denna ersättning ska finansiera investeringar i försörjningsberedskap eller ha en nära koppling till försörjningsberedskap och ligger i linje med den blocköverskridande överenskommelsen[8] från juni 2025 om en upprustning av totalförsvaret.

Inhämtning av information, erfarenheter och synpunkter från kommuner gällande lagerhållning av sjukvårdsprodukter samt kostnader kopplade till detta har genomförts i den omfattning som uppdragets tidsram har tillåtit. Detta har varit av stor vikt för uppdragets genomförande eftersom tidigare utvärderingar inte genomförts på motsvarande sätt som för regionerna.

Socialstyrelsen har under projektet genomfört flera workshops med representanter från olika kommuner och regioner. Kostnadsuppskattningar har efterfrågats från dessa i syfte att i detta uppdrag kunna genomföra kostnadsbedömningar samt förstå komplexiteten i uppbyggandet av denna förmåga. Denna inventering har vidare genomförts både i fördjupade dialoger och genom enkätutskick.

Omfattning och avgränsningar

Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen gjort följande bedömningar avseende omfattning, inriktning och avgränsningar:

- Detta uppdrag rör sjukvårdsprodukter. Med sjukvårdsprodukter avses enligt 2 kap 8 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, läkemedel, medicintekniska produkter, livsmedel för speciella medicinska ändamål och personlig skyddsutrustning. Tillverkningsmaterial ingår också i begreppet sjukvårdsprodukter men bedöms inte ingå i detta uppdrag eftersom dessa inte används inom kommuner och regioner och därmed inte kan omsättningslagras.
- I prop. 2024/25:167 anges att lagerhållningsskyldigheten byggs upp och förvaltas genom omsättningslagring.[9] Socialstyrelsen har därför avgränsat uppdraget till att omfatta sjukvårdsprodukter som är möjliga att omsättningslagra, det vill säga läkemedel, medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär, livsmedel för speciella medicinska ändamål och personlig skyddsutrustning av förbrukningskaraktär.

[7] Regleringsbrev för budgetåret 2026 avseende Myndigheten för civilt försvar (Fö2025/00241, Fö2025/01825 (delvis), Fö2025/01899).

[8] Blocköverskridande överenskommelse nådd om historisk upprustning – Regeringen.se.

[9] Se prop. 2024/25:167 s. 108 och 110.

- Uppdraget omfattar sjukvårdsprodukter som beställs till sjukvården och används på sjukhus eller andra vårdinrättningar inklusive inom kommunal hälso- och sjukvård.
- Sjukvårdsprodukter som används inom tandvården omfattas inte av uppdraget eftersom lagerhållningsskyldigheten endast regleras i HSL.
- Enligt prop. 2024/25:167 bör de förslag till föreskrifter som tas fram inte formuleras på produktnivå, dels eftersom det är utmanande att utforma en sådan reglering och hålla den aktuell, dels eftersom det väsentligt skulle inskränka hälso- och sjukvårdens frihet att själv avgöra sitt produktsortiment.[10]
- De förslag till föreskrifter om lagerhållningsskyldighet som tas fram bör enligt prop. 2024/25:167 inte innebära en lagerhållningsskyldighet som överstiger en månads normalförbrukning av de sjukvårdsprodukter som behövs för att bedriva hälso- och sjukvård i vardagen.[11]

[10] Se prop. 2024/25:167 s. 109.
[11] Se prop. 2024/25:167 s. 108.

Lagerhållningsskyldighetens innehåll och omfattning

Av uppdraget framgår det att Socialstyrelsen ska ta fram underlag för att regeringen ska kunna meddela föreskrifter om innehåll i och omfattning av den föreslagna lagerhållningsskyldigheten i fråga om sjukvårdsprodukter för kommuner och regioner, samt lämna förslag på sådana föreskrifter.

Vidare framgår det att myndigheten bör utgå från de underlag som tagits fram inom ramen för det uppdrag Socialstyrelsen 2022 fick av regeringen, som innebar att ta fram underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av försörjningsberedskapen (S2022/04550).[12] Inom ramen för det uppdraget upprättades förteckningar av aktuella sjukvårdsprodukter, vilka också fanns med som bilagor i myndighetens slutredovisning.

För att bedöma om och hur underlag inklusive företeckningarna från Socialstyrelsens rapport har nyttjats i kommuners och regioners arbeten med lageruppbyggnad har myndigheten i de dialoger som genomförts med kommuner och regioner diskuterat om det funnits behov eller värde av motsvarande underlag i detta uppdrag.

Krav på kommuner och regioner att lagerhålla sjukvårdsprodukter från den 1 januari 2027

I HSL, har det införts bestämmelser som anger att kommuner och regioner ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som de ska erbjuda enligt HSL.[13] Dessa ändringar börjar gälla den 1 januari 2027. Regeringen får meddela kompletterande föreskrifter (förordning) om innehållet och omfattningen av sådan lagerhållning.[14] Denna rapport innehåller förslag på sådana föreskrifter samt utgör ett underlag för regeringens fortsatta beredning i ärendet.

Sjukvårdsprodukter är enligt 2 kap. 8 § HSL läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning, livsmedel för speciella medicinska ändamål och tillverkningsmaterial.

[12] Socialstyrelsen, *Underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap*, Slutredovisning av regeringsuppdrag.

[13] Se 8 kap. 10 § första stycket och 12 kap. 7 § första stycket HSL.

[14] Se 8 kap. 10 § andra stycket och 12 kap. 7 § andra stycket HSL.

Förteckningar som reglerar lagerhållningsskyldigheten är inte en lämplig lösning

Inom ramen för uppdraget gällande vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av försörjningsberedskapen (S2022/04550) upprättades förteckningar av aktuella sjukvårdsprodukter som krävs för vård som inte kan anstå. Dessa förteckningar har sedan i viss utsträckning utgjort underlag för överenskommelserna som ingåtts mellan staten och SKR.

För att bedöma om och hur Socialstyrelsens rapport samt förteckningarna över sjukvårdsprodukter har använts i arbetet med lageruppbyggnad har myndigheten genomfört dialoger med kommuner och regioner samt i vissa fall yrkesorganisationer. Syftet med dialogerna har varit att ge myndigheten en förståelse för hur dessa förteckningar har nyttjats samt diskutera om det finns behov och värde i att ta fram liknande underlag i detta uppdrag.

Dialogerna har tydligt visat att kommuner och regioner inte är behjälpta av särskilda förteckningar om vad som lagerhållningsskyldigheten ska innehålla. I stället har de lyft vikten av att, utifrån sina respektive behov, själva bedöma vilka sjukvårdsprodukter som ska ingå i den förslagna lagerhållningsskyldigheten. Samtidigt ser representanterna från kommunerna och regionerna att de kommande kraven ger dem möjlighet att se över sin egen användning av sjukvårdsprodukter och den mångfald av olika produkter som används. Därmed får de även möjlighet att se över de inköpskanaler som nyttjas i syfte att optimera sortimentet och få bättre överblick av de inköpsflöden som finns inom respektive kommun eller region.

Idag finns det inte några samlade uppgifter om vilka sjukvårdsprodukter som används och behövs inom svensk hälso- och sjukvård. Detta gäller främst medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning samt livsmedel för speciella medicinska ändamål. Läkemedelsanvändning är mer reglerad och kan följas upp via den försäljningsstatistik som regelbundet redovisas till E-Hälsomyndigheten.

Mot bakgrund av de genomförda dialogerna och framförda resonemang bedömer myndigheten att framtagning av underlag liknande de förteckningar som gjordes inom ramen för Socialstyrelsens tidigare uppdrag (S2022/04550) inte är lämpligt eller skapar något mervärde för kommuner och regioner. Kommuner och regioner behöver, utifrån sina egna behov och förbrukning, själva bedöma urvalet av sjukvårdsprodukter på den detaljerade nivån som de sedan ska lagerhålla genom omsättning.

Socialstyrelsens bedömning är att avsaknad av specificerade förteckningar som styr mot ett visst sortiment skapar förutsättningar för att välavvägda,

lokalt anpassade produkter omsättningslagras i en månad hos kommuner och regioner. De produkter som ska lagerhållas kommer då överensstämma bättre med vårdgivarnas faktiska behov och medför även att kommuner och regioner har kontroll över sitt eget sortiment. Detta underlättar för en snabb anpassning av sortimentet till förändrade lokala förutsättningar såsom upphandlingar, nya behandlingsrekommendationer och teknikutveckling.

Socialstyrelsens slutsats är att ett initialt större sortimentsarbete behöver göras inom kommuner och regioner för att besluta om vilka sjukvårdsprodukter som uppfyller kraven för lagerhållningsskyldighet samt eventuella avsteg. Detta arbete behöver genomföras oberoende av på vilket sätt omfattning av lagerhållningsskyldigheten beskrivs i denna rapport.

Omsättningslagring som uppgår till en månads förbrukning är rimlig

Enligt prop. 2024/25:167 anser regeringen att en månad omsättningslagring av sådana produkter som kommuner och regionerna använder i vardagen är en rimlig nivå på lagerhållningsskyldighet för normala förhållanden.[15] Med omsättningslagring avser Socialstyrelsen i denna rapport lagerhållningsprincip som bygger på att de produkter som lagerhålls fortlöpande omsätts genom successiv förbrukning och ersättning. Detta möjliggör lagerhållning utan att produkter ackumuleras eller passerar sitt utgångsdatum och därmed måste kasseras.

Under dialogerna med kommun- och regionrepresentanter har det framkommit att en månads lagerhållning upplevs som rimlig. Utifrån överenskommelserna mellan staten och SKR finns det redan en grund lagd för en månads lagerhållning för vård som inte kan anstå[16] och det upplevs rimligt att även denna lagerhållningsskyldighet ligger på samma nivå. Sedan pandemin har vissa kommuner och regioner arbetat aktivt med att skapa lagerhållning för i vissa fall upp till tre månader förbrukning av vissa kritiska sjukvårdsprodukter. Detta arbete har visat på utmaningar att omsätta en så stor volym av produkterna särskilt om användningen inte är så stor i vardagen vilket har lett till att produkter har fått kasseras.

Mot bakgrund av dessa resonemang bedömer myndigheten att lagerhållningen i kommuner och regioner som huvudregel ska avse en månads förbrukning av de sjukvårdsprodukter som används i hälso- och sjukvården i vardagen, till exempel inom den slutna vården inklusive specialistmottagningar, kommunal hälso- och sjukvård eller på öppenvårdsmottagningar. Innehållet i lagerhållningsskyldigheten kan dock

[15] Se prop. 2024/25:167 s. 107.

[16] Detta begrepp har sedermera, i beredskapssammanhang, ändrats till vård som är nödvändig för liv och hälsa, se 16 a kap. 1 § HSL och prop. 2024/25:167 s. 32 ff.

behöva se olika ut beroende på den typ av vård eller vårdnivå som bedrivs inom respektive kommun eller region och de erfarenheter som finns lokalt.

Bedömningen att lagerhållningsskyldigheten ska omfatta en månads normalförbrukning innebär dock inget hinder mot att kommuner och regioner på eget initiativ lagerhåller sjukvårdsprodukter i en omfattning som överstiger en månads normalförbrukning.[17]

Vilka sjukvårdsprodukter ingår i lagerhållningsskyldigheten?

I prop. 2024/25:167 bedömer regeringen att lagerhållningen i kommuner och regioner bör avse en viss volym av de produktkategorier som används i hälso- och sjukvården i vardagen, till exempel inom sluten vård, kommunal vård eller på öppenvårdsmottagningar.[18] Innehållet i lagerhållningsskyldigheten kan därmed se olika ut beroende av bland annat omfattning av högspecialiserad vård som bedrivs inom respektive kommun eller region. I prop. 2024/25:167 anges det dessutom att lagerhållningsskyldigheten ska byggas upp och förvaltas genom omsättningslagring. Läkemedel och andra sjukvårdsprodukter som förskrivs och lämnas ut till patienten av öppenvårdsapotek omfattas inte av lagerhållningsskyldigheten.[19]

I dialogerna med kommuner och regioner har det uttryckts en farhåga över innehållet av den föreslagna lagerhållningsskyldigheten. Att lagerhålla en månad av alla sjukvårdsprodukter som används inom vården bedöms som en utmaning utifrån flera aspekter. Framför allt ser kommuner och regioner att antalet produkter, utan tydliga avgränsningar, riskerar att bli mycket stort, utrymmeskrävande och svårt att omsätta på ett ändamålsenligt sätt. Kommuner och regioner använder ett stort antal specifika produkter i begränsade volymer, vilket ytterligare komplicerar förutsättningarna för omsättningslagring.

Socialstyrelsen har utifrån prop. 2024/25:167 bedömt att uppdraget omfattar sjukvårdsprodukter, det vill säga läkemedel, medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär, livsmedel för speciella medicinska ändamål och personlig skyddsutrustning av förbrukningskaraktär, som beställs till den kommunala och regionala hälso- och sjukvården. Sjukvårdsprodukter som bör ingå i lagerhållningsskyldigheten är sådana som är möjliga att lagerhålla med fortlöpande omsättning samt som beställs till sjukvården och används

[17] Se prop. 2024/25:167 s. 108.
[18] Se prop. 2024/25:167 s. 107.
[19] Se prop. 2024/25:167 s. 107 f.

på sjukhus eller andra vårdinrättningar inom kommunal hälso- och sjukvård.[20]

Detta innebär att dessa produkter köps in och används i den omfattning att avsaknad skulle medföra svårigheter för kommuner och regioner att bedriva den vård som de är ålagda att utföra. Volymen som behöver omsättningslagras för att uppnå denna förmåga behöver beslutas i nära samråd med verksamheterna.

Sjukvårdsprodukter som förskrivs till enskilda patienter, oavsett om det är läkemedel, livsmedel för speciella medicinska ändamål eller andra sjukvårdsprodukter, omfattas inte av den lagerhållningsskyldighet som Socialstyrelsen lämnar förslag till i denna rapport.

Kommuner och regioners ansvar som huvudmän

Kommuner och regioner har det övergripande ansvaret enligt HSL att inom sina ansvarsområden erbjuda vård åt dem som är bosatta i regionen respektive ingår i de patientgrupper som ska erbjudas kommunal hälso- och sjukvård.[21] Kommuner och regioner är också skyldiga att i sin planering beakta den vård som bedrivs av andra aktörer.[22] Enligt regeringen bör kommunen respektive regionen ansvara för att det finns en lagerhållning av produkter som motsvarar den totala förbrukningen för all offentligt finansierad vård i respektive kommun och region. Kommuner och regioner kan genom avtal med privata aktörer reglera detta så att de privata aktörerna ska ansvara för att lagerhålla sjukvårdsprodukter motsvarande en viss tids normalförbrukning inom den egna verksamheten.[23]

Trots att kommunerna och regionerna är huvudmän och har ansvar för att sjukvården bedrivs på ändamålsenligt sätt utifrån HSL upplever vissa kommuner och regioner att det finns utmaningar att säkerställa att även vård som utförs av privata vårdgivare på kommunens eller regionens uppdrag uppfyller den föreslagna lagerhållningsskyldighet. Privata vårdgivare med avtal med kommun eller region kan inte åläggas att köpa läkemedel eller andra sjukvårdsprodukter via kommunens eller regionens avtalade leverantörer även om de kan erbjudas att göra det. Den farhåga som har lyfts upp i dialogerna Socialstyrelsen har haft är att kommuner och regioner ska behöva lagerhålla sjukvårdsprodukter även för de privata aktörerna. Om privata vårdgivare ska lagerhålla själva för en månad så behöver det framgå av de avtal som tecknas med kommunen eller regionen. Kommuner och

[20] Se prop. 2024/25:167 s. 107.
[21] Se 8,12 och 14 kap. HSL.
[22] Se prop. 2024/25:167 s. 110.
[23] Se prop. 2024/25:167 s. 111.

regioner har i dialog med Socialstyrelsens framfört att det behöver i sådana fall tydliggöras och att det behöver finnas tillräckligt med tid för att justera befintliga avtal.

Socialstyrelsen bedömer att kommuner och regioner vid dimensioneringen av lagren behöver ta hänsyn till den vård de är skyldiga att erbjuda enligt HSL samt beakta den förbrukning av sjukvårdsprodukter som sker på andra vårdenheter än de som bedrivs i egen regi. Vidare bedömer myndigheten i enlighet med prop. 2024/25:167 att kommuner och regioner genom avtal kan reglera att privata aktörer ska ansvara för att lagerhålla sjukvårdsprodukter motsvarande en viss tids normalförbrukning inom den egna verksamheten. Kostnaden för detta kan regleras i avtalen.

Enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel ska vårdgivaren (regionen) organisera läkemedelsförsörjning till och inom sjukhus på ett sådant sätt att den bedrivs rationellt och så att behovet av säkra och effektiva läkemedel tryggas.[24] Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård). [25] Regionen får också på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som bor i en särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § socialtjänstlagen (2025:400) eller får hemsjukvård genom kommunens försorg. Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden.[26] Enligt denna reglering kan en vårdgivare via sitt sjukhusapotek leverera läkemedel till och inom sjukhus. Det finns därför idag vissa hinder gällande regionernas möjligheter att som huvudman för hälso- och sjukvård kunna läkemedelsförsörja delar av den egna vårdverksamheten. Utredningen Säkrare tillgång till läkemedel (S20252:67)[27] ska bland annat ta ställning till om sjukhusapotek ska kunna tillgodose läkemedelsförsörjningen även till andra vårdinrättningar än sjukhus. Fram till att denna fråga blir omhändertagen behöver regionerna säkerställa läkemedelsförsörjningen på annat sätt till exempel via avtal med ett öppenvårdapotek.

Socialstyrelsen bedömer att lagerhållningsskyldighet kan uppfyllas genom dialog, översyn av rutiner och i vissa fall avtal.

[24] Se 5 kap. 1 § lagen om handel med läkemedel.
[25] Se 8 kap. 8 § HSL.
[26] Se 12 kap. 4 § HSL.
[27] Säkrare tillgång till läkemedel – Regeringen.se.

Möjlighet att undanta en viss produkt från en månads lagerhållning

Utgångspunkten i den föreslagna lagerhållningsskyldigheten av sjukvårdsprodukter för en månads normalförbrukning som tidigare beskrivs är att dessa ska omsättningslagras.

I prop. 2024/25:167 anges att eftersom inte alla produktkategorier lämpar sig för sådan lagerhållning behöver det finnas möjlighet att föreskriva om avsteg från denna huvudregel. För vissa produkter kan det vara rimligt att ha ett lägre krav på lagerhållning än det som föreskrivs generellt. Enligt regeringen gäller det till exempel mycket utrymmeskrävande produkter och produkter som av kostnadsskäl, hållbarhetsskäl eller på grund av särskilda förhållanden kring lagerhållningen är mycket dyra att lagerhålla. Exempel på produkter där särskilda förhållanden kan innebära svårigheter vid lagerhållning är gasflaskor och andra produkter med särskilda säkerhetsföreskrifter.[28]

Under Socialstyrelsens dialoger med kommuner och regioner har det efterfrågats en tydlighet i vilka sjukvårdsprodukter som kan undantas. Tydliga avgränsningar är av betydelse eftersom antalet produkter som ska lagerhållas annars kan bli väldigt omfattande, utrymmeskrävande och det kommer vara omöjligt att få till en bra omsättning menar kommuner och regioner. Vidare framhåller kommuner och regioner att ett stort antal specifika produkter används i mindre volymer och dessa är svåra att överblicka.

Socialstyrelsens bedömning är att kommuner och regioner kan, utifrån den vård de bedriver och de sjukvårdsprodukter de använder till att bedriva vård under normala förhållanden, göra avsteg från den föreslagna dimensioneringen om en månads lagerhållning.

De avsteg som en kommun eller region gör behöver vara välavvägda och dokumenterade. Avsteg får endast göras om det finns särskilda skäl. För de produkter som undantas ska kommunen och regionen säkerställa att den kan uppfylla sin skyldighet att erbjuda vård enligt HSL på annat lämpligt sätt. Riskerna med eventuella avsteg från lagerhållningsskyldigheten ska bedömas och åtgärderna dokumenteras.

[28] Se prop. 2024/25:167 s. 108.

Förslag till regeringens föreskrifter om lagerhållningsskyldighet

Strukturen och formuleringarna utgår från att förslaget tillförs hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) som ett nytt kapitel, förslagsvis i anslutning till *6 a kap. Kommuners och regioners beredskap*.

Författningsförslag

Kommuners och regioners lagerhållningsskyldighet

1 § Kommuner och regioner ska lagerhålla följande sjukvårdsprodukter:

1. läkemedel,
2. medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär,
3. livsmedel för speciella medicinska ändamål, och
4. personlig skyddsutrustning av förbrukningskaraktär.

2 § Lagerhållningsskyldigheten omfattar så mycket av de sjukvårdsprodukterna som anges i 1 § som kommunen eller regionen omsätter under en månad för sådan vård som de ska erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

3 § En regions lagerhållningsskyldighet enligt 1 § 1 omfattar även sådana läkemedel som regionen erbjuder enligt 12 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

4 § Lagerhållningsskyldigheten omfattar inte sjukvårdsprodukter som förskrivs till enskilda patienter.

5 § Om det finns särskilda skäl, behöver inte kommunen eller regionen lagerhålla en viss sjukvårdsprodukt för en månads omsättning.

För den sjukvårdsprodukt som undantas enligt första stycket ska kommunen eller regionen identifiera och bedöma de risker som kan påverka möjligheten att uppfylla skyldigheten att erbjuda vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, samt vidta nödvändiga åtgärder för att hantera dessa risker. Detta ska dokumenteras.

6 § De lokaler och utrymmen som används för lagerhållning ska vara ändamålsenliga för de produkter som lagerhålls.

Kommentar till författningsförslaget

Sjukvårdsprodukter som omfattas av förslaget

De exempel som anges i avsnitten nedan är inte uttömmande utan varje region och kommun behöver själva bedöma vilka produkter som ska lagerhållas för att uppfylla den föreslagna lagerhållningsskyldigheten.

Läkemedel

Lagerhållningsskyldigheten för läkemedel gäller för sådana läkemedel som förbrukas inom sluten vård och annan vård på sjukhus men även den förbrukning som sker inom öppen vård där regionen är huvudman, exempelvis på vårdcentraler, hälsocentraler och specialistmottagningar. De läkemedel som inte omfattas av lagerhållningsskyldigheten är enligt 4 § författningsförslaget sådana läkemedel som förskrivs till en enskild patient.

För regionerna gäller lagerhållningsskyldigheten även sådana läkemedel som regionen erbjuder enligt 12 kap. 4 § HSL. Enligt 12 kap. 4 § HSL får regionen på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som bor i en särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § socialtjänstlagen eller får hemsjukvård genom kommunens försorg. Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden.

Medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär

De medicintekniska produkter som omfattas av den föreslagna lagerhållningsskyldigheten är sådana som är av förbrukningskaraktär. Med det avses bland annat medicintekniska produkter som förbrukas fortlöpande och är av engångskaraktär. Exempel på sådana är olika tuber, slangar, kompresser, kanyler och handskar. Det kan också vara så kallade nycklade medicintekniska produkter, det vill säga produkter av förbrukningskaraktär som enbart går att använda i kombination med en eller flera specifika produkter. Exempel på detta är aggregat till infusionspumpar. Gemensamt för dessa är att de har ett beroende till minst en annan produkt, ofta någon typ av utrustning.

Medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär kan även vara enklare produkter för flergångsanvändning såsom vissa kirurgiska instrument. Beroende på den vård som bedrivs kan användningen och därmed sortimentet av medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär se olika ut.

Personlig skyddsutrustning av förbrukningskaraktär

Den personliga skyddsutrustning som omfattas av författningsförslaget är sådan som fortlöpande förbrukas i verksamheten. Det kan dels röra sig om utrustning av engångstyp, exempelvis plastförkläden och andningsskydd. Det kan även röra sig om utrustning av förbrukningskaraktär som i enlighet med tillverkarens anvisningar kan användas flera gånger, exempelvis vissa visir. Socialstyrelsen bedömer, utifrån de dialoger som myndigheten haft med representanter för kommuner och regioner att det är vedertaget vad som avses med personlig skyddsutrustning av förbrukningskaraktär.

Livsmedel för speciella medicinska ändamål

Livsmedel för speciella medicinska ändamål, Food for Special Medical Purposes (FSMP), är livsmedel för personer med olika sjukdomar eller åkommor som kräver speciell kost. Exempel på FSMP är sondnäring, kosttillägg och livsmedel för personer med medfödda rubbningar i ämnesomsättningen. Även modersmjölksersättning och tillskottsnäring för spädbarn med vissa sjukdomar eller rubbningar i ämnesomsättningen räknas som FSMP. FSMP är inte läkemedel och används inte som en medicinsk behandling för att förebygga, bota eller lindra sjukdomar.[29] De FSMP som omfattas av författningsförslaget behöver vara anmälda som FSMP hos Livsmedelsverket.

Sjukvårdsprodukter som förskrivs till enskilda patienter omfattas inte av förslaget

Enligt författningsförslaget omfattar inte lagerhållningsskyldigheten läkemedel, medicintekniska produkter eller FSMP som förskrivs till enskilda patienter. Nedan redogörs för begreppet förskriva inom respektive produkttyp som omfattas av begreppet sjukvårdsprodukt (läkemedel, medicinteknisk produkt och FSMP) i syfte att öka förståelsen för vilka situationer som faller utanför författningsförslaget. Med förskrivning till enskild patient avses i detta sammanhang läkemedel, medicintekniska produkter eller FSMP som en patient får på exempelvis recept eller hjälpmedelskort och som denne sedan hämtar ut på ett öppenvårdsapotek eller på en av regionen eller kommunen anvisad enhet eller liknande.

Förskrivning av läkemedel

Begreppet förskriva används och definieras i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och

[29] Livsmedel för speciella medicinska ändamål – FSMP – Kontrollwiki, hämtad 2026-02-21.

teknisk sprit. Förskriva betyder att utfärda recept vilket kan jämföras med begreppet förordna som betyder att utfärda recept eller rekvisition av läkemedel eller teknisk sprit.[30] Begreppet förskriva är således ett smalare begrepp än begreppet förordna. Begreppet rekvirera används även när vårdgivare beställer (rekvirerar) läkemedel från en detalj- eller partihandlare att användas inom hälso- och sjukvården vid olika behandlingar som ges till patient.

Förskrivning av medicintekniska produkter

Begreppet förskrivning av medicinteknisk produkt är inte definierat i författning. Däremot finns det bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården som bland annat rör kompetens för den som förskriver medicintekniska produkter och krav på att vårdgivaren ska fastställa rutiner för förskrivning.[31] Dessa bestämmelser gäller oavsett om det är en medicinteknisk produkt av förbrukningskaraktär eller om det en medicinteknisk produkt för användning under en längre period (exempelvis rullstol). Förskrivning av medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär är ofta sådana produkter som omfattas av läkemedelsförmånerna enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Förskrivning av FSMP

Vad gäller begreppet förskrivning av FSMP är det inte särskilt definierat i lag, förordning eller i myndighetsföreskrifter. Socialstyrelsens uppfattning är att förskrivningsprocessen kan se olika ut mellan olika kommuner och regioner.

Det finns bestämmelser i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:13) om förskrivning av vissa livsmedel som rör krav på kompetens för den som förskriver samt bestämmelser om själva förskrivningsprocessen.[32] De livsmedel som omfattas av LVFS 1997:13 är sådana som är förskrivna till personer under 16 år och är subventionerade enligt lagen om läkemedelsförmåner.

Sammanfattning avseende avgränsningen förskrivning till enskild

Vad som avses med begreppet förskrivning till enskild patient bedömer Socialstyrelsen, utifrån dialoger med kommuner och regioner, är vedertaget

[30] Se 1 kap. 7 § HSLF-FS 2021:75.
[31] Se exempelvis 2 kap. 2 och 3 §§, 3 kap. 1 och 2 §§ samt 4 kap. HSLF-FS 2021:52.
[32] Se 2 § LVFS 1997:13.

även om det inte för medicintekniska produkter eller FSMP är särskilt definierat i författning.

En månads omsättningslagring

Lagerhållningsskyldigheten omfattar så mycket av de sjukvårdsprodukter som anges i 1 § som kommunen eller regionen omsätter under en månad för sådan vård som de ska erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Regeringen har i förarbetena till ändringen i HSL som rör lagerhållningsskyldighet angett att utgångspunkten för lagerhållningsskyldigheten bör vara en månads normalförbrukning genom omsättning av de sjukvårdsprodukter som behövs för att bedriva hälso- och sjukvården i vardagen. Det är också i enlighet med de överenskommelser som ingåtts mellan staten och SKR.

Möjlighet till undantag

Enligt 5 § första stycket i författningsförslaget anges att kommunen eller regionen, om det finns särskilda skäl, inte behöver lagerhålla en viss sjukvårdsprodukt för en månads omsättningslagring.

I prop. 2024/25:167 anges att det för vissa produkter kan vara rimligt att ha ett lägre krav på lagerhållning än det som föreskrivs generellt. Det gäller till exempel mycket utrymmeskrävande produkter och produkter som av kostnadsskäl, hållbarhetsskäl eller på grund av särskilda förhållanden är inte lämpliga att lagerhålla i en månads omsättningslager. Exempel på produkter där särskilda förhållanden kan innebära svårigheter vid lagerhållning är gasflaskor och andra produkter med särskilda säkerhetsföreskrifter.[33]

Socialstyrelsens uppfattning är att de exempel som räknas upp i förarbetena inte i sig utgör en grund för att undanta dessa produkter utan varje region eller kommun behöver själva göra en bedömning i det enskilda fallet om det finns några särskilda skäl som talar för att undanta en viss produkt från att lagerhållas i en månad. Det är viktigt att beslut om detta fattas i nära dialog med verksamheterna.

Att en kommun eller region minskar antalet variationer att lagerhålla när det gäller exempelvis medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär bedömer Socialstyrelsen inte är att se som ett undantag enligt 5 § i författningsförslaget, förutsatt att det inte påverkar den vård som de är skyldiga att erbjuda enligt HSL. Det får snarare ses som ett sätt att underlätta omsättningen.

[33] Se prop. 2024/25:167 s,108 f.

Enligt 5 § andra stycket i författningsförslaget ska kommunen eller regionen i de fall som en sjukvårdsprodukt undantas från en månads lagerhållning identifiera och bedöma de risker som kan påverka möjligheten att uppfylla skyldigheten att erbjuda vård enligt HSL. De ska även vidta nödvändiga åtgärder för att hantera riskerna. Detta är också något som ska dokumenteras.

I hälso- och sjukvården är det ett etablerat arbetssätt att identifiera och bedöma risker, det görs bland annat inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet som innefattar att göra riskanalyser. Detta är också särskilt reglerat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.[34]

Enligt Socialstyrelsens termbank är en riskanalys systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang. I riskanalysen ingår riksinventering och uppskattning av sannolikheten för att den befarade händelsen eller situationen ska inträffa eller uppstå. Det ingår även bedömning av konsekvenserna av den befarade händelsen eller situationen.

Vid val att göra avsteg från en månads lagerhållning behöver kommuner och regioner säkerställa att försörjning av dessa produkter kan ske utan att det uppstår risk för akut brist som medför att kommun eller region inte kan erbjuda den vård som de är ansvariga för.

Att identifiera sårbarheter i försörjningskedjor, leverantörsberoenden och andra försörjningsrisker är ett löpande arbete som behöver bedrivas i kommuner och regioner, och är en del i det arbete som omfattas av risk- och sårbarhetsanalysarbetet. Den lagerhållningsskyldighet som utreds inom ramen för detta uppdrag, är viktiga steg mot en ökad robusthet avseende försörjning av sjukvårdsprodukter till den vård som bedrivs i kommuner och regioner. I bedömningar av vilka sjukvårdsprodukter som undantas, kan särskild hänsyn också behöva tas till sårbarheter i försörjningskedjor och andra potentiella risker som kan påverka tillgången till sjukvårdsprodukter.

Krav på ändamålsenliga lokaler och utrymmen

I 5 kap. 2 § HSL anges att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Det finns även särskild reglering som rör förvaring av läkemedel. Det finns också krav på hälso- och sjukvården att endast använda säkra

[34] Se 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

medicintekniska produkter, vilket förutsätter att de förvaras och hanteras på rätt sätt.[35]

Även om det redan idag finns viss reglering som ställer krav på att lokaler eller utrymmen behöver vara anpassade för de produkter som ska förvaras där ser Socialstyrelsen att det finns ett behov av en generell bestämmelse gällande lokaler och utrymmen som används för lagerhållning som gäller oavsett hur regionen eller kommunen organiserar sin lagerhållning.

[35] Se exempelvis Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

Uppbyggnad av lager

För att kunna möta upp de kommande kraven på lagerhållningsskyldighet har kommuner och regioner redogjort för flera möjliga arbetssätt för att uppnå den efterfrågade förmågan. Regionerna har under flera år aktivt arbetat med att stärka sin försörjningsberedskap, dels genom överenskommelser med staten via SKR, dels till följd av erfarenheterna från pandemin.

Flera regioner har bedrivit arbete för att skapa ökad kontroll över försörjningsförmåga på regional nivå, bland annat genom att ta över försörjningen av vissa sjukvårdsprodukter och i stället driva denna i egen regi med centrala lager. Genom att etablera större lager i egen regi bedömer regionerna att de får bättre kontroll över varuflöden och stärker sin förmåga att möta upp mindre störningar i försörjningen.

På motsvarande sätt har erfarenheterna från pandemin drivit kommunernas arbete med att skapa ökad robusthet i vardagen.

Vissa kommuner har påbörjat en förflyttning mot att etablera egna centrala lager för utvalda sjukvårdsprodukter och därigenom bygga upp en ökad kontroll över försörjningsförmågan. Detta har i huvudsak avsett personlig skyddsutrustning och i vissa fall även förbrukningsartiklar för inkontinens.

De flesta kommuner och regioner har idag avtal med en eller flera leverantörer inom ramen för så kallad trepartslogistik, med avtalad förmåga att möta vårdens behov av sjukvårdsprodukter. Även när kommuner och regioner väljer att bygga upp egna lager i nära anslutning till vårdinrättningar kvarstår behovet av kompletterande lösningar för de sjukvårdsprodukter som inte lagerhålls i centrala lager i egen regi. Det finns flera hundra tusen olika medicintekniska produkter, men endast 4 000–5 000 används i sådan frekvens att de bedöms vara lämpliga att lagerhålla centralt.

Vissa kommuner och regioner har även valt att utöka lagren på vårdavdelningar, mottagningar eller särskilda boenden samtidigt som de har säkerställt kontroll över försörjningen genom avtal med leverantörer.

Bygga upp lager tar tid

Utifrån de dialoger som myndigheten haft med kommuner och regioner kan Socialstyrelsen konstatera det krävs en god planering vid uppbyggnad av lager mot bakgrund av att skapandet av denna förmåga inom kommunal och regional hälso- och sjukvård är komplex med många beroenden.

Av prop. 2024/25:167 framgår att regeringen förutsätter att lagerhållningen utformas som omsättningslagring. Lagerhållningen av sjukvårdsprodukter bör därför, enligt regeringen, i så stor utsträckning som möjligt ske nära de

platser där sjukvårdsprodukterna ska omsättas, för att ha förutsättningar att vara så ändamålsenlig och kostnadseffektiv som möjligt och för att säkerställa att sjukvårdsprodukterna är tillgängliga när de behövs.[36]

Socialstyrelsen anser att kommuner och regioner behöver analysera och bedöma vad som behövs och är lämpligt att lagerhålla genom omsättning och vilka eventuella avsteg som kan göras. Val av produkt behöver bland annat baseras på den vård som bedrivs, till exempel högspecialiserad vård, samt utifrån gällande förbrukningsstatistik där det finns tillgängligt. Lagerhållningen kan utökas på olika sätt, antingen genom utökning av volymen på respektive vårdenhet eller sjukhusapotek, genom lagerhållning i centrala lager eller genom avtal men också som en kombination av dessa eller andra lösningar.

Både kommuner och regioner och leverantörerna framhåller att det krävs en planerad successiv lageruppbyggnad särskilt då marknaden inte alltid kan möta upp det snabbt ökade behovet. Ambitionen att bygga upp förmåga och att leverera sjukvårdsprodukter finns hos alla inblandade parter. I de dialoger som Socialstyrelsen haft med kommuner och regioner har de framfört att det behöver finnas en förståelse för att uppbyggnaden av lagerförmåga är ett arbete som tar tid.

Kommuner och regioner utrycker dessutom farhågor att de viktiga delar som är avgörande i skapandet av denna förmåga så som IT-stöd, lagerlokaler med mera inte kommer finnas på plats vid tidpunkten för ikraftträdandet.

Utmaningar i att bygga lager

Utifrån sina olika förutsättningar och redan pågående utvecklingsprojekt kommer kommunerna och regionerna välja olika strategier och modeller vid arbetet med uppbyggnad och vidmakthållande av lagerhållning av centrala sjukvårdsprodukter.

Dialogerna visar att både kommuner och regioner sedan pandemin har arbetat aktivt med att skapa ytterligare förmåga för lagerhållning av vissa kritiska sjukvårdsprodukter, i vissa fall upp till tre månaders förbrukning. Detta arbete har visat på utmaningar att i ordinarie verksamhet omsätta en så stor volym av produkterna, särskilt om normalförbrukningen inte är så stor eller ojämn över tid. Sjukvårdsprodukter som inte har hunnit användas före utgången hållbarhetstid har behövts kasseras.

I de dialoger som Socialstyrelsen haft med representanter för kommuner och regioner har det varit tydligt att det förekommer svårigheter att hitta lämpliga lokaler, exempelvis för lagerhållning av läkemedel men också

[36] Se prop. 2024/25:167 s. 110.

andra sjukvårdsprodukter. Oftast krävs större anpassningar av de utrymmen som finns tillgängliga vilket kräver tid och resurser. I vissa fall är nybyggnation den enda möjliga lösningen.

Socialstyrelsen erfar att mindre kommuner och regioner kommer att hantera utökningen i ordinarie flöden, exempelvis genom att öka volymen på vårdavdelningar eller vid särskilda boenden. Hos dessa kommer inte nya centrala lager att etableras för att möta behoven av ökad lagerhållningsförmåga som framkommer av prop. 2024/25:167.

Att bedriva lagerhållning i egen regi genom egna lager innebär dessutom att kommuner och regioner behöver ha tillgång till ändamålsenliga lagerhanteringssystem. Regionerna har ofta någon form av systemstöd för lagerhantering, men dessa är inte alltid anpassade för samtliga typer av sjukvårdsprodukter, exempelvis läkemedel, eller för drift av lager i egen regi. Kommunerna saknar i många fall helt systemstöd för lagerhantering.

Tredjepartslogistik utgör ett alternativ för vissa kommuner och regioner. Lösningen innebär dock utmaningar i att säkerställa att privata vårdgivare ansluter sig till och använder de avtal som tecknats, och därigenom medverkar till att den föreslagna lagerhållningsskyldigheten efterlevs. Detta kan behöva hanteras genom avtalsreglering och andra styrmedel som skapar incitament för privata vårdgivare att omfattas av och använda lösningen.

Oavsett vilket tillvägagångssätt som en kommun eller region väljer för att säkra denna förmåga är det centralt att den logistiska lösningen som finns eller skapas kan möta upp mot de nya kraven som följer på lagerhållningsskyldigheten. Kommunerna och regionerna, samt även vid förekommande fall leverantörerna av tredjepartslogistiken och andra involverade aktörer i försörjningskedjan, behöver skapa eller uppdatera rutiner och processer för att säkerställa trygghet i lagerhållningen och logistikflödet.

I dialogerna med kommun- och regionrepresentanter har även ett stegvist införande diskuterats, exempelvis att initialt bygga upp lager motsvarande några veckors förbrukning och därefter öka till en månads lagerhållning i takt med att marknaden tillåter det. Ett annat alternativ är att fastställa en införandetrappa, vilket innebär att olika andelar av volymen köps in och lagerhålls över tid, exempelvis att 80 procent av produkterna ska finnas i lager vid en viss tidpunkt. Med stegvis införande menar Socialstyrelsen att en förändring genomförs i tydliga, definierade steg eller faser. Varje steg är planerat i förväg, och det finns ofta tydliga kriterier för när man går vidare till nästa steg.

Beaktat utfallet av de diskussionerna ser inte Socialstyrelsen ett fastställt stegvis införande av lagerhållningsskyldigheten enligt ovan som en framkomlig väg.

Myndigheten anser inte att det kommer att lösa de utmaningar som kommuner och regioner framfört att de står inför i en sådan utsträckning att ett sådant förslag bedöms vara motiverat. Att införa något stegvis kräver ofta mer administration, övervakning och koordinering än om allt införs samtidigt. Detta kan jämföras med successivt införande vilket innebär att lageruppbyggnaden sker gradvis och över tid utan lika tydliga avgränsade steg.

Försörjningen av sjukvårdsprodukter i kommuner och regioner ser olika ut

Regionerna skiljer sig åt både demografiskt och geografisk samt har i varierande utsträckning högspecialiserad vård. Respektive region behöver därför utgå från den egna förbrukningsstatistiken för att identifiera vilka produkter som ska köpas in för att lagerhållas. I vissa fall behöver även hänsyn tas till enskilda vårdavdelningars eller vårdenhetens behov för att säkerställa att samtliga relevanta sjukvårdsprodukter tas med i beaktande. De underlag som har tagits fram i S2022/04550[37] och vilka refereras till i överenskommelserna mellan staten och regionerna har, utifrån uppgifter från regionerna, mest används som ett riktmärke eftersom analys om det faktiska behovet och volymerna behövt göras på en mer detaljerad nivå lokalt.

De demografiska och geografiska skillnaderna finns även mer uttalade bland landets 290 kommuner vilket också återspeglar vårdutbudet i respektive kommun. På motsvarande sätt som regioner behöver respektive kommun utgå från den egna förbrukningsstatistiken för att identifiera vilka produkter som ska köpas in för att lagerhållas. Kommunernas erfarenheter från Covid-19 har bidragit till att många kommuner aktivt har arbetat med att säkerställa tillgång av vissa sjukvårdsprodukter, främst personlig skyddsutrustning, förbrukningsvaror vid inkontinens och vissa livsmedel för speciella medicinska ändamål.

Läkemedel

Hälso- och sjukvårdens läkemedelsförsörjning organiseras på olika sätt i regionerna. En del regioner driver läkemedelsförsörjning till slutenvården i egen regi (i olika utsträckningar) samt upphandlar distribution till öppenvården medan andra har avtal med en apoteksleverantör för leverans och distribution till alla regionens vårdinrättningar inklusive kommunala akutförråd. Sedan pandemin har flera regioner påbörjat en förflyttning mot att driva läkemedelsförsörjning i egen regi via lokala sjukhusapotek. I dialogerna med ansvariga för läkemedelsförsörjning i regionerna och de

[37] Socialstyrelsen, *Underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap*, Slutredovisning av regeringsuppdrag.

enkätsvar som inkommit från regionerna har det framkommit att arbetet med denna förflyttning har kommit olika långt.

När det gäller de läkemedel som upphandlas av regionerna har en beräknad förbrukning under avtalstiden angivits som takvolym vid genomförandet av upphandlingen. Med takvolym avses en bestämd gräns för hur mycket som är tillåtet att köpa från ett upphandlat ramavtal. Att köpa en månads extra volym finns inte inplanerat i de lagernivåerna som företagen har allokerat till den svenska marknaden. De upphandlade ramavtalen innehåller inte alltid en möjlighet att överskrida angiven takvolym. Regionerna har i tidigare arbete behövt arbeta aktivt för att planera och genomföra inköp i olika faser vilket ytterligare visar på att uppbyggnad av lager är en process som pågår över tid. Leverantörerna på marknaden skulle kunna möta upp den ökade efterfrågan men det förutsätter att det sker i den takt som marknaden kan allokera ytterligare produkter till Sverige på en global marknad.

Socialstyrelsen anser att regionernas lagerhållningsskyldighet av läkemedel ska omfatta samtliga läkemedel som rekvireras och kan lagras medomsättning för användning i vardagen för all vård som regionen är skyldig att erbjuda. Den omfattar även läkemedelsförsörjning till den vård som utförs av privata aktörer som regionen har avtal med samt läkemedelsförsörjning till den kommunala hälso- och sjukvården.

Medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär, personlig skyddsutrustning och livsmedel för speciella medicinska ändamål

Kommuner och regioner ordnar försörjning av dessa på motsvarande sätt som läkemedelsförsörjning dvs. via tredjepartslogistik, egen regi och en kombination av dessa två. Här förekommer det också en förflyttning mot att driva en högre grad av försörjningen i egen regi hos vissa kommuner och regioner.

Försörjning av medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär, personlig skyddsutrustning och livsmedel för speciella medicinska ändamål till kommuner och regioner kan vara väldigt komplex. Gruppen omfattar väldigt många olika produkter varav endast ca 4 000–5 000 olika produkter används mer regelbundet. Regionerna beskriver att en betydande del av produkterna köps via andra kanaler än de ordinarie försörjningslösningar som finns i respektive region. Detta gör att det på regional nivå saknas tillförlitlig statistik över de inköp som en region gör på årsbasis. Det kommer krävas stort arbete att se över dessa inköpsflöden och säkerställa att dessa specifika produkter lagerhålls i den omfattning som krävs.

Motsvarande arbetsinsats kan krävas även i kommunerna men antalet produkter som används är betydligt färre.

När det gäller marknadens förmåga att möta upp det ökade behovet av dessa produkter finns motsvarande problematik som för läkemedel. Marknaden består av komplexa försörjningskedjor med ett stort internationellt beroende. Av de dialogerna Socialstyrelsen haft med leverantörerna av sjukvårdsprodukterna som beskrivs i detta avsnitt framgår det att de kan möta upp den ökade efterfrågan men det kommer krävas att det sker i den takt som den globala marknaden kan tillgodose önskade volymer.

Vårdhygieniska aspekter på lagerhållning

Av 5 kap. 1 § HSL framgår att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet och med god hygienisk standard. Krav på god hygienisk standard är således något som behöver beaktas även vid lagerhållning av sjukvårdsprodukter, oavsett om den sker inom eller utanför en hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Vårdhygieniska aspekter på lager- och förrådshållning varierar utifrån lagerhållningens syfte och ser olika ut bland annat beroende på den lagerhållna produktens renhetsgrad[38] och om den är förpackad, med eller utan transportförpackning.[39] Produkter som förvaras i avdelningsförpackning[40] utifrån renhetsgraden steril har en ökad risk för kontamination och då är det viktigt att följa vårdhygieniska riktlinjer.

Det är inte lämpligt att blanda gods i transportförpackning och produkter i avdelningsförpackning i samma utrymme. Luftfuktighet och temperatur kan också påverka hållbarheten och funktionen på till exempel sterila produkter i avdelningsförpackning.[41] Förråd underdimensioneras i många fall vilket riskerar felaktig förvaring av material och utrustning. Underdimensionering kan också försvåra städning och resultera i att material inte bibehåller sin renhetsgrad.[42]

---

[38] Renhetsgraderna steril och icke steril. Vägledning för desinfektion i vården, Nationell arbetsgrupp (NAG) vårdhygien, 2024.

[39] Transportförpackning är ett samlande och skyddande emballage under transport av avdelningsförpackning med samma produktinnehåll, Vårdhandboken, 2025.

[40] En avdelningsförpackning används för att skydda enskilda medicintekniska produktförpackningar med samma innehåll och samma renhet inom en större förpackning, Vårdhandboken, 2025.

[41] SIS/TR 57:2020. Standard – Handbok för grundläggande rekommendationer för lagerhållning, hantering och transport av sterila medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvård, tandvård och djursjukvård SIS-TR 57:2020 – Svenska institutet för standarder, SIS.

[42] Svensk förening för vårdhygien (SFVH). Byggnation och vårdhygien – BOV 2025.

Vid uppbyggnad av lager och lagerutrymmen är det viktigt att beakta regionala och lokala vårdhygieniska riktlinjer för förrådshållning.

Socialstyrelsens slutsatser

Utifrån genomförda dialoger och den erfarenhet som finns hos kommuner och regioner men också hos leverantörer drar Socialstyrelsen slutsatsen att lageruppbyggnad av sjukvårdsprodukter tar tid och att det arbete som påbörjats med att bygga upp lager för sjukvårdsprodukter kommer behöva fortsätta även efter att kravet på lagerhållningsskylighet trätt i kraft den 1 januari 2027. Det är viktigt att arbeta brett med sortimentet och skapa robusthet genom skyndsamma men omsorgsfullt planerade inköp.

Alternativa sätt att reglera kommuners och regioners lagerhållningsskyldighet

En reglering av lagerhållningsskyldhetens innehåll kan utformas på olika sätt. Socialstyrelsens slutsats är att en mer generell reglering är det mest ändamålsenliga alternativet givet rådande förutsättningar. Nedan följer en redogörelse för de olika alternativ till reglering som myndigheten beaktat inom ramen för uppdraget.

Innehåll i lagerhållningsskyldigheten baseras på vilka produkter vårdgivarna själva bedömer behöver ingå

Socialstyrelsen bedömer att en reglering som innebär att kommuner och regioner ges ansvar att själva bedöma vilka sjukvårdsprodukter som ska lagerhållas i ett omsättningslager motsvarande behovet av en månads förbrukning är den mest framkomliga vägen. Detta alternativ bedöms ge de bästa förutsättningar för att uppnå den robusthet i vardagen som krävs för varje enskild kommun och region och därför utgör grunden i Socialstyrelsens förslag.

Kommuner och regioner behöver identifiera och bedöma vilka sjukvårdsprodukter som ska ingå i omsättningslagring utifrån sin egen förbrukning samt hur bristande tillgång skulle påverka den vård som bedrivs. Vid behov kan kommuner och regioner även överväga avsteg från lagerhållningsskyldighetens omfattning per produkt, utifrån produktens lämplighet att omsättningslagras i en månad.

I de fall där omsättningslagring motsvarande en månads normalförbrukning inte bedöms vara en ändamålsenlig åtgärd, ska kommuner och regioner säkerställa att alternativa åtgärder identifieras och vidtas för att minska försörjningsriskerna. Sådana åtgärder kan exempelvis avse förstärkta leverantörsavtal, redundanta försörjningsvägar eller andra riskreducerande lösningar som är väl anpassade till lokala eller andra specifika förutsättningar.

Detta möjliggör att hänsyn tas till olika sjukvårdsprodukters specifika förutsättningar och att de produkter som omsättningslagras överensstämmer med vårdgivarnas faktiska behov. Socialstyrelsen bedömer att kommuner och regioner på detta sätt får ökad kontroll över sitt eget sortiment, vilket

också har bekräftats i dialogerna. Därigenom minskar även beroendet av en nationellt gemensam kategorisering och identifiering av produkter, vilken ännu inte är införd för medicintekniska produkter.

Innehåll i lagerhållningsskyldigheten baseras på förteckningar

Socialstyrelsen anser att en reglering som innebär att lagerhållningsskyldigheten utgår från förteckningar inom respektive sjukvårdsprodukt inte är en framkomlig väg för att uppnå syftet med lagerhållningsskyldigheten, att stärka varje kommun och regions robusthet i vardagen. De kommuner och regioner som myndigheten haft dialog med instämmer i den bedömningen.

Det finns flera utmaningar med att utforma olika typer av förteckningar. För läkemedel är det möjligt att ta fram förteckningar på någon nivå för vad som ska ingå då försäljningsstatistik finns att tillgå.

När det gäller medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning och livsmedel för speciella medicinska ändamål finns många utmaningar i att ta fram relevanta förteckningar. Specificerad inköpsstatistik för dessa produkter saknas oftast eller är begränsad, men kan eventuellt för vissa delar tas fram lokalt.

Att ta fram förteckningar som underlag för vad som ska ingå kan ge en relativ tydlighet i vilka typer av produkter som omfattas och det blir något enklare att kostnadsberäkna. Nackdelen är att det begränsar kommunerna och regionerna i sina val av produkter. Eftersom det förekommer stora lokala och regionala skillnader i sortiment innebär det att den vårds som bedrivs påverkar valet av sjukvårdsprodukter i vardagen. Detta försvårar framtagning av en nationell förteckning och sådana riskerar att styra vårdgivarna till visst sortiment. Risk för bristsituationer och prisökningar finns när samma produktkategorier pekas ut för alla kommuner och regioner

Nationella förteckningar bedöms inte vara ändamålsenliga för medicintekniska produkter, eftersom gemensam kategorisering och identifiering ännu inte är infört i Sverige.

Omfattande eller detaljerade förteckningar som ska vara tillämpbara på nationell nivå skulle kräva lång tid för framtagande samt sannolikt även kräva stora resurser för att för att säkerställa att viktiga produkter inte utesluts eller blir inaktuella.

Innehåll i lagerhållningsskyldigheten baseras på förteckningar för vissa sjukvårdsprodukter och vårdgivarnas egna val för andra

Detta alternativ skulle ta hänsyn till olika sjukvårdsprodukters specifika förutsättningar för att ta fram förteckningar på nationell nivå. Nackdelen med en sådan lösning är att det blir ett uppdelat regelverk för läkemedel respektive övriga sjukvårdsprodukter.

För läkemedel kan förteckningar tas fram (på en viss vald nivå) så att det tydligare framgår vad som skulle ingå i lagerhållningsskyldigheten.

För övriga sjukvårdsprodukter skulle vårdgivarna själva se över vilka produkter som behöver ingå utifrån egenrapporterad statistik i den mån sådan finns.

Nackdelarna från de andra alternativen till reglering kvarstår även i detta alternativ för vissa sjukvårdsprodukter.

Modell för löpande förvaltning

Med hänvisning till de slutsatser och förslag som myndigheten presenterar gällande innehåll och omfattning av den föreslagna lagerhållningsskyldigheten samt de förslagen på föreskrift bedömer Socialstyrelsen att det inte behövs en särskild modell för löpande förvaltning på statlig nivå. Myndigheten ser i stället fördelar med att följa upp och stödja kommunernas och regionernas arbete med uppbyggnad av den förslagna lagerhållningsskyldigheten, efter det att regeringens föreskrifter trätt i kraft. Läs mer om detta i avsnittet *Tillsyn och uppföljning* nedan.

En förvaltning bedöms dock vara avgörande inom den kommunala och regionala hälso- och sjukvården. Vad som ska ingå i lagerhållningen för respektive kommun och region styrs främst av den vård som de bedriver men också utifrån befolkningsunderlag, geografiskt läge, etcetera. Förvaltningsarbete behöver finnas i nära anslutning till den förmåga som kommuner och regioner skapar utifrån kravet på lagerhållning. Sortimentstyrning, omsättning och anpassning utifrån rådande rutiner och behandlingsrekommendationer behöver ske löpande inom varje kommun och region. Regelbunden genomgång av de avsteg som en kommun eller region gjort är också viktiga för att säkerställa att robustheten i vardagen upprätthålls på bästa möjliga sätt.

Tillsyn och uppföljning

Tillsyn

Under arbetet med detta uppdrag och de dialoger myndigheten har genomfört med representanter för den kommunala och regionala hälso- och sjukvården har det regelbundet lyfts fram frågor kring uppföljning och tillsyn av kommunernas och regionernas förmåga att uppfylla kravet för lagerhållningsskyldighet.

I syfte att diskutera vad den föreslagna lagerhållningsskyldigheten kan innebära gällande tillsyn har dialoger genomförts både med Läkemedelsverket och IVO.

Läkemedelsverket har idag tillsynsansvar vad gäller sjukhusens läkemedelsförsörjning och vårdgivaren ska anmäla till Läkemedelsverket hur läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus är organiserad. Sjukhusens läkemedelsförsörjning avser den funktion eller de aktiviteter som tillgodoser läkemedelsförsörjningen till eller inom sjukhus och som utgör vårdgivarens sjukhusapotek. Utifrån detta tillsynsansvar kommer den utökade lagerhållningsskyldigheten gällande läkemedel omfattas av den tillsyn som Läkemedelverket bedriver idag. Så länge lagerhållningen faller

inom ramen för ett sjukhusapoteks verksamhet bedömer Läkemedelsverket att det inte föreligger några ytterligare behov för tillsyn än det som råder idag.

Fortsatt hantering av läkemedel inom ett sjukhus eller andra vårdenheter efter apoteksledet regleras främst i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och tillsynen bedrivs i de delarna av IVO.

Vidare övervakar Läkemedelsverket medicintekniska produkter, medicintekniska produkter för in vitrodiagnostik och nationella medicinska informationssystem (NMI) som släppts ut på marknaden, samt ekonomiska aktörer i syftet att patienter och hälso- och sjukvården ska ha tillgång till säkra, effektiva och ändamålsenliga produkter. Den tillsyn som Läkemedelsverket utövar inom detta område syftar till att kontrollera att ekonomiska aktörer efterlever regelverken.

IVO:s tillsyn är i huvudsak riskbaserad och syftet med myndighetens tillsyn är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Genom att analysera anmälningar, tips och data granskar IVO allvarliga brister, genomför inspektioner och utreder händelser där patienter skadats eller avlidit. Tillsynen syftar till att eliminera risker och ställa krav på åtgärder.

Den föreslagna lagerhållningsskyldigheten av sjukvårdsprodukter som används i kommunal och regional hälso- och sjukvård kommer initialt inte innebära att myndigheterna ändrar sitt arbetssätt gällande tillsyn. Socialstyrelsens rekommenderar att regeringen under fortsatta beredningsarbetet för dialog med Läkemedelsverket och IVO för att diskutera huruvida tillsynen som rör lagerhållningsskyldigheten bör utformas på något särskilt sätt.

Uppföljning

Genom sitt regleringsbrev[43] har Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelser mellan staten och SKR om försörjningsberedskap för läkemedel, medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning. Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av att fortsatt följa upp och stödja kommuner och regioners arbete med att uppfylla lagerhållningsskyldigheten.

I delbetänkandet En stärkt försörjningsberedskap för hälso-och sjukvården (SOU 2021:19)[44] lämnar utredningen ett förslag om ett sammanhållet system för lagerhållning av sjukvårdsprodukter. Här presenteras olika nivåer av

[43] S2023/03047, S2025/01181.

[44] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården – Regeringen.se.

lagerhållning, där omsättningslagring när slutanvändarna hos kommuner och regioner utgör en robust bas. Ytterligare nivåer beskrivs, där statliga säkerhetslager och tillverkningsberedskap genom statliga avtal, utgör andra delar i systemet för att stärka försörjningsberedskapen. Socialstyrelsen föreslås få det övergripande och samordnande ansvaret för det nationella systemet för lagerhållning av sjukvårdsprodukter. Detta återspeglar sig i flertalet regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, vilka hanterar olika delar i det sammanhållande systemet, bland annat tillverkningsberedskap, statliga säkerhetslager för traumavård och lagerhållningsskyldighet inom ramen uppdraget till Socialstyrelsen att förbereda arbetet med att genomföra förslagen i lagrådsremissen Hälso- och sjukvårdens beredskap.

Utveckling av system för stöd och uppföljning kan bidra till att det skapas en nationell lägesbild över kommuners och regioners grundläggande lagerhållning och förmåga att bland annat möta störningar i vardagen och stödja varandra vid fredstida krissituationer.

Genom både kunskapshöjande åtgärder och stöd i denna förmågeutveckling kan Socialstyrelsen fungera som en samordnande myndighet mellan olika kommuner och regioner. I sitt arbete kan Socialstyrelsen vara en länk mellan nationella strategier och det lokala arbetet, samt samordna gemensamma insatser som en del av totalförsvaret.

Ekonomiska konsekvenser av den föreslagna lagerhållningsskyldigheten

Berörda av förslagen

De som berörs av förslagen är Sveriges 21 regioner och 290 kommuner i egenskap av huvudmän för den hälso- och sjukvård som bedrivs med offentliga medel, genom både offentliga och privata vårdgivare.

Metod

Informationsinhämtning av kostnadsuppgifter har genomförts genom arbetsgrupper organiserade av SKR. Flera workshops och fördjupade dialoger har sedan ägt rum med representanter från kommuner och regioner. Dialogerna har genomförts för ökad förståelse för lokala förutsättningar och organisering av lagerhållning av sjukvårdsprodukter.

Alla regioner har fått möjlighet att lämna sina kostnadsuppskattningar för uppbyggnad och förvaltning av en månads lagerhållning av sjukvårdsprodukter genom en mindre arbetsgrupp regionrepresentanter. Denna grupp har samlat in och analyserat ekonomiska konsekvenser för regionerna att bygga upp och vidmakthålla en månads lagerhållning av medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär, personlig skyddsutrustning och livsmedel för speciella medicinska ändamål.

Av samtliga 21 regioner har 16 bidragit med ekonomiska uppskattningar, se tabell 1. Analysen är därmed baserad på information från dessa regioner avseende medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär, personlig skyddsutrustning och livsmedel för speciella medicinska ändamål. För de regioner som valt att inte dela med sig av sina ekonomiska uppskattningar har kostnaden från en region av liknade storlek använts.

Gällande initiala utgifter och kostnader för att bygga upp och vidmakthålla en månads lager av läkemedel har Socialstyrelsen skickat ut enkäter till alla regioner. 16 av 21 regioner har svarat på enkäten.

Dialoger har förts med kommunrepresentanter, utsedda via SKR:s nätverk, däribland Socialchefsnätverket.[45] Referensgruppen via SKR bestod av personer som representerar en kommun, länets kommuner eller ett läns samverkansstruktur. Från denna referensgrupp anmälde sig 18 kommuner att

[45] Socialchefsnätverket – SKR.

delta i Socialstyrelsens workshop, av vilka endast två svarade på inbjudan till fortsatt dialog.

Utöver detta tog Socialstyrelsen direktkontakt med ytterligare fyra kommuner och ett kommunförbund för fördjupad dialog. De kommuner som deltog i fortsatt dialog kring kostnader och som senare lämnade in enkätsvar var av varierande storlek och geografisk spridning. Av de sex kommuner som deltog i fördjupande dialoger, var det fem underlag för kostnadsbedömningar som kunde användas fullt ut i det vidare arbetet.

Analys och ekonomiska uppskattningar för att bygga upp och upprätthålla lager

Regioner

Vid analysen av ekonomiska konsekvenser för att bygga upp och vidmakthålla en månads lager av medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär, personlig skyddsutrustning och livsmedel för speciella medicinska ändamål, har regionerna i delats in i tre grupper utifrån invånarantal (tabell 1).

Regionerna har delats in i följande grupperingar:

- Tre större regioner: 1 433 000–2 485 000 invånare
- Elva mellanstora regioner: 280 000–472 000 invånare
- Sju mindre regioner: 61 000–249 000 invånare

Tabell 1. Informationsunderlag avseende deltagande regioner i uppskattning av kostnader och investeringar för en månads omsättningslager av sjukvårdsprodukter exklusive läkemedel.

Typ av region	Antal regioner som lämnat in underlag	Antal regioner som *inte* lämnat in underlag	Antal regioner som kommit längre i uppbyggnad	Antal regioner som inte kunnat bedöma helheten	Antal regioner som i detta skede tar över lager i egen regi
Större region	3	0	2	0	1
Mellanstor region	9	2	0	3	6
Mindre region	4	3	0	3	2
Total	**16**	**5**	**2**	**6**	**9**

Av de 16 regioner som har lämnat in uppgifter uppger sex regioner att de inte har haft möjlighet att estimera kostnader för uppbyggnaden av en månads omsättningslager i sin helhet. I dessa fall har justeringar gjorts för att fånga helheten. Detta avser tre mellanstora och tre mindre regioner.

Två av de större regionerna har redan lager i egen regi och bedömer att de har kommit relativt långt i uppbyggnaden, medan den tredje i nuläget befinner sig i en fas där övertagande av lager i egen regi är under uppbyggnad.

Bland de elva mellanstora regionerna har fem antingen inte lämnat in underlag eller uppgett att arbetet ännu inte har nått en sådan mognadsgrad att ekonomiska uppskattningar kunnat genomföras i sin helhet. Motsvarande gäller för sex av de sju mindre regionerna, vilka antingen inte har inkommit med uppgifter eller har meddelat att arbetet är i ett tidigt skede.

Med endast ett fåtal undantag planerar regionerna att bedriva lagerhållning i egen regi. Nio regioner uppger att de avser att ta över befintligt lager i egen regi eller etablera ett nytt centrallager. Som huvudsakliga skäl för att bedriva eller överta lagerhållning i egen regi framför regionerna kravet på geografisk närhet och kontroll över lagren samt dess kostnader.

Regionerna befinner sig i nuläget i en design- och planeringsfas, vilket medför osäkerheter gällande till exempel bedömning av framtida driftkostnader för lager i egen regi för en region som tidigare inte har haft det. Regionerna uttrycker svårigheter i att uppskatta komplexitet och omfattning och därmed kostnader. Kostnadsuppskattningarna ska därmed tolkas med försiktighet.

I tabell 2 presenteras regionernas kostnader som dels engångskostnader för uppbyggnad av lager, dels löpande driftskostnader för upprätthållande av desamma. Kostnaderna redovisas uppdelade i de tre grupperingarna av regionerna.

Tabell 2. Regionernas kostnader för uppbyggnad av och ökade driftskostnader för lager.

Region	Initiala utgifter, mkr (genomsnitt per region)	Engångskostnad för uppbyggnad av lager, mkr (genomsnitt per region)	Engångs-kostnad för uppbyggnad av lager per invånare, kr	Ökade drifts-kostnader per år, mkr (genomsnitt per region)	Ökade drifts-kostnader per år och invånare*, kr
Större region		110–120 (37–40)	19–21	250–280 (83–93)	44–49
Mellanstor region		370–400 (34–36)	102–110	290–320 (26–29)	80–88
Mindre region		70–80 (10–11)	54–62	160–170 (23–24)	14–132

Region	Initiala utgifter, mkr (genomsnitt per region)	Engångskostnad för uppbyggnad av lager, mkr (genomsnitt per region)	Engångs-kostnad för uppbyggnad av lager per invånare, kr	Ökade drifts-kostnader per år, mkr (genomsnitt per region)	Ökade drifts-kostnader per år och invånare*, kr
Totalt offentlig vård	**1 500–1 700 (71–81)**	**550–600 (26–29)**	**52–57**	**700–770 (33–37)**	**66–73**
Totalt inklusive privat vård**	**1 500–1 700 (71–81)**	**550–600 (26–29)**	**52–57**	**795–875 (37–42)**	**75–83**

*Baserat på SCB befolkningsstatistik Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2024.
**Baserat på att cirka 12 procent av den svenska vården utförs av privata vårdgivare (2024). Privat vårdfakta.

Initiala investeringsutgifter bedöms variera i stor omfattning mellan regionerna och är beroende av respektive regions ingångsläge, val av lösning för att bygga upp och vidmakthålla lagerhållningen samt finansieringsform, exempelvis om lagerlokaler hyrs eller ägs.

Sammantaget utifrån insamlade uppgifter uppskattas de initiala investeringarna uppgå till cirka 1 500–1 700 miljoner kronor totalt för alla regioner, vilket motsvarar ett snittvärde om cirka 71—81 miljoner per region. I dessa investeringar ingår bland annat lagerlokaler, utrustning och IT-stöd. Kostnaderna för de initiala investeringarna ingår i de beräknade ökade årliga driftkostnaderna i form av till exempel avskrivningar.

Även engångskostnaderna för uppbyggnad av lagerverksamheten varierar avsevärt mellan regionerna, i synnerhet till följd av skillnader i ingångsläge. Dessa kostnader uppskattas sammantaget till cirka 550–600 miljoner kronor, motsvarande cirka 26–29 miljoner kronor per region och 52–57 kronor per invånare. Kostnaden per invånare varierar mer beroende på var regionen befinner sig i uppbyggnadsfasen. I engångskostnaderna ingår främst kostnader för att bygga upp lagerverksamheten innan den kan tas i drift. Kostnaderna blir särskilt omfattande i de fall regionen avser att ta över hela lagerhållningen och logistikhanteringen i egen regi från en extern tredjepartslogistiker. Under uppbyggnadsfasen kvarstår befintliga kostnader, eftersom regionen inte kan reducera nuvarande utgifter förrän verksamheten är fullt etablerad och ansvaret har övertagits.

Att engångskostnaden per region inte skiljer sig i någon större utsträckning mellan stora och mellanstora regioner kan delvis förklaras av att två av de tre stora regionerna har kommit längre i genomförandet och sedan lång tid tillbaka bedriver lagerverksamhet i egen regi. Engångskostnader för uppbyggnad ingår inte i de ökade årliga driftkostnaderna.

De ökade årliga driftkostnaderna uppskattas sammantaget för alla regioner till cirka 700–770 miljoner kronor för all offentligt driven verksamhet, vilket motsvarar cirka 66–73 kronor per invånare och år. I dessa kostnader ingår

bland annat personalkostnader, kostnader för hyra av lagerlokaler, avskrivningar för utrustning och IT-system, kassation, inkurans samt transporter. Regionerna bedömer att det finns stordriftsfördelar. Kostnaden per invånare varierar tydligt mellan storleken på regionerna.

När det gäller privata vårdutförare är regionernas huvudsakliga inriktning att lagerhållning inom dessa verksamheter ska regleras genom avtal med privata vårdutförare. För de privata vårdgivarna, som 2024 svarar för cirka 12 procent av vården inom regionerna[46], har kostnaderna extrapolerats utifrån de beräknade kostnaderna för den regionala vården. De ökade driftkostnaderna för privata utförare av offentligt finansierad vård uppskattas till cirka 95–105 miljoner kronor per år.

Sammanfattningsvis bedöms därmed de totala ökade årliga kostnaderna för både egen regi och privata vårdgivare uppgå till cirka 795–875 miljoner kronor per år. Därutöver tillkommer engångskostnader för uppbyggnad av lagerverksamheten i storleksordningen 550–600 miljoner kronor.

Läkemedelskostnader

Vid Socialstyrelsens dialoger med representanter för regionernas läkemedelsförsörjning framkommer det att regionerna har olika förutsättningar att arbeta med krav på utökad lagerhållning. Ett flertal regioner driver redan läkemedelsförsörjning i egen regi medan andra i vissa fall har långt gångna planer på att ställa om till egen regi. Denna förflyttning menar vissa regioner har drivits på genom de överenskommelser som staten har ingått med regionerna via SKR. Det finns också regioner som avser att fortsätta säkerställa läkemedelsförsörjning via externa leverantörer, det vill säga genom att hantera kraven på utökad lagerhållning i ordinarie flöden. Lokalfrågan är av stor vikt oavsett modell eftersom den utökade volymen kräver anpassningar av befintliga utrymmen och tillgång till nya lokaler.

För att ställa om till läkemedelsförsörjning i egen regi krävs stora investeringar och ökad kostnadsbelastning i allt från IT stöd, lokaler och personal. Av de 16 regioner som har besvarat enkäten har 11 underlag bedömts vara relevanta för analysen (tabell 3). Socialstyrelsen har exkluderat svar från fem regioner där svaren har varit ofullständiga. Det kan bland annat bero på att regionen beskriver ekonomiska konsekvenser för att bygga upp större lager än en månad. Detta har medfört att representationen bland de större och de mindre regionerna är mindre än hälften. Mot bakgrund av att endast en större regions uppskattningar har kunnat användas, kommer inte heller regionernas ekonomiska bedömningar att presenteras utifrån den storleksgruppering som använts för de andra sjukvårdsprodukterna.

[46] Privat vårdfakta.

Tabell 3: Informationsunderlag avseende deltagande regioner i enkätundersökning av kostnader och investeringar att bygga upp en månads omsättningslager av läkemedel.

Typ av region	Antal regioner som lämnat in underlag	Antal regioner som *inte* lämnat in underlag	Antal enkätsvar som har inkluderats
Större region	3	0	1
Mellanstor region	10	2	8
Mindre region	3	3	2
Total	**16**	**5**	**11**

Socialstyrelsen bedömer att det finns stora osäkerheter i flera av de ekonomiska uppskattningar regionerna lämnat in, vilket också explicit uttrycks av flertalet regioner. Uppskattningarna varierar i omfattande grad, beroende på ingångsläge och förutsättningar att göra uppskattningarna. De kostnader och investeringar som presenteras här, bör därför tolkas med stor försiktighet. Det finns även osäkerhet avseende huruvida läkemedelsförsörjning till kommunala akutförråd och privata vårdaktörer ingår i alla ekonomiska uppskattningar.

I tabell 4 presenteras en sammanställning över de ekonomiska uppskattningar som regionerna har lämnat. Socialstyrelsens sammanställning visar att kostnadsuppskattningarna skiljer sig åt och spridningen mellan de lägsta och de högsta uppskattningarna per invånare är stor. I tabellen redovisas därför spridningen, genom lägsta, högsta och medianvärden.

Tabell 4. Initiala utgifter och löpande driftskostnader för regioner att bygga upp en månads omsättningslager i kronor per invånare

	Initiala kostnader och investeringar, kr per invånare	Löpande driftskostnader, kr per invånare och år
Min	5,31	1,13
Median	49,18	22,76
Max	84,64	49,90

Utifrån de 11 regioner som inkluderas i underlagen, beräknas initiala kostnader och investeringar per invånare för att bygga upp en månads omsättningslager av läkemedel variera mellan 5,31–84,64 kronor (tabell 4). Genomsnittet uppgår till 47,63 kronor, och medianen till 49,18 kronor per invånare. Den region som anger det lägsta beloppet per invånare uppger att de utökade lagren främst kommer att hanteras genom ombyggnationer av lokala lager på sjukhusapoteken. Dock anger samma region att vissa delar av ombyggnationen inte har kunnat uppskattas, till exempel avseende den sjukvård som bedrivs utanför sjukhusen. En mellanstor region bedömer

däremot högre initiala utgifter än övriga, till följd av omfattande investeringar i nya lokaler, ombyggnationer och inventarier, vilket till sin omfattning avviker från övriga regioners investeringsbedömningar.

Även de årliga löpande driftskostnaderna per invånare varierar i hög grad mellan regionernas uppskattningar. Uppskattningar om motsvarande mellan 1,13–49,90 kronor per invånare och år har uppgivits, med en median om motsvarande 22,76 kronor per invånare och år. Här är medelvärdet 23,97 kronor. Den region som anger en markant lägre ökning i den årliga driftskostnaden per invånare för att vidmakthålla en månads omsättningslagerhållning av läkemedel, uppger att de tydligt arbetat med att bygga upp en utökad lagerhållning i en omfattning om en månads normalförbrukning. I regionen har de arbetat brett med att utöka befintliga lager i läkemedelsautomater och i läkemedelsrum på avdelningar och mottagningar, inrättat fler pallplatser i befintliga vätskerum och installerat säkra utrymmen för brandfarliga läkemedel. Utöver detta har även ett dedikerat omsättningslager för läkemedel av skrymmande volymer, krav på säker lagerhållning och kylvaror inrättats. Här lagerhålls även läkemedel som förbrukas mer sällan eller ojämnt.

Den region som har angivit den högsta årliga driftskostnaden per invånare är en mellanstor region. Denna region har framför allt uppgivit att de behöver öka sina personella resurser för att hantera de ökade läkemedelsvolymerna, vilket är den kostnadspost som står för den största delen av kostnadsökningen och sticker ut i jämförelse med övriga regioners uppskattningar för personella resurser.

Kommuner

De kommuner som deltog i dialogerna uttryckte i flera fall utmaningar i att uppskatta ekonomiska konsekvenser för en utökad lagerhållning av sjukvårdsprodukter.

Eftersom underlaget avseende landets kommuner är mycket begränsat och de ekonomiska uppskattningar som delgivits Socialstyrelsen uppvisar stora variationer, kan inga generella slutsatser dras om de ekonomiska konsekvenserna av förslaget för kommuner. De ekonomiska konsekvenser som förslaget kommer att medföra för de deltagande kommunerna, kan inte extrapoleras eller generaliseras till att gälla för alla kommuner. Därför följer här en redovisning som är av mer kvalitativ karaktär, där nuläge och förutsättningar beskrivs och ekonomiska konsekvenser redovisas utifrån korta beskrivningar av exempelkommuner, med skilda förutsättningar och varierande ekonomiska konsekvenser.

Baserat på det kommununderlag som varit föremål för detta uppdrag finns stora variationer i demografi och lokala förutsättningar. Det är tydligt att förutsättningarna varierar och att kommuner har kommit olika långt i vilken

förmåga som redan är uppbyggd och i planering framåt för att säkerställa försörjningsberedskapen av sjukvårdsprodukter. Vissa kommuner anger att nuvarande volymer av sjukvårdsprodukter kan försörja kommunens vårdverksamheter i upp till tio dagar medan andra bedömer att de redan uppfyller kommande reglering om en månads lagerhållning av vissa eller stora delar av de sjukvårdsprodukter som används i kommunen.

Gemensamt för de kommuner som ingår i underlaget är att ytterligare utvecklingsarbete krävs inom området. Oavsett om en kommun i dag har försörjningsberedskap motsvarande tio eller närmare trettio dagar finns behov av att göra investeringar och att öka sina driftskostnader för att kunna säkerställa en ändamålsenlig och strukturerad omsättning, med tillräcklig kontroll över sjukvårdsprodukter och dess användning.

Många kommuner beskriver begränsningar i de lokaler där sjukvårdsprodukter i dagsläget lagerhålls. Lokaler inom kommunal vård- och omsorgsverksamhet är ofta dimensionerade för små lagervolymer och anpassade för daglig drift, där sjukvårdsprodukterna förvaras i eller i direkt anslutning till de utrymmen där vård och omsorg bedrivs. Lokaler för verksamheter, som exempelvis särskilda boenden, som är centralt belägna i större städer eller relativt nybyggda, beskrivs ha mindre lagringsutrymmen. I vissa fall kan anpassningar och ombyggnationer av befintliga lokaler genomföras. I andra fall är detta inte möjligt eller otillräckligt för att uppnå krav på en månads omsättningslager.

Beroende på nuläge och lokala förutsättningar kan kommuner organisera sin utökade lagerhållning genom att till exempel låta bygga helt nya lokaler som kan fungera som centrallager och investera i digitala system för att administrera, styra och planera sin lagerhållning. För dessa kommuner medför kraven på utökad lagerhållning större initiala investeringar, utöver ökade driftskostnader för att upprätthålla förmågan i lokaler, utrustning och personella resurser. De kommuner som planerar att hyra lokaler eller använda sig av en tredjepartslogistiker för att sköta olika delar av lagerhållningen ser framför allt ökade kostnader för löpande drift.

Exempelkommun 1

Exempelkommun 1 är en landsbygdskommun, med stora geografiska avstånd och lågt invånarantal. Kommunen har behov av att göra större investeringar genom att låta bygga nya centrallager och genomföra lokalanpassningar för de sjukvårdsprodukter som ska inrymmas i lokalerna, mot bakgrund av att det är svårt att finna tillgängliga lokaler att hyra. Kommunen behöver dessutom investera i skalskydd, inventarier och lagerhanteringssystem i samband med uppbyggnad av lagerförmåga. Initiala investeringar och kostnader är uppskattade till 698 kronor per invånare i kommunen, exklusive inköp av större volymer att sjukvårdsprodukter.

Löpande kostnader för den utökade lagerhållningsförmågan omfattas av bland annat drift och underhållskostnader för lokaler, bemanning för till exempel godsmottagning, inventering, omsättning och samordning, kostnader för reparationer och IT-stöd. Den löpande årliga kostnaden för att upprätthålla den utökade lagerhållningen uppskattas till 295 kronor per invånare och år i kommunen.

Exempelkommun 2

Exempelkommun 2 är en mellanstor kommun, där all vård och omsorgsverksamhet bedrivs i kommunal regi. Nuvarande inriktning är två veckors normalförbrukning i kommunen och för att kunna utöka sina lager av sjukvårdsprodukter kommer de ökade volymer att inrymmas inom respektive verksamhetens lokaler. Dock tillkommer behov av lokalanpassningar och hyra av centrallager. Anpassning av befintliga lokaler, anskaffning av inventarier, investeringar i digitalt stöd och initiala insatser av personella resurser bedöms medföra investeringar och kostnader för uppbyggnad motsvarande ca 11 kronor per invånare i kommunen. Löpande kostnader för upprätthållande av centrallager uppskattas till 59 kronor per invånare och år för hyra av lokaler, personella resurser, systemlicenser, transporter och andra kostnader som försäkringar och kassationer.

Exempelkommun 3

Exempelkommun 3 är en storstadskommun, där vård och omsorgsverksamheter bedrivs i både kommunal regi och genom avtal med privata aktörer. För att försörja de verksamheter som bedrivs i egen regi, har kommunen arbetat med uppbyggnad av lagerförmåga, på både lokal och central nivå.

Förutsättningarna att inrymma större volymer av sjukvårdsprodukter i befintliga lokaler, varierar inom kommunen. För att kunna utöka sin lagerhållning för att uppfylla kommande krav på en månads omsättningslager, behöver kommunen därför främst bygga ut sitt centrala lager, eller etablera ytterligare lokaler. De uppskattningar av investeringar och kostnader som genomförts, baseras endast på de kommunalt drivna verksamheternas behov, varför dessa estimat är av ofullständig karaktär. Uppskattningarna innehåller inte heller inköp av ytterligare sjukvårdsprodukter. Kommunen bedömer att de initiala investeringsutgifter och kostnader kopplat till uppbyggnad av ökad förmåga till cirka 10 kronor per invånare och hänförs till ökad lageryta och inventarier, digitala stöd och personella resurser. Den löpande kostnadsökningen för att upprätthålla denna drift uppskattas att uppgå till cirka 8 kronor per invånare och år.

Risk och osäkerhetsfaktorer

Utmaningar i att bedöma ekonomiska konsekvenser för regioner

Regionerna har i sina redovisningar identifierat ett antal osäkerhetsfaktorer kopplade till uppbyggnad av lagerhållningen och dess ekonomiska konsekvenser.

En central osäkerhet avser bedömningar kring omfattning av den kommande reglering om lagerhållning, med hänsyn till artiklar med låg omsättning, sjukvårdsprodukter som är skrymmande eller som bedöms mindre lämpliga att lagerhålla. Ett stort antal artiklar används inom hälso- och sjukvården som är verksamhetsspecifika, inte minst inom den specialiserade vården. För dessa artiklar finns i många fall en etablerad praxis där verksamheterna själva ansvarar för beställningar, utan att regionens ordinarie beställningssystem används. Sammantaget rör det sig om ett stort antal artiklar, även om volymerna per artikel ofta är begränsade. Detta medför att det är svårt för regionerna att få en helhetsbild över sortimenten som används.

Inför en utökad lagerhållning har regionerna även identifierat behov av att optimera sortimentet i syfte att minska antalet produkter och därigenom undvika lagerhållning av ett omotiverat stort och differentierat artikelsortiment.

Regionerna uppger att den tid de har till förfogande för att bygga upp nödvändig förmåga är en utmanande aspekt för möjligheten att genomföra arbetet kostnadseffektivt. De redovisade kostnadsuppskattningarna bygger i huvudsak på antagandet att regionerna successivt etablerar lagerhållningen över tid.

Sammantaget bedöms lagerhållningens omfattning och komplexitet medföra svårigheter att på ett tillförlitligt sätt uppskatta kostnaderna. De redovisade kostnadsuppskattningarna utgör därmed regionernas bästa bedömningar utifrån den kunskap som finns tillgänglig i nuläget. Regionerna framhåller att det finns behov av att löpande följa utvecklingen och vid behov revidera såväl antaganden som kostnadsbedömningar i takt med att erfarenheter vinns och förutsättningarna klargörs ytterligare.

Utmaningar i att bedöma ekonomiska konsekvenser för kommuner

Av de, till antalet mycket begränsade, ekonomiska uppskattningar som Socialstyrelsen har tagit del av framgår det att det finns stora variationer

mellan kommuner. Detta kan bero på flera olika faktorer, där förutsättningar och möjligheter varierar och där förutsättningar till att lämna välgrundade ekonomiska uppskattningar varierar.

De kommuner som utgör underlaget i denna rapport, har olika demografiska och geografiska förutsättningar, som kommer att påverka deras organisering av utökad lagerhållning. Det finns lokala variationer i hur de i dagsläget organiserar sin tillgång till aktuella sjukvårdsprodukter och vilka volymer som redan nu finns tillgängliga för att försörja verksamheterna i varierande tidsomfattning. Därtill har kommunerna kommit olika långt i att kartlägga och beskriva den nuvarande kapaciteten inom kommunen som helhet och i att planera för en hur en utökad lagerhållning av sjukvårdsprodukter skulle komma att organiseras. Kunskapen om hur stora volymer som finns inom de olika verksamheterna kan finnas i olika delar av kommunen, och att skapa en bild över förmågan som helhet, kan inom vissa kommuner medföra en större arbetsinsats. För de kommuner där vård- och omsorgsverksamheter delvis bedrivs i privat regi, kompliceras förmågan till överblick och vidare planering ytterligare.

Flera kommuner har framhållit varierande grad av komplexitet i att uppskatta investeringar och kostnader. Det föreligger, likt hos regionerna, en varierande, ofta hög grad av osäkerhet ekonomiska uppskattningar och flera kommuner poängterar att uppskattningar av kostnader och investeringar sannolikt kommer att öka i takt med att planeringsarbetet initieras eller fördjupas. Dessa är därför inte av heltäckande karaktär, vilket indikerar att de kostnads- och investeringsbedömningar som presenteras ger en förenklad bild, och signalerar konservativa och osäkra estimat. Det förekommer oklarheter i organisering av utökad lagerhållning, och de ekonomiska uppskattningarna bygger i dessa fall på antaganden om hur lagerhållningen kan komma att organiseras. Att täcka in en ökad lagerhållning som också omfattar den vård som bedrivs av de privata aktörerna, medför ytterligare att de exempel på kostnadsuppskattningar som beskrivs i den här rapporten är osäkra och konservativt hållna.

Slutsats

Den samlade bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna av att bygga upp och vidmakthålla omsättningslager av sjukvårdsprodukter motsvarande en månads förbrukning i kommuner och regioner är komplex och svår att överblicka. Ett ytterligare försvårande inslag har varit att det ekonomiska underlaget från kommunerna i flera delar varit begränsat, inte minst till antalet. Sammantaget innebär detta att det är svårt att göra generella uppskattningar av de totala ekonomiska konsekvenser som en utökad lagerhållning kan förväntas medföra på kommunal och regional nivå.

De stora kommunala och regionala skillnader i förutsättningar och i vilket arbete som pågår eller redan är genomfört framkommer tydligt i Socialstyrelsens samverkan med kommuner och regioner. Flertalet regioner planerar att ta över lagerhållningen av sjukvårdsprodukter i egen regi, vilket medför ett skifte i system, och inte bara i volymer. Investeringar och tillgång till lokaler, inventarier och maskiner, digitala system, logistikkedjor, transporter och arbetssätt behöver utökas och utvecklas. Det är i dessa delar som de stora kostnaderna ligger, för både kommuner och regioner.

Den stora variationen i landet återspeglas i de ekonomiska uppskattningar som presenteras i denna rapport. Uppskattningarna gör dock inte anspråk på att ge en heltäckande bild. Förutsättningarna varierar i hög grad, såväl inom som mellan kommuner och regioner, både när det gäller lösningar och modeller för att säkerställa lagerhållningen och vilka ekonomiska konsekvenser dessa medför. Även förutsättningarna att ta fram väl förankrade och tillförlitligt beräknade ekonomiska uppskattningar skiljer sig åt. Därtill finns svagheter och osäkerheter i arbetet med insamling av underlagen, där så väl kvalitet som omfattning av insamlade data varierar mellan olika produktområden och aktörer. I samband med sammanställningen av de ekonomiska underlagen har det också blivit tydligt att de frågeställningar som legat till grund för den skriftliga kommunikationen i vissa delar hade kunnat tydliggöras och fördjupas. Behov av ytterligare uppföljningar kring skriftliga underlag från kommuner och regioner har också kunnat identifieras. Därtill kan också läggas det begränsade underlaget från kommunerna som den här rapporten delvis grundar sig på. Ett större urval av kommuner hade kunnat medföra att fler slutsatser hade kunnat dras men bedömdes inte hinnas med under projektets genomförande.

Konsekvenser för det kommunala självstyret

Förändringar i kommunala befogenheter eller skyldigheter

Ändringarna i 8 kap. 10 § och 12 kap. 7 § HSL innebär att kommuner och regioner får utökade åtaganden i sina sjukvårdsverksamheter vilket bland annat medför ökade kostnader. Det kan i sin tur innebära förändringar för kommunernas eller regionernas organisation eller dess verksamhetsformer.

Av prop. 2024/25:167 framgår att regeringen anser att en månads omsättningslagring av sådana sjukvårdsprodukter som kommuner och regioner använder i vardagen i nuläget är en rimlig nivå på

lagerhållningsskyldighet för normala förhållanden.[47] Arbetet befinner sig i den inledande fasen för kommuner och regioner att hålla en månads omsättningslager. Det är också i enlighet med de överenskommelser som ingåtts mellan staten och SKR om ekonomisk tilldelning. Kommunerna kan söka statsbidrag för beredskapsarbetet och nyttja dem till lagerhållning. Socialstyrelsen ser inte att författningsförslagen i denna rapport innebär någon ytterligare inskränkning av det kommunala självstyret än det som redan framgår av 8 kap. 10 § och 12 kap. 7 § HSL.

Överväganden enligt 14 kap. 3 § RF

En inskränkning i det kommunala självstyret bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen, RF, inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål och krav som föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i det kommunala självstyret. Socialstyrelsen ser inte att författningsförslagen innebär någon ytterligare inskränkning av det kommunala självstyret än det som redan framgår av 8 kap. 10 § och 12 kap. 7 § HSL.

[47] Se prop. 2024/25:167 s. 107.

Socialstyrelsen

Lagerhållningsskyldighet av sjukvårdsprodukter för kommuner och regioner
(artikelnr 2026-4-10144)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.