

# Ansvarsfull hälso- och sjukvård

*Slutbetänkande av Patientmaktsutredningen*

*Stockholm 2013*



STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

SOU 2013:44

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-598 191 91  
Ordertel: 08-598 191 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

*Svara på remiss – hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)*  
-- En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.  
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på  
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryckt av Elanders Sverige AB.  
Stockholm 2013

ISBN 978-91-38-23962-9  
ISSN 0375-250X

## Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Göran Hägglund

Regeringen beslutade den 24 mars 2011 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas (dir. 2011:25). Regeringen har också beslutat om två tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2012:24 och 2012:113).

Som särskild utredare förordnades fr.o.m. den 30 mars 2011 dåvarande regiondirektören Johan Assarsson.

Som experter att biträda utredningen förordnades fr.o.m. den 1 september 2011 förvaltningschefen Staffan Blom, ordföranden Richard Brodd, förbundsordföranden Anne Carlsson, dåvarande programdirektören Siwert Gärdestig, landstingsdirektören Toivo Heinsoo, handläggaren Hasse Knutsson, verkställande direktören Carola Lemne, förbundsordföranden Sineva Ribeiro, utredaren Ingrid Schmidt, områdeschefen Per Starke, vice ordföranden Heidi Stensmyren, överläkaren Kristina Söderlind Rutberg samt programansvarige Sofie Zetterström. Vid samma tidpunkt förordnades dåvarande kanslirådet Ellen Hausel Heldahl, departementssekreteraren Szilárd Rado, kanslirådet Eva Willman samt kanslirådet Daniel Zetterberg som sakkunniga i utredningen. Departementssekreteraren Szilárd Rado entledigades per den 12 december 2011 och från samma datum förordnades kanslirådet Petra Jansson. Avdelningschefen Ellen Hausel Heldahl entledigades som sakkunnig fr.o.m. den 7 mars 2012 och förordnades samma dag som expert i utredningen. Samma dag förordnades även departementssekreteraren Carolina Lindholm som sakkunnig i utredningen. Handläggaren Åsa Himmelsköld och vårdstrategen Lisbeth Löpare Johansson förordnades fr.o.m. den 17 september 2012 som experter i utredningen. Samtidigt förordnades rättssakkunniga Emma Regnér som sakkunnig. Per den 30 oktober 2012 entledigades förvaltningschefen Staffan Blom från sitt uppdrag som expert. Samma dag

förordnades förvaltningsjuristen Agneta Lönnemo Calleberg som expert i utredningen. Per den 16 januari 2013 entledigades numera justitiesekreteraren Petra Jansson, kanslirådet Daniel Zetterberg, rättssakkunniga Emma Regnér och numera politiskt sakkunniga Carolina Lindholm från sina uppdrag som sakkunniga i utredningen. Vidare entledigades avdelningschefen Ellen Hausel Heldahl, programansvariga Sofie Zetterström, handläggaren Åsa Himmelsköld och utredaren Ingrid Schmidt från sina uppdrag som experter. Samma dag förordnades enhetschefen Eva Wallin som expert i utredningen samt förordnades departementssekreteraren Sara S Johansson, kanslirådet Markus Martinelle och kanslirådet Katarina Sundberg som sakkunniga.

Som huvudsekreterare anställdes fr.o.m. den 16 maj 2011 Erik Kärnekull. Elin Sundberg anställdes fr.o.m. den 19 september 2011 som sekreterare i utredningen på heltid och fr.o.m. den 1 maj 2013 på deltid. Marja Lemne, Statskontoret, ingick i sekretariatet som metod- och utredningsstöd under perioden 2011-06-01–2011-12-15. Under perioden 2011-08–2012-02 deltog även konsulten Mikael Lindén (Connecta AB) i utredningsarbetet. Den 1 februari 2012 upphörde Erik Kärnekulls anställning som huvudsekreterare. Petra Zetterberg Ferngren anställdes, fr.o.m. den 15 februari 2012 på heltid och fr.o.m. den 1 maj 2013 på deltid, som huvudsekreterare i utredningen. Vidare anställdes Lena Barrbrink fr.o.m. den 10 april 2012 som sekreterare i utredningen. Ann-Charlotte Borlid anställdes fr.o.m. den 1 december 2012 t.o.m. den 30 maj 2013 som sekreterare i utredningen.

Utredningen har antagit namnet Patientmaktsutredningen.

Utredningen har tidigare lämnat promemorian *Patientens tillgång till sin journal* och delbetänkandet *Patientlag* (SOU 2013:2) till Socialdepartementet.

Utredningen överlämnar härmed sitt slutbetänkande *Ansvarsfull hälso- och sjukvård* (SOU 2013:44).

Stockholm i juni 2013

Johan Assarsson

/Petra Zetterberg Ferngren

Lena Barrbrink

Ann-Charlotte Borlid

Elin Sundberg

# Sammanfattning

Patientmaktsutredningen har i uppdrag att föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården ska stärkas. Utredningen har dessutom i uppdrag att föreslå en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation som ska ersätta hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Utredningen lämnade i januari 2013 delbetänkandet *Patientlag* (SOU 2013:2). I detta slutbetänkande behandlar utredningen i enlighet med direktiven frågor om hur vården kan ges på mer likvärdiga villkor, hur patientberättelser i klagomåls- och anmälningsärenden systematiskt kan samlas in och bearbetas samt föreslår en ny lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

## Jämlik vård

Utredningen konstaterar att det finns skillnader i den hälso- och sjukvård som ges. Det är viktigt att sätta ljuset på dessa skillnader och fortsätta med det arbete som redan har påbörjats. Utredningen har sett på frågan ur tre olika perspektiv – regionalt-, system- och individperspektiv. Utredningens överväganden syftar till att tydligt konkretisera och lyfta möjliga vägar framåt inom ramen för de olika perspektiven.

### *Ojämlighet ur ett regionalt perspektiv*

Det förekommer betydande regionala skillnader vad gäller medicinska resultat och kvalitet. Det är t.ex. inte acceptabelt att relativ 5-årsöverlevnad för kvinnor med ändtarmscancer varierar mellan cirka 40 procent till drygt 70 procent beroende på i vilket landsting vården ges.

Utredningen gör bedömningen att uppvisade brister och skillnader i medicinska resultat som framgår i Öppna jämförelser eller

nationella utvärderingar i högre grad än i dag bör utgöra underlag för statliga tillsynsinsatser.

Utredningen gör vidare bedömningen att patienter bör få bättre möjlighet att tillgodogöra sig den information som bl.a. finns i Öppna Jämförelser och i nationella utvärderingar. Bättre tillgång till data om vården bör påskyndas för att öka transparensen. Det är patienterna som i slutändan får ta konsekvenserna av eventuella brister i vården. Patienterna bör därför få tillgång till så god information som möjligt. För att ytterligare koppla patienternas egna upplevelser av vården till de medicinska resultaten bör även förekomsten av patientklagomål till patientnämnder och Inspektionen för vård och omsorg kunna visas och jämföras, nedbrutet på enhetsnivå.

Utredningen har i delbetänkandet *Patientlag* föreslagit ett lagreglerat fritt val av utförare i öppen vård. Förslaget innebär att patienter under vissa förutsättningar kan välja primärvård och öppen specialiserad vård över landstingsgränserna. Förslaget kan skynda på en viss utjämning av oacceptabla skillnader mellan landstingen.

#### *Ojämlighet ur ett systemperspektiv*

Under de senaste decennierna har hälso- och sjukvården – liksom många andra samhällsinstitutioner – utvecklat gränssnitt mot medborgare och patienter som ofta ställer krav och förväntningar på de som använder dem. Enligt utredningens uppfattning har vårdens processer m.m. blivit allt mer likriktade. Systemen kan många gånger ses som konstruerade för att främja effektivitet inom organisationen men inte alltid för att möta de mångfacetterade behov och förutsättningar som finns i patientkollektivet. Som exempel förutsätts många gånger att patienter kan boka och boka om mottagningstider via olika webbsidor med hjälp av dator och e-legitimation. Vid telefonkontakt med en vårdcentral etc. händer det alltmer sällan att samtalet besvaras av en "riktig" människa. Istället ska patienten knappa in personnummer och sedan vänta vid telefonen för att bli uppringd.

Utredningen beskriver också ett antal exempel som visar på att "göra jämlikt är att göra skillnad". Ett exempel som redovisas är arbetet med doulor i Västra Götalandsregionen, vilket har ökat tillgängligheten till vård för vissa grupper. Doulor är kvinnor med

invandrarbakgrund och goda svenskkunskaper som ger stöd till gravida kvinnor med samma bakgrund.

Enligt utredningens bedömning bör ett tydligare fokus ligga på kompletterande vägar in i hälso- och sjukvården. Ett mer personligt och patientcentrerat synsätt på organisatoriska lösningar bör enligt utredningen ge förutsättningar för en mer jämlik tillgång till hälso- och sjukvård.

Vidare anser utredningen att det bör ges utrymme och möjlighet till ersättning även för sådana kompletterande lösningar vid upphandling enligt lagen om offentlig upphandling samt i de regelböcker som styr godkännande av leverantörer i valfrihetssystem enligt lagen om valfrihetssystem.

### *Ojämlighet i det personliga mötet*

En övervägande del av de beslut om vård och behandling som varje dag fattas i sjukvården, är resultat av ett personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Studier visar att resultaten av dessa möten kan gestalta sig olika beroende på underliggande faktorer som utbildningsnivå, kön och födelseland.

Enligt utredningens bedömning bör vårdgivare genom ökad egenuppföljning granska vidtagna behandlingsinsatser utifrån bl.a. genus och socioekonomiska faktorer. Vidare bör verktyg för att underlätta kommunikation mellan patient och personal användas för patientgrupper som annars riskerar att förfördelas. I grundläggande vårdutbildningar bör utbildning om diskriminering och likvärdig vård ingå.

### **Patientklagomål**

För att hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas, både vad gäller kvalitet och effektivitet, måste patienten få möjlighet att göra sin röst hörd. Det finns många olika sätt genom vilka man kan fånga in patienternas synpunkter på vården. Ett vanligt sätt är patientenkäter av olika slag. Vid sidan av detta har patienterna möjlighet att framföra sina synpunkter på vården genom klagomål. Det är viktigt att komplettera olika patientundersökningar med en systematisk klagomålshantering.



Den första instans en patient bör vända sig till om man inte är nöjd med eller har frågor om vården är den mottagning/verksamhet där han eller hon har fått sin vård eller behandling. Många gånger kan de frågor eller motsättningar som uppkommit bäst hanteras i direkt anslutning till vårdtillfället, antingen av behandlande personal eller av t.ex. verksamhetschefen vid enheten. Patienterna kan även vända sig med frågor eller klagomål till patientnämnderna och till tillsynsmyndigheten. De har också möjlighet att begära ersättning från patient- eller läkemedelsförsäkringen.

Det finns en hel del erfarenheter att ta del av i olika former av patientklagomål. Det är samtidigt viktigt att understrika att patientklagomålen förmodligen är toppen på ett isberg. Socialstyrelsens vårdskademätning visar att det kan vara så många som drygt 100 000 patienter som skadas varje år i vården och så många som 3 000 som dör till följd av en vårdskada. Siffrorna kan exempelvis jämföras med att hälso- och sjukvården endast gör ca 2 100 lex Maria-anmälningar per år och att det 2012 anmäldes 12 900 skador till Patientförsäkringen LÖF. Mot denna bakgrund är det angeläget att ta alla tillfällen i akt att ta tillvara patienternas synpunkter från de olika instanser de kan vända sig till med sina klagomål. Patienternas anmälningar behövs för att få en mer komplett bild av verkligheten.

Förutom att den enskilda vårdenheten tar till sig och arbetar med patientklagomål är det angeläget att denna stora kunskapsmassa systematiskt ställs samman och analyseras. På regional nivå kan underlaget t.ex. användas för styrning och uppföljning, bl.a. för uppföljning av ingångna avtal där hälso- och sjukvård upphandlats från privata vårdgivare.

I ett nationellt perspektiv kan systematiska sammanställningar och analyser exempelvis visa på problem inom något specialistområde som förekommer på många olika håll i landet eller uppmärksamma helt nya företeelser eller riskområden.

Enligt utredningens bedömning bör regeringen ge Inspektionen för vård och omsorg i uppdrag att utveckla system för att aggregera, analysera, sammanställa och återföra erfarenheter från bl.a. anmälnings- och klagomålsärenden.

Patientnämnderna arbetar aktivt med att återföra händelser till de vårdgivare som har fått klagomål på sin verksamhet. Enligt utredningens bedömning bör Patientnämndernas erfarenheter emellertid tas till vara i större utsträckning i ett styrnings- och ledningsperspektiv i landsting och kommuner. Inspektionen för vård och

omsorg bör, i samverkan med patientnämnderna, arbeta fram en modell så att man systematiskt kan tillvarata den information som patientnämnderna lämnar.

### Lag och förordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet

Sedan hälso- och sjukvårdslagen (HSL) trädde i kraft har den ändrats ett 70-tal gånger. Den grundläggande strukturen i lagen har dock behållits oförändrad. Lagen är närmast ett "lapptäcke" där bestämmelser av olika dignitet ligger samlade i paragrafer som i många fall följs av bokstäver. Ett antal paragrafer har också upphävts genom åren. Lagen innehåller inga kapitel och det är svårt att hitta specifika paragrafer eftersom de inte grupperats efter ämnen eller annat. Utredningen föreslår att HSL upphävs och ersätts av en ny lag – lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen).

Utredningens förslag innebär att vissa bestämmelser från HSL förs över i stort sett oförändrade till organisationslagen, medan andra bestämmelser endast har omarbetats språkligt och/eller redaktionellt. I begränsad utsträckning föreslås nyskrivna bestämmelser i organisationslagen. Dessa har i huvudsak tillkommit i förtydligande syfte eller som en konsekvens av utredningens förslag i delbetänkandet *Patientlag*.

Hälso- och sjukvården har genomgått stora förändringar under de tre decennier som har gått sedan HSL:s införande. De regler om krav och skyldigheter för huvudmän och vårdgivare som ursprungligen fanns i lagen utgick från en situation då i princip all vård i landet gavs av landsting. I dag ansvarar kommunerna för en del av hälso- och sjukvården och delar av den offentligt finansierade vården utförs av företag eller organisationer. Det har därmed blivit mer angeläget att det tydligt framgår vilket ansvar som vilar på de olika huvudmännen eller beställarna och vilket ansvar som de olika vårdgivarna eller utförarna har. I den nya organisationslagen föreslås definitioner av begreppen huvudman och vårdgivare. Dessutom utgår organisationslagens struktur från de olika aktörerna inom hälso- och sjukvårdsområdet och deras ansvar. Bestämmelser av liknande karaktär har samlats och sammanförts med ansvarsfördelningen som grund.

I likhet med utredningens förslag till patientlag har utredningen även vad gäller organisationslagen valt att strukturera lagen på ett sätt som ska underlätta senare utveckling och införandet av nya bestämmelser. På grund av lagens omfattning har utredningen valt att dela in lagen i avdelningar. Under varje avdelning finns kapitel med egen paragrafnumrering. Den i jämförelse med HSL mer omfattande uppdelningen av lagens olika bestämmelser avser att underlätta läsning och åstadkomma en mer pedagogisk och överblickbar reglering.

Någon samlande förordning på hälso- och sjukvårdens område har hitintills inte funnits. Utredningen anser att en samlande förordning skulle vara värdefull och ge en bättre överblick över regleringen på området. Utredningen föreslår därför att en ny förordning ska införas som samlar bestämmelser i nu gällande förordningar som innehåller detaljreglering avseende organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet. Utredningen föreslår också att vissa detaljbestämmelser som i dag regleras i HSL i stället förs över till förordningen.

Utredningen föreslår även att lagen om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m. upphävs. Innehållet i lagen förs över till annan författning, utom beträffande den särskilda regleringen avseende möjlighet till visstidsanställning av läkare med specialistkompetens som utgår helt.

Utredningen föreslår att lagförslagen ska träda i kraft den 1 januari 2015. Utredningen föreslår vidare en övergångsbestämmelse som är kopplad till förslaget om upphävande av lagen om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter, m.m.

# Innehåll

Sammanfattning .....	11
1 Författningsförslag.....	17
2 Uppdraget och dess genomförande .....	87
2.1 Uppdraget.....	87
2.2 Arbetet med slutbetänkandet.....	89
3 Lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet.....	91
3.1 Inledning.....	91
3.2 En ny lag ersätter HSL .....	92
3.2.1 Lagens struktur .....	92
3.2.2 Allmänna överväganden .....	93
3.3 Avdelning I – Målsättningar och definitioner.....	96
3.3.1 Begreppet hälso- och sjukvård.....	96
3.3.2 Huvudmannabegreppet.....	97
3.3.3 Vårdgivarbegreppet.....	99
3.3.4 Överväganden avseende rikssjukvård.....	100
3.3.5 Särskilt ansvar avseende barn .....	101
3.4 Avdelning II – Vårdgivarens ansvar .....	103
3.4.1 Verksamheten .....	103
3.4.2 Verksamhetschefens ansvar för att utse en fast vårdkontakt flyttas till förordning.....	105
3.5 Avdelning III – Landstingets ansvar som huvudman .....	106

3.5.1	Landstingens ansvar för planering och samverkan ...	106
3.5.2	Hänvisningar till annan relevant lagstiftning .....	108
3.5.3	Särskilda insatser regleras i större utsträckning i förrordning .....	110
3.5.4	Förttydligande om bibehållet huvudmannaskap vid överlämnande av uppgifter .....	113
3.6	Avdelning IV – Kommunens ansvar som huvudman.....	113
3.6.1	Rapportering enligt ”Lex Maria” .....	114
3.7	Avdelning V – Gemensamma bestämmelser för huvudmännen .....	115
3.7.1	Reglering av individuella planer .....	115
3.7.2	Överväganden avseende vårdavgifter .....	116
3.7.3	Hälso- och sjukvård vid extraordinära händelser i fredstid.....	118
3.8	Avdelning VI – Bemyndiganden och befogenheter .....	120
3.8.1	Allmänna överväganden om bemyndiganden.....	120
3.8.2	Förskrivningsrätt avseende förbrukningsartiklar.....	121
3.9	Lagen om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter, m.m. upphävs. ....	121
4	Förrordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet .....	127
4.1	En ny förrordning om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet .....	127
4.1.1	Rikssjukvård .....	128
4.1.2	Rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård.....	129
4.1.3	Verksamhetschef .....	129
4.1.4	Behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m. ....	129
4.1.5	Vårdgaranti .....	130
4.1.6	Övriga bestämmelser .....	131
4.1.7	Bemyndiganden.....	131
5	Jämlik vård .....	133
5.1	Inledning.....	133

5.2	Kartläggningar och rapporter m.m. ....	133
5.2.1	Socialstyrelsen.....	133
5.2.2	Diskrimineringsombudsmannen .....	138
5.2.3	Fundamental Rights Agency.....	139
5.2.4	Kommissionen för jämlik vård .....	140
5.3	Pågående arbeten och initiativ.....	141
5.3.1	Nationell strategi för en god och mer jämlik vård....	141
5.3.2	Överenskommelse om insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård .....	142
5.3.3	Utveckling av Öppna jämförelser.....	144
5.3.4	Socialstyrelsens riktlinjearbete.....	151
5.3.5	Nationell plattform för jämlik hälsa och vård.....	152
5.3.6	Stöd till grupper med stora behov m.m.....	152
5.3.7	Angereds närsjukhus .....	154
5.4	Överväganden jämlik vård.....	155
5.4.1	Ojämlighet ur ett regionalt perspektiv.....	156
5.4.2	Ojämlighet ur ett systemperspektiv.....	160
5.4.3	Ojämlighet i det personliga mötet.....	164
6	Patientklagomål .....	171
6.1	Inledning.....	171
6.1.1	Hantering av klagomål i vården .....	173
6.1.2	Patientnämnderna.....	174
6.1.3	Socialstyrelsen och numera Inspektionen för vård och omsorg – ny ingång för anmälningar mot vården och dess personal.....	176
6.1.4	Patientförsäkringen .....	177
6.1.5	Läkemedelsförsäkringen.....	179
6.2	Överväganden .....	180
6.2.1	Intresse och incitament för att tillvarata patienternas synpunkter .....	180
6.2.2	Nationellt perspektiv.....	183
6.2.3	Regionalt perspektiv.....	188
7	Konsekvenser av förslagen.....	191
7.1	Inledning.....	191
7.2	Ekonomiska konsekvenser.....	191

7.3	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	193
7.4	Övriga konsekvenser.....	194
8	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser .....	195
9	Författningskommentar .....	197
9.1	Förslaget till lag om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet .....	197
9.2	Förslaget till lag om upphävande av lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplätta enheter, m.m.....	230
9.3	Förslaget till lag om ändring i föräldrabalken (1949:381) ...	231
9.4	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)...	232
9.5	Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård .....	233
9.6	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor .....	234
9.7	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.....	235
9.8	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.....	235
9.9	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning .....	236
9.10	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.....	236
9.11	Förslaget till lag om ändring i lagen (1995:831) om transplantation m.m. ....	236
9.12	Förslaget till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799).....	237

9.13 Förslaget till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister .....	237
9.14 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ....	239
9.15 Förslaget till lag om ändring i lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall .....	239
9.16 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) .....	240
9.17 Förslaget till lag om ändring i lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar .....	240
9.18 Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....	240
9.19 Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. ....	242
9.20 Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:546) om behandling av personuppgifter i den arbetsmarknadspolitiska verksamheten .....	243
9.21 Förslaget till lag om ändring i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet .....	243
9.22 Förslaget till lag om ändring i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor .....	244
9.23 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) .....	245
9.24 Förslaget till lag om ändring i lagen (2005:466) om beräkning av inkomstprövade socialförsäkringsförmåner m.m. för neurosedynskadade .....	245
9.25 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap .....	246
9.26 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap ....	246



9.27 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.....	247
9.28 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355).....	248
9.29 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands .....	249
9.30 Förslaget till lag om ändring i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter .....	249
9.31 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken.....	250
9.32 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	250
9.33 Förslaget till lag om ändring i lag (2013:000) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd .....	252
<b>Bilagor</b>	
Bilaga 1–3 Kommittédirektiv .....	253