



2010 | Malin Hasselblad

Gränsöverskridande vård genom Patientrörlighetsdirektivet

Gränsöverskridande vård genom Patientrörlighetsdirektivet
Framtidsutsikter och risker

Malin Hasselblad

Citera gärna ur skriften, men ange källa

© Malin Hasselblad och Saco 2010
Grafisk form Pangea design

www.saco.se

Förord	5
Praktikuppdrag	7
Syfte, målgrupp, avgränsningar etc.	7
Metod	8
Terminologi	8
Sammanfattning	8
EU, nationalstaterna och vårdpolitiken	11
Hälsa- och sjukvården tillhör välfärdsstatens kärna	11
EU och vården	11
Rättskällor	13
Fri rörlighet	13
Folkhälsa	14
Patientrörlighetsdirektivet (2008:415) i juni 2010	14
Allmänt om direktivförslaget	15
Hur kan man vara säker på att få vård av god kvalitet?	17
Vilka rättigheter och skyldigheter har hemstaten?	18
Ersättningsgivare	18
Förhandsavgörandeförfarandet	18
Det nationella åtagandet	19
Klagan och överklagan vid avslag i samband med förhandsprövning	19
Vilka rättigheter och skyldigheter har vårdstaten?	20
Ansvarsskadeförsäkringar med mera	20
Eftervård och behandling av vårdskador	20
Möjlighet att värna inhemska patienter	20
Övriga insatser	21
Journalöversättningar	21
Läkemedelshantering	22
Nationella kontaktpunkter	22
Europeiska referenscentra	23
E-hälsa som tillväxtområde	23
Det framväxande EU-vårdsystemet	24
Fler möjligheter att resa till annat EU-land vid planerad vård	24
Landstingsremiss	25
Förordning 2004/883	25
Analys och reflektioner	27
Villkorad ersättning: Jämlikhetsaspekter	27
Vården – en tjänst på marknaden eller en offentlig skyldighet?	29
Frihet under ansvar: Får patienten större frihet eller större krav på ansvarstagande?	30
Hur stora effekter får direktivet? Vad kostar det?	30
Är det svenska systemet anpassat till de nya reglerna?	34

Uppmaningar	34
Direktivets betydelse för kvaliteten i den europeiska vården	35
Direktivets formulering – definitioner och brister	36
Anpassningskostnader: var och hur stora?	37
Lärdomar och reflektioner	38
Litteratur	39

Förord

Den inre marknaden med dess fria rörlighet för människor, kapital, varor och tjänster är fortfarande motorn i EU-samarbetet. I takt med att tjänstehandeln ökar ersätts diskussionerna om tullar och varors tekniska standarder av förslag kring rörlighet av människors dädkraft. Detta blir tydligt i samband med förverkligandet av gränslös sjukvård. Denna sektor tar åtta-tio procent av ländernas BNP och de nationella traditionerna rörande organisation, ledning och finansiering är så grundmurade som någonting kan vara; att genomföra genomgripande gemensamhetsreformer på detta område hör till det riktigt svåra.

Inte desto mindre händer detta just nu. EU-domstolen har i ett antal domar gett medborgare möjlighet att vid sidan av den nationella vårdapparaten i hemlandet, under vissa förutsättningar också kunna söka sjukvård i resten av EU. De direkta effekterna blir påtagliga, de indirekta följderna av en stor och sammanhåller vårdmarknad blir kanske ännu större. Saco är traditionellt en varm vän av EU, dess integrationssträvanden och den rörlighet som blivit resultatet. Den gränslösa sjukvården i Europa är ett nytt och viktigt projekt som vi har all anledning att lära oss mer om. Projektet är inte problemfritt.

Det finns alltså skäl att tydliggöra vad som händer, och hur det hittillsvarande arbetet bedrivits på EU-, respektive nationell nivå. Därför har Malin Hasselblad, praktikant hos Saco under våren 2010, skrivit en rapport som utomordentligt väl sammanfattar läget. Som introduktion till EU:s gränslösa sjukvård är denna rapport väsentlig läsning för envar som är intresserad av ämnet.

Anna Ekström
Ordförande, Saco

Praktikuppdrag

Under vårterminen 2010 praktiserade jag på Saco som en del av mina studier på kandidatnivån på Europaprogrammet vid Göteborgs universitet. Min handledare, Sacos internationella sekreterare Åke Zettermark, rådde mig att läsa in mig på patientrörlighetsdirektivet och följa den större diskussion om patientrörlighet som direktivet är ett uttryck för. Vad som skulle bli en mindre praktikuppgift växte successivt i takt med att mitt intresse för detta komplexa policyområde ökade.

Syfte, målgrupp, avgränsningar etc.

Syfte

Syftet med denna rapport är att beskriva hur EU:s inställning till vårdrörligheten vuxit fram, att diskutera vad direktivförslaget ger uttryck för, samt att diskutera de komplexa frågeställningar och problem som kan uppkomma med det nu aktuella förslaget till patientrörlighetsdirektiv. Rapporten utmynnar i några tentativa slutsatser, men också i ett antal frågeställningar som enligt min mening behöver utredas vidare. Jag avslutar i en förhoppning att berörda Sacoförbund skall vara aktiva i implementeringsarbetet så att utfallen för svenska vårdproducenter, patienter och skattebetalare skall bli de bästa möjliga. En ambition har varit att redogöra för svenska intressenters ståndpunkter, förhoppningar och farhågor.

Målgrupp

Rapporten riktar sig i första hand till förtroendemän och anställda vid berörda förbund inom Saco-federationen, men också till andra intresserade.

Avgränsningar

Tidsmässiga begränsningar har tvingat mig att hålla mig på en översiktlig nivå. Genomgående har jag valt en nationell synvinkel av typen "vad innebär detta för det svenska sjukvårdssystemet?" även om också andra perspektiv presenteras.

Flera intressanta diskussioner har av utrymmesskäl fått utelämnas, och jag har valt att endast översiktligt beröra direktivets större implikationer. Sålunda resonerar jag endast i förbigående kring om och under vilka förutsättningar ökad rörlighet för patienter kommer att ge mer önskvärda utfall för samhällen, nationella sjukvårdssystem än nu. Jag tar till exempel inte alls upp problemen med multiresistenta bakterier, vilket är ett problem mer sammanhängande med ökad rörlighet rent allmänt än med patientrörlighetsdirektivet specifikt. Jag diskuterar inte heller om nuvarande grad av patientrörlighet i Europa är hög, låg eller asymmetrisk. Detta därför att kunskapsläget om den europeiska patientrörligheten ännu är begränsat.

Metod

Denna rapport har tillkommit efter informationsinhämtning via sökmotorer (Google, Eur-Lex, Göteborgs universitetsbibliotek) samt efter möten med handläggare och utredare på olika organisationer. Jag har haft kontakt med Sveriges läkarförbund, Sveriges kommuner och landsting, Akademikerförbundet SSR, Regeringskansliet (Socialdepartementet), samt Folkpartiets och Socialdemokraternas kanslier vid Europaparlamentet i Bryssel. I en senare fas skickades rapporten ut till handläggare vid ett flertal Sacoförbund för synpunkter.

Terminologi

Sedan Lissabonfördraget trädde i kraft, den 1 december 2009, har stora delar av EU-terminologin förändrats. Det EU-rättsliga systemet består nu av två fördrag: Fördraget om Europeiska Unionen (FEU, EU-fördraget) och Fördraget om Europeiska Unionens Funktionssätt (FEUF, FEU-fördraget). Jag väljer i denna rapport att använda mig av det nya systemets numrering av rättsakter, samt använder konsekvent termerna EU-domstolen och EU. Detta eftersom att Lissabonfördraget upphävde den gamla distinktionen mellan den europeiska gemenskapen och den europeiska unionen. Den som vill översätta artikelnumreringen till den som gällde före Lissabonfördraget läser med fördel boken "Lissabonfördraget" (SNS Förlag, 2010), som innehåller de nya fördragen samt en jämförelsetabell med de gamla och de nya numreringarna. Innehållet i boken finns också redovisat på informationssajten www.lissabonfordraget.se

Sammanfattning

Patientrörlighetsdirektivet innehåller primärt övergripande principer om ansvarsfördelning mellan stater vid situationer när vård utförs i ett land som inte är detsamma som landet där patienten är ansluten till hälsosystemet. Det innehåller också övergripande regler om när ersättning skall utgå och hur stor ersättningen skall vara.

Förutom principer om ansvarsfördelning innehåller direktivet även incitament för samarbete som potentiellt kan verka kvalitetshöjande för de europeiska sjukvårdssystemen, som till exempel europeiska forskningscentra.

Direktivet täcker inte alla former av vård utomlands. Den huvudsakliga betydelsen av direktivet blir att vårdgivarens geografiska placering görs mindre viktig än det traditionellt varit. Det nationella åtagandet är inte längre knutet till det fysiska territoriet inom landets gränser utan ses som ett paket av rättigheter som medborgaren "bär med sig".

Patientrörlighetsdirektivet etablerar inte ett heltäckande svar på hur den gränsöverskridande vården skall hanteras mellan staterna. Liksom tidigare finns det möjlighet att åka utomlands genom ett förfarande med förhandsprövning som baseras på EU:s förordning 2004:883 om samordning av de sociala trygghetssystemen, eller också via landstingsremiss. Dessa vägar till vård är mer fördelaktiga för patienten på så sätt att de ger rätt till ersättning för hela vårdkostnaden, medan staten

genom patientrörlighetsdirektivet 2008:415 bara ersätter patienten upp till den nivå vården kan anses ha kostat om den hade givits hemma. Det är rimligt att anta att patientrörlighetsdirektivet kommer att leda till en ökning av antalet vårdresor utomlands, men det är en obesvarad fråga huruvida vi kan komma att se en så stor ökning att de nationella systemen undermineras. I min rapport finner jag att ökningen av vårdresor utomlands förmodligen inte kommer att öka på ett sådant sätt. Möjligheterna att resa utomlands för vård skulle till och med kunna minska för vissa grupper jämfört med idag. Detta eftersom att de flesta bedömningar pekar mot att patientrörlighetsdirektivet striktare än idag kommer att definiera vad staternas "åtagande" vid gränsöverskridande vård består i. Patientrörligheten skall ses som en del i en större utveckling som bedrivs på regional, nationell och europeisk nivå. Hur den formuleras har bäring på såväl den inre marknadens formulering som på hur den sociala dimensionen i EU utvecklas. Den som på något sätt kommer i kontakt med frågan i sin yrkesutövning eller i övrigt bör hålla sig uppdaterad och aktiv i direktivets implementeringsfas och i andra samarbeten på vårdområdet.

EU, nationalstaterna och vårdpolitiken

"Man borde ha förstått från början att hälso- och sjukvården inte är ett område för EU att bestämma över (...) Bakslaget för det svenska ordförandeskapet är en framgång för en solidarisk hälso- och sjukvård."

Elina Linna, riksdagsledamot (V), 2009¹

"God hälsa känner inga landgränser och vården blir bättre när fler får möjligheter att välja. (...) Den enskilda människans valfrihet, hennes rätt att bestämma själv, inom ramen för ett system med solidarisk finansiering via skattsedeln har länge varit den stora stridsfrågan. Nu är det Europa som är spelplanen."

Olle Schmidt, europaparlamentariker (FP), 2009²

Hälso- och sjukvården tillhör välfärdsstatens kärna

Berättelsen om det europeiska välfärdssamhället har historiskt också varit berättelsen om nationalstaten, den territoriellt avgränsade statsbildning som med Max Webers ord äger politisk suveränitet, beskattar sina medborgare och utövar våldsmonopol över det egna området³. När stater som Sverige under 1900-talet byggde upp välfärden, skedde det genom att det svenska folket i ökande utsträckning tillskrevs politiska rättigheter och ekonomiska skyldigheter, och att staten i utbyte tog ett alltmer utsträckt ansvar för medborgarnas hälsa, utbildning och sociala trygghet. Statens skyldighet att ge vård och bistånd begränsades av flera skäl till de egna medborgarna.

Det finns olika sätt att organisera ett välfärdssamhälle. Sociologen Esping-Andersen skiljer mellan tre välfärdsregimer: den socialdemokratiska, den liberala och den konservativa, vilka representerar olika modeller för att organisera välfärden⁴. Enhetsstater och federala system skiljer sig också åt vad gäller finansiering och utförande av välfärdstjänster. Gemensamt för alla moderna demokratiska system är att det är genom *det territoriebaserade medborgarskapet* definierat vem som har rätt till vård, och att vården (huvudsakligen) bedrivs på statens territorium.

EU och vården

Ursprungligen fanns det inte en tanke i medlemsstaterna på att den europeiska integrationen genom EU skulle förändra detta system.

¹ Vänsterpartiet, 2009

² Schmidt, 2009

³ Weber, 1918

⁴ Esping-Andersen, 1990

Någonstans på vägen hände emellertid något. EU-domstolen avkunnade 1998 de s.k. Kohll- och Deckerdomarna, där det slogs fast att hälso- och sjukvård omfattades av det dåvarande EG-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster, och att patienter därför har rätt till ersättning för hälso- och sjukvård som har getts i ett annat EU-land⁵. Domstolen slog bl.a. fast att EG-fördragets regler gällde oavsett hur hälso- och sjukvården är organiserad och finansierad, samtidigt som medlemsländer under vissa omständigheter hade rätt att uppställa krav på förhandstillstånd för att ersätta sjukhusvård som getts i en annan medlemsstat. I Sverige fick domstolens rättspraxis genomslag bl.a. genom den s.k. Jelinekdomen som avkunnades av Regeringsrätten i januari 2004. I praktiken innebär domstolens rättspraxis att det har skapats ett parallellt spår, ”domslutsspåret”, för att nå den europeiska värden, vid sidan av möjligheten att söka förhandstillstånd enligt förordning 2004/883.

EU-domarna har resulterat i att EU-medborgarna tillerkänts en rättighet, som de har svårt att utnyttja i och med att lagstiftningen i medlemsstaterna och i EU inte anpassats till denna rättighet. År 2003 uppmanade EU:s hälsoministrar därför kommissionen att undersöka hur det kunde skapas ett tydligare rättsläge i fråga om gränsöverskridande vård. I förslaget till tjänstedirektiv som presenterades år 2004 inkluderade kommissionen regler om hälso- och sjukvårdstjänster och patientrörlighet. De omfattande förhandlingar som ägde rum om tjänstedirektivet i europaparlamentet och ministerrådet⁶ resulterade dock i att hälso- och sjukvårdstjänster undantogs från tjänstedirektivets tillämpningsområde. I juni 2006 antog rådet gemensamma värderingar och principer i EU:s hälso- och sjukvårdssystem⁷, och uppmanade kommissionen att respektera dessa vid utarbetandet av kommande förslag på hälso- och sjukvårdsområdet. Parlamentet har också i flera resolutioner och betänkanden uppmanat kommissionen att lägga fram förslag för att uppnå juridisk tydlighet om patienters rättigheter vid gränsöverskridande vård och skapa ökad säkerhet för patienter som får gränsöverskridande vård.⁸ För att få in synpunkter på hur hälso- och sjukvårdsfrågorna borde hanteras på gemenskapsnivå inledde kommissionen en konsultationsprocess hösten 2006⁹.

Konsultationen belyste att det finns behov av att tydliggöra vilka regler som gäller för att kunna söka vård i andra länder samt för att få denna vård ersatt. En springande punkt att ta hänsyn till var även hur principerna om den fria rörligheten skulle kunna respekteras utan att möjligheterna kränks för de ansvariga för nationella hälso- och

⁵ Domstolen har senare utvecklat sin rättspraxis på området i ett antal ytterligare domar, bl.a. i målen Vanbraekel, Geraets-Smits/Peerbooms, Müller-Fauré/van Riet, Inizan och Watts.

⁶ EPSCO-rådet är den rådskonstellation inom ministerrådet som behandlar hälso- och sjukvårdsfrågor

⁷ Rådsdokument: ”Common core principles”, 2006/C 146/01

⁸ Se t.ex. parlamentets resolution 2004/2148(INI), 2006/2275(INI) m.fl.

⁹ Se t.ex. kommissionens meddelande ”Uppföljning till diskussionsprocessen på hög nivå om patientrörlighet och utvecklingen av hälso- och sjukvården i EU” (KOM(2004)0301), samt ”Rådets slutsatser om gemensamma värderingar och principer i Europeiska unionens hälso- och sjukvårdssystem” (2006/C 146/01)

sjukvårdssystem att planera verksamheten. Mot bakgrund av konsultationen utarbetade kommissionen ett första direktivförslag (2008) som därefter det svenska (2009) och det spanska ordförandeskapen (2010) arbetat om.

Svårigheterna med att kodifiera den gränsöverskridande vården visar att det inte varit lätt att jämkna samman de juridiska och politiska perspektiven. Splittringen mellan olika ideologiska värderingar gör det svårt för politiken att svara på juridiken. EU-domstolen har etablerat tanken på vården som en marknad – om än med särskilda förtecken – men diskussionen lever¹⁰. Patientrörlighetsdirektivet täcker endast in en liten tårtbit av denna stora problematik genom att föreslå regler för ansvarsfördelning mellan vårdstat och hemstat. Vid sidan av just detta direktiv pågår många andra arbeten i frågan om den europeiska hälsovården.

Rättskällor

EU som organisation, aktör och politisk mötesplats låter sig inte beskrivas eller fångas i enkla koncept. Jacques Delors uttalande om att EU är ett "objet politique non-identifié" – ett oidentifierat politiskt objekt – har blivit klassiskt. EU:s specificitet beror till stora delar på att dess mål, maktfördelning och politiska verklighet förändrats över decennierna. När vi – fackliga bedömare – nu skall beskriva "vad EU vill" i vårdfrågan, riskerar vi att förlamas av frågans komplexitet, då olika aktörer inom EU kämpar för olika saker – definitioner, rättigheter, givande eller kvarhållande av kompetens.

Fri rörlighet

Hur man ska reglera den gränsöverskridande vården är en fråga i gränslandet mellan tjänsterörlighet, folkhälsa, välfärd och trygghet. Det gör att frågan kan hänföras till många olika EU-rättsliga grunder. EU har ingen kompetens att reglera utförandet eller finansieringen av vården, men domstolen har ofta angripit frågan utifrån ett konkurrens- eller rörlighetsperspektiv. I denna kontext blir främst två fördragsfästa rättigheter aktuella: den fria rörligheten för arbetstagare (FEUF art. 45), och den fria rörligheten för tjänster (FEUF art. 56).

Dessa rättigheter har behandlats ytterligare i EU:s sekundärrätt (det vill säga i direktiv och förordningar). Till exempel uttrycks i förordning 1971/1408 från år 1971 att arbetstagare och deras familjer hade rätt att få ersättning från hemlandet när de fick vård i det land de var anställda i. Över tid har EU-domstolen börjat tillämpa denna förordning även gentemot sådana EU-medborgare som inte varit i ett anställningsförhållande vid vårdtillfället. År 2004 kompletterades förordningen genom den tidigare nämnda förordning 883/2004. Denna reform innebar att EU-medborgarskapet även politiskt frikopplades från arbetstagarbegreppet. EU-medborgare har idag en viss tillgång till sociala

¹⁰ Edwardsson 2008: 1

förmåner i annat EU-land oavsett om de står i ett anställningsförhållande eller inte.¹¹

Vad förordningen innebär i förhållande till patientrörlighetsdirektivet diskuteras i kapitel 6 i denna text.

Rent konkret innebär inre marknadsanknytningen att EUF-fördragets artikel 114 utgör direktivets rättsliga grund.

Folkhälsa

I FEUF-fördraget finns nu angivet att unionen har som mål att arbeta för god folkhälsa. I § 2 sägs att medlemsstaterna *"i samarbete med kommissionen (ska) inbördes samordna sin politik och sina program på de områden (som berör folkhälsans främjande och hälsofarors avskaffande i medlemsstaterna)"*¹². I samma artikel sägs uttryckligen att unionen ska *"respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård"*¹³.

Efter att Lissabonfördraget trädde i kraft den 1 december 2009 har Stadgan om de grundläggande rättigheterna fått en formell fördragsstatus i EU. Stadgan rymmer i artikel 168 en skrivning där allas jämlika tillgång till tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (SGEI) fastslås utifrån alla unionsmedborgares rätt till god hälsa¹⁴.

Det spanska ordförandeskapet har använt sig av Lissabonfördragets nya möjligheter och föreslår att FEUF:s artikel 168 används som direktivets andra rättsliga grund. Det skulle innebära att direktivet skulle ges dubbla rättsliga grunder: Dels främjande av den fria rörligheten, dels skydd för folkhälsan. Det är en väsentlig skillnad gentemot det tidigare, svenska direktivförslaget, som endast hade den fria rörligheten som rättslig grund. Den dubbla juridiska förankringen kan signalera ett starkare skydd för olika medborgar- eller patientperspektiv, men detta återstår att se.

Patientrörlighetsdirektivet (2008:415) i juni 2010

Patientrörlighetsdirektivet har setts som ideologiskt känsligt för ett flertal opinionsbildare inom unionen. I Sverige har debatten centrerats i ett blockpolitiskt perspektiv där de rödgröna partierna antingen avvisat patientrörligheten som ett resurskrävande förslag som försämrat möjligheten att göra prioriteringar och styra resurser (V)¹⁵, eller krävt långtgående kontrollmöjligheter för staterna för att säkerställa

¹¹

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10521_sv.htm hämtat 2010-04-14

¹² FEUF art 168

¹³ FEUF art 168 § 7

¹⁴ <http://www.lissabonfordraget.se/fordraget/stadgan--avd-iv.php> hämtat 2010-04-14

¹⁵ Vänsterpartiet, pressmeddelande 2009-12-02

http://www.vansterpartiet.se/index.php?option=com_content&view=article&id=2542:bakslaget-foer-haegglund-en-framgang-foer-en-solidarisk-haelso-och-sjukvard&catid=310:sjukv&Itemid=246

jämlikheten i vården (S)¹⁶, och där de borgerliga partierna sett förslaget som en välbehövlig frihetsreform¹⁷ ¹⁸. Det svenska ordförandeskapet misslyckades med att komma till beslut i frågan under hösten 2009 därför att oenighen var stor om vissa centrala punkter – jämställandet av offentliga och privata utförare, hanteringen av pensionärers vårdkonsumtion vid boende utomlands etc. I maj 2010 presenterades det spanska ordförandeskapets kompromissförslag, vilket också röstades igenom i EPSCO-rådet i juni 2010¹⁹. Nu återstår att behandla direktivet i Europaparlamentet, vilket förväntas ske under senhösten 2010 eller under våren 2011.

Nedan redovisas vad detta kompromissförslag ger uttryck för på några av direktivförslagets för Sacofederationens viktiga områden. Några problemformuleringar, baserade på själva förslagstexten, följs av tankar kring gemenskapshanteringens vidare implikationer.

Allmänt om direktivförslaget

Den rättsliga grunden för direktivet föreslås alltså vara artikel 114 i FEUF samt artikel 168 i FEUF (den "Sociala stadgan"). Artikel 114 refererar till EU:s subsidiaritetsprincip, vilket betyder att Kommissionen och medlemsstaterna anser att målet för ett gemenskapsinitiativ är att fördjupa den fria rörligheten och att detta görs bäst på EU-nivå. Artikel 168 refererar till behovet av gemenskapsinsatser för att förbättra de europeiska medborgarnas hälsa.

Det spanska förslaget bygger till stor del på det svenska kompromissförslag som skrevs 2009. Liksom i de tidigare förslagen disponeras det aktuella direktivförslaget kring tre huvudområden: Gemensamma regler för vilken medlemsstat som är ansvarig för att gemensamma principer för hälso- och sjukvård följs, Materiella regler för gränsöverskridande hälso- och sjukvård, Övriga insatser som kommer att bedrivas inom ramen för direktivets genomförandekommittéer: erkännande av recept som utfärdats i andra länder, skapandet av europeiska referensnätverk, utvärdering av medicinska metoder samt kvalitets- och säkerhetssamarbete. Gemensamma principer och regler för ansvarsfördelning

Vilka rättigheter och skyldigheter har patienten?

Vilken vård har man rätt till och vad ersätts?

Som tidigare framgått behandlar direktivförslaget planerad sjukvård som utförs i annat EU-land än det land där patienten är försäkrad eller har rätt att få sina sociala rättigheter tillgodosedda²⁰. Som hälso- och sjukvård

¹⁶ Socialdemokraterna, pressmeddelande 2009-04-23

<http://www.socialdemokraterna.se/media/pressarkivet/nyhetsarkivet-2001--/steg-framat-for-patientrorlighet-i-eu/>

¹⁷ Information från Moderaterna, 2010:

http://www.moderat.se/web/om_moderaterna_och_sjukvard_i_alla_medlemslander.aspx

¹⁸ Olle Schmidt (FP), krönika, 2009

¹⁹ EPSCO: rådskonstellationen för sysselsättning, socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor. Socialdepartementet, pressmeddelande 2010-06-08

²⁰ 2008:415 9948/10 art. 2a

definieras all vård som utförs av vårdgivare som är anslutna till det nationella hälsosystemet eller som på annat sätt är legitimerade eller godkända, när den sker i syfte att upprätthålla eller förbättra patientens hälsotillstånd. All hälso- och sjukvård kommer dock inte att omfattas av direktivet, utan grundregeln är att *den vård som patienten skulle fått på nationell mark, ersätts upp till den summa det hade kostat i hemstaten*²¹. Detta innebär att behandlingar som inte ges i Sverige, till exempel för att de inte anses evidensbaserade – som i fallet med vissa behandlingar av pisksnärtskador, som en del svenskar söker i Tyskland – kan komma att falla utanför direktivets bestämmelser om ersättning. Av det följer till exempel att svenska vårdtagares möjligheter att söka tandvård utomlands begränsas till att de subventioner som finns för i Sverige utförd tandvård upprätthålls även vid vård utomlands. Å andra sidan införs med det spanska förslaget en klausul om att patienter med sällsynta diagnoser, där hemlandet inte tillhandahåller adekvat behandling, ska få vård i annat EU-land ersatt utan att behandlingen finns godkänd i det nationella hälsosystemet och utan att behöva be om förhandstillstånd. Hemtjänst, hemsjukvård, servicehem för funktionshindrade, palliativ vård och liknande service som syftar till att ”stödja människor att utföra sina vardagliga sysslor” omfattas inte av direktivförslaget²². Det innebär att den vård som omfattas av direktivet blir vård till följd av sjukdom eller olycksfall, inte vård som följer av människors naturliga åldrande eller funktionsnedsättningar. Även organtransplantationer och nationella vaccinationsprogram undantas²³.

Direktivförslaget slår alltså fast vad som skall vara den *överordnade principen* för ersättning av vårdkostnader. Förslaget innehåller däremot inte någon mekanism för att beräkna hur mycket en given behandling skulle kostat hemma²⁴. Inte heller anges om ersättning skall betalas ut i förhand eller efterhand och hur transaktionen skall gå till. I dessa två frågor bestämmer alltså medlemsstaterna.

Det är osäkert om man i beräkningen av ersättningsnivåer kommer att följa de olika landstingens schablonbelopp, eller om man kommer att etablera ett harmoniserat nationellt system där ersättningarna blir lika stora oberoende av vilket landsting patienten hör till. Valet mellan dessa två alternativ beror sannolikt på vilken organisation som får den utbetalande funktionen. Blir det hemlandstinget som betalar, eller blir det Försäkringskassan?

Den politiska viljan i Sverige tolkar jag som att man generellt vill undvika att patienten själv ska få lägga ut för behandlingen. Det pressmeddelande som skickades ut från Socialdepartementet efter att patientrörlighetsdirektivet godkänkts i ministerrådet i juni 2010 innehöll en

²¹ 2008: 415 9948/10 art. 8 § 3

²² 2008: 415 9948/10 art. 2b

²³ 2008: 415 9948/10 art. 2c

²⁴ 2008: 415 9948/10 kommentar 3a: "Decisions about the basket to which the citizens are entitled and the mechanisms used to finance and deliver that healthcare (...) must be taken in a national context."

formulering om att "Sverige kommer att verka för att det slutliga förslaget säkerställer patienternas rättigheter till kvalitativ och säker vård, och att patienter som söker vård i andra EU-länder ska slippa ligga ute med vårdkostnaderna"²⁵.

Hur kan man vara säker på att få vård av god kvalitet?

Det är staterna som har ansvaret för att kontrollera att de vårdgivare som verkar inom deras territorium håller en god kvalitet, och lever upp till ställda krav på patientsäkerhet. I varje specifikt vårdfall är det alltså *vårdstaten* som har ansvaret för att informera om kvalitets- och säkerhetsnormer och hur den tänkta vårdgivaren lever upp till dessa. Garantin för att vården uppfyller krav på patientsäkerhet och hög kvalitet består i att vårdgivaren är ansluten till det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet i vårdstaten. Själva anslutningen, det vill säga de nationellt uppställda kraven, är alltså grunden i kvalitetsdefinitionen. Direktivförslaget innehåller också skrivningar om samarbete kring kvalitetskrav och definitioner, vilket förväntas få en allmän kvalitetshöjande effekt.

Det spanska kompromissförslaget går längre än de tidigare förslagen för att värna patienten. Om behandlingen omgärdas av ett förhandsavgörandeförfarande (vilket behandlas under punkt 5 i denna text), så kan tillståndsgivaren (hemstaten) neka tillstånd på basis av att behandlingen i fråga kan tänkas hålla en undermålig kvalitet eller innebära säkerhetsrisker för patienten eller för det omgivande samhället. Det kan till exempel vara fallet när det finns risk för spridning av multiresistenta bakterier. Risken för sådana spridningseffekter är dock så överhängande och så potentiellt allvarlig, bedömer många, att det måste till kontrollmekanismer även för sådan vård som inte omgärdas av förhandsavgörandeförfarande²⁶.

På sikt förväntas det reglerade patientrörlighetssystemet leda till kvalitetshöjningar i den europeiska vården i och med de föreslagna europeiska referensnätverken, men det är en långsiktig utveckling vars takt och kvalitet ytterst bestäms av EU:s genomförandekommitté, medlemsstaterna och forskarsamhällena – inte av lagstiftaren.

²⁵ Socialdepartementet, Pressmeddelande juni 2010

²⁶Se t.ex. ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control:

http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/pages/programme_on_antimicrobial_resistance_and_healthcare-associated_infections.aspx

Vilka rättigheter och skyldigheter har hemstaten?

Information till medborgare

Direktivet anger ingen skyldighet för hemstaten att informera om vilka förhållanden som råder vid vård i andra stater än den egna. Ansvaret ligger på varje vårdstat att informera om kvalitets- och säkerhetsregler, vårdgivare, försäkringar och liknande. Hemstaten har dock vissa skyldigheter att informera sina medborgare om vilka möjligheter eller rättigheter patienten har att få vård utomlands. Man måste informera om vilka procedurer som gäller vid ansökan om eventuell förhandsprövning, hur överklagan av avslagna ansökningar om ersättning går till och hur den administrativa processen ser ut²⁷. De administrativa förfaranden som omgärdar hanteringen av den gränsöverskridande vården skall vara objektiva, ickediskriminerande och transparenta.

Ersättningsgivare

Hemstatens främsta uppgift i den gränsöverskridande vården är uppfylla de krav på ersättningsutbetalning som stipuleras i direktivförslaget. Med det följer också krav på service till medborgarna, administrativ kvalitet och jämlik behandling.

Förhandsavgörandeförfarandet

För att staterna även fortsatt ska förfoga över verktyg för att planera allokeringen av resurser inom vårdsektorn kommer direktivet att möjliggöra användning av förhandsavgörande i vissa fall.

Förhandsavgörandeförfarandet innebär att hemstaten, om ett antal givna villkor är uppfyllda, kan neka ersättning för vissa behandlingar eller för vissa patienter²⁸.

Förhandsavgörandeförfarandet får endast användas vid ”sjukhusvård”, vilket definieras som vård som innebär en natts övernattnings på sjukhus och/eller sådan vård som är kostnadsintensiv eller högteknologisk, eller som, om den inte utfördes korrekt, skulle innebära en ”stor risk för patienten”.

Förhandsprövningen får göras under förutsättning att flödet av patienter *allvarligt försvagar*, eller *sannolikt allvarligt försvagar*, den ekonomiska balansen i systemet och/eller om planering och rationaliseringar inom sjukhussektorn försvåras. Argument för att införa krav på förhandstillstånd för en specifik diagnos rör till exempel att staten måste kunna undvika överkapacitet samt förhindra obalans i utbudet av sjukhusvård och slöseri med resurser. Staten måste också kunna tillhandahålla en balanserad hälso- och sjukvård tillgänglig för alla och upprätthålla rimlig vårdkapacitet och medicinsk kompetens inom landet²⁹. Beroende på hur staten är organiserad kommer sannolikt olika kriterier att upprättas för när förhandsavgörandeförfarandet får användas och vilka administrativa nivåer inom staten som får göra sådana prövningar³⁰.

²⁷ 2008: 415 9948/10 kommentar 11

²⁸ Förslaget, kommentarer 27-30

²⁹ Förslaget, kommentar 28

³⁰ Förslaget, kommentar 29d

Staternas möjligheter att använda förhandsavgörandeverktyget kan alltså komma att bero på hur ”modiga” de är att åberopa allvarlig skada mot det nationella sjukvårdssystemet. Förslaget om speciella listor på vilka diagnoser eller behandlingar som skulle regleras med förhandstillstånd, som förut funnits med, återfinns inte i det svenska eller det spanska kompromissförslaget. Istället kommer nu användningen av förhandstillstånd att baseras på riskanalyser. Men skrivningarna om ”risk” är problematiska. Vem tar initiativet till sådana analyser – om en behandling inte omfattas av förhandsprövning då patienten reser utomlands kan ju skadan redan vara skedd när risken upptäcks? Som förslaget nu är utformat är reglerna för användning av förhandsprövning fortfarande oklara.

Enligt förslagets nuvarande skrivning är det en tjänsteman som utifrån en riskanalys tar beslutet om förhandsbeskedet skall bli positivt eller negativt. Vi kan därför konstatera att direktivet *inte* ger anledning att tro att läkarna/praktikerna kommer att verka som ”*gate-keepers*”. En ”remiss” från en svensk läkare att erbjuda vård utomlands kommer alltså inte att innebära att ersättning per definition ges för denna vård.

Det nationella åtagandet

EU:s hantering av gränsöverskridande vård medför att hemstatens *nationella åtagande* inte längre baseras på var värden ges geografiskt. Således innebär direktivet att välfärdsstaten frikopplas från territoriet. Men vad består egentligen det nationella åtagandet i?

De ursprungliga förslagen innehöll en skrivning om att listor skulle upprättas i varje medlemsstat med prisuppgifter för olika behandlingar. Den formuleringen finns nu inte med i förslagstexten. Sådana lösningar visade sig omöjliga då federala system kan ha olika mekanismer för kostnadsberäkningar och ersättningsnivåer. Även det svenska systemet med självstyrande landsting innebär att en behandling kan vara olika dyr beroende på var i landet den ges. Det ”nationella åtagandet” kan komma att variera mellan landsting eller motsvarande administrativa nivåer, på samma sätt som idag.

Klagan och överklagan vid avslag i samband med förhandsprövning

Klagan vid avslag på ansökan om förhandstillstånd: Om patienten får avslag på sin ansökan om förhandstillstånd, och det senare visar sig att patienten var berättigad att få tillstånd, så skall hela den faktiska vårdkostnaden ersättas³¹. Det är hemstaten som har ansvaret för att mekanismer för sådana överklaganden finns.

³¹ Förslaget, kommentar 30

Vilka rättigheter och skyldigheter har vårdstaten?

Information

Det är vårdstaten som enligt direktivförslaget ska ansvara för att utifrån kommande patienter ges tillgång till all information de behöver för att göra ett informerat vårdval. Här handlar det främst om att informera dessa patienter om vilka ansvarsförhållanden som föreligger mellan läkare, vårdgivare, stat och patient, hur kvalitetsbestämmelser ser ut, vad som kommer att ske under behandlingen och vad som kommer att ske efter behandlingens avslutande. Vårdstaten har också ansvar för att informera om vad som sker om oförutsedda händelser skulle ske i samband med att vård ges, som till exempel vårdskador. Som direktivet formulerar det ska information till patienter ges ”upon request”³². Här, liksom gällande hemstatens informationsansvar till de utresande patienterna, kommer det att upprättas nationella kontaktpunkternas med uppgift att stå för informationsinsatser till patienter.

Ansvarsskadeförsäkringar med mera

Vårdstaten har också ansvar för att vårdgivare på statens territorium täcks av ansvarsskadeförsäkringar. Det är ännu oklart hur dessa försäkringsförhållanden kommer att se ut och vem som ska finansiera dem.

Eftervård och behandling av vårdskador

Vårdinducerade skador, som till exempel infektioner, är tämligen vanliga både i Sverige och i andra länder i Europa. Enligt direktivförslaget har vårdstaten ansvar för vårdskadebehandling och eftervård. Om patienten redan hunnit återvända till hemstaten då skadan uppkommer eller upptäcks, blir det troligen hemstaten som ansvarar för denna vård. Direktivförslaget specificerar inte hur finansieringen av dessa oplanerade extra vårdtillfällen skall täckas. Man talar heller inte om hur etablerandet av mekanismer för utbetalning av ersättning till patienter ska gå till.

Möjlighet att värna inhemska patienter

I det spanska kompromissförslaget föreslås att vårdstaten ska kunna vägra att ta emot utifrån kommande patienter om dessa patienter inte uppfyller samma villkor och kriterier för tillgång till vård som gäller för motsvarande vård inom landet. Ett exempel är om tillgång till högre vårdnivåer i vårdstaten kräver remiss från primärvården. Om det finns ett sådant krav kommer det följaktligen också att krävas att den utländske patienten är remitterad till den aktuella kliniken.

Det spanska förslaget innehåller också en möjlighet för vårdstaten att ge förtur åt sina inhemska patienter om flödet utifrån är så stort att det kan äventyra tillgängligheten på vård. Dyliga regler får dock inte vara diskriminerande eller hindra den fria rörligheten för personer.

³² Förslaget, artikel 5 §2a

Övriga insatser

Behov av andra gemenskapsinsatser för att uppfylla visionen

Direktivförslaget innehåller ett antal områden för fortsatt samarbete på hälso- och sjukvårdsområdet. Det rör samarbeten om regler för journalöversättningar, läkemedelshantering, europeiska referensnätverk och utvecklandet av infrastruktur för e-hälsa.

Journalöversättningar

Patientrörlighetsdirektivet beskriver situationer där gränsöverskridande vård produceras. En patient kommer till en läkare i ett annat land med en skada eller sjukdom. Då måste patientens journal finnas översatt och tillgänglig för läkarteamet. Här finns frågor om översättningens kvalitet, vem som ansvarar och betalar för översättningsarbetet, men också känsliga frågor om integritet. Patientrörlighetsdirektivet reglerar inte hur detta ska gå till utan arbetet med en europeisk journalhantering bedrivs i andra forum, t.ex. i organisationen EpSOS, där Sveriges läkarförbund finns med³³. I direktivförslaget finns endast angivet att den del av journalinformationen som är relevant för behandlingen skall vara tillgänglig för den utländska vårdgivaren, samt att patienten skall kunna begära ut samtliga journalhandlingar från både avsändande och mottagande vårdstat.

EpSOS är ett europeiskt projekt som syftar till att utveckla strukturer för e-hälsa samt att utveckla interoperabilitet mellan länders journalföringssystem, system för receptutfärdande och andra datasystem. Projektet finansieras delvis som en del av CIP, ramverksprogrammet för konkurrenskraft och innovation, som drivs av kommissionen i femårsplanen 2007-2013³⁴.

Den som någon gång flyttat mellan landsting i Sverige vet att det kan vara svårt att uppnå dessa mål ens mellan olika landsändar i en och samma stat. I Sverige bestämmer det enskilda landstinget vilka datasystem som skall köpas in för sjukvården i det egna länet, vilket ofta får inläsningseffekter och kommunikationssvårigheter som följd. Detta antyder de svårigheter som EpSOS har att hantera när de arbetar för att uppnå denna europeiska interoperabilitet.

Kanske kommer vi att se en form av ”tekniskt definierad rörlighet” eller ”teknologisk asymmetri” där de system som är enkelt översättbara upplever en större rörlighet än de system där de tekniska lösningarna skiljer sig mycket åt. Helt klart framstår problemet med systemens kommunikationsmöjligheter som ett av de mer pressande vad gäller rörlighetens praktiska uppfyllande.

³³ www.epsos.eu/about-epsos.html

³⁴ http://ec.europa.eu/cip/index_en.htm

Läkemedelshantering

När den kliniska insatsen är avslutad kan patienten få med sig ett recept på läkemedel. Patientrörlighetsdirektivet anger att det är hemstaten som ska betala för läkemedlet, dels då det förskrivs i vårdstaten, men också efter hemkomsten till Sverige. Det förskrivna läkemedlet måste nu vara godkänt för förskrivning av det svenska Läkemedelsverket, eller – om så inte är fallet – måste det gå att ge ut ett likvärdigt läkemedel. Detta ställer krav på ett översättbart – alternativt ett harmoniserat – läkemedelssystem i Europa.

Början till en gemensam läkemedelshantering finns idag på plats genom den europeiska myndigheten för läkemedel, EMA³⁵. EMA godkänner *nya* läkemedel för försäljning i hela unionen och har också en bredare roll som ramverksorganisation för att strukturera och kvalitetssäkra de europeiska läkemedelsbranscherna³⁶. Däremot arbetar EMA inte med befintliga läkemedel, och det kan därför finnas stora skillnader i vilka läkemedel som används inom unionen.

Patientrörlighetsdirektivet innehåller inga nya former för samarbete i läkemedelsbranscherna, utan hänvisar till att stater har en *allmän skyldighet* att samarbeta för att genomföra direktivet. Konkret ska kommissionen tillsammans med en genomförandekommitté bl.a. utforma åtgärder på EU-nivå som ska göra det möjligt att verifiera äktheten hos recept, riktlinjer för att främja interoperabilitet för e-recept och åtgärder för att säkra korrekt identifiering av läkemedel.

Journal- och läkemedelsfrågan är exempel på områden där regler för rörlighet måste åtföljas av ytterligare gemenskapsinsatser. Utifrån ett patientskyddsperspektiv måste dessa insatser finnas på plats *innan* direktivet träder i kraft. Implementeringstiden - i detta fall tre år – kommer att ställa mycket höga krav på aktörerna.

Nationella kontaktpunkter

Det har översiktligt beskrivits i föregående kapitel hur ansvarsfördelningen mellan hemstat och vårdstat ser ut i fall av gränsöverskridande vård. Det är huvudsakligen de nationella kontaktpunkterna som praktiskt kommer att hantera dessa uppgifter³⁷. Att inrätta ett system med kontaktpunkter är ett vanligt förfarande i sådana EU-insatser som syftar till ökad internationalisering av marknader. Kontaktpunkten ska i detta fall ge landets egna invånare information om deras rättigheter till vård i annat EU-land – dock har de ingen skyldighet att informera om vilka förhållanden som råder i andra staters hälsosystem. De ska också ge andra EU-länders patienter information om de lagar och regler som gäller för vård i landet. Direktivet understryker särskilt att den information som tillhandahålls av den nationella

³⁵ <http://www.ema.europa.eu/mission.htm>

³⁶ <http://www.lakemedelsverket.se/overgripande/Om->

[Lakemedelsverket/Verksamhet/Lakemedel/Godkannande-av-nya-lakemedel/](http://www.lakemedelsverket.se/Verksamhet/Lakemedel/Godkannande-av-nya-lakemedel/)

³⁷ Förslaget, artikel 7

kontaktpunkten skall vara lättillgänglig, inklusive via elektroniska kommunikationssätt³⁸.

För Sveriges del nämns ofta Försäkringskassan som den organisation som kan komma att få uppdraget. Det kan emellertid också bli tal om att skapa en ny myndighet specifikt för detta ändamål. Det är de nationella regeringarna som bestämmer om eventuell extra resurstilldelning.

Europeiska referenscentra

De europeiska referenscentra har från början funnits med i förslagstexterna, men omfattningen av de uppgifter som åläggs dem är mindre i nuvarande förslag än i det ursprungliga. Till exempel fanns i det ursprungliga förslaget angivet att referenscentrumen skulle arbeta med datainsamling och statistikframställning. Dessa delar har nu lyfts ut ur direktivet.

Referensnätverken ska främja tillgången på korrekta diagnoser, bästa behandlingsmetoder, stärka forskning och verka för informationsspridning³⁹. Kommissionen ska stödja medlemsstaterna i utvecklingen av referensnätverken, vilka ska bestå av vårdgivare och expertcenter med särskild kompetens inom en viss medicinsk specialitet. Kommissionen ska tillsammans med en genomförandekommitté ta fram kriterier som ett nätverk måste uppfylla för att klassas som ett europeiskt referensnätverk.

E-hälsa som tillväxtområde

Det finns även en förhoppning uttryckt i direktivförslaget att hälso- och sjukvårdssektorerna, vilka kämpar med ändliga resurser, stigande krav från allmänheten och åldrande befolkningar, skall kunna resurseffektivisera genom att en utbyggd infrastruktur för "e-hälsa". e-hälsa är samlingsbegreppet för vård och stöd på distans, dvs. informations- och kommunikationsverktyg som används till förebyggande åtgärder, diagnos, behandling samt övervakning och styrning av hälsa och livsstil⁴⁰⁴¹. Att bygga ut infrastruktur för denna typ av kommunikationer är en av de största utmaningarna för att patientörligheten skall kunna förverkligas. Troligen kommer det praktiska arbetet att utföras i redan existerande nätverk. Förutom det e-hälsoarbete som bedrivs i EpSOS, finns svenska samarbeten i till exempel "Centrum för e-hälsa i samverkan"⁴².

Kommissionen kommer att utfärda riktlinjer för hur de gemensamma strukturerna för e-hälsa ska se ut. Till exempel ska man formulera en "lägsta standard" för vilken information som måste finnas i en patientjournal.

³⁸ Förslaget artikel 7 § 5

³⁹ Förslaget, artikel 13

⁴⁰ http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_sv.htm

⁴¹ Kommissionen: eHealth - making healthcare better for European citizens. An action plan for a European eHealth Area. COM (2004) 356

⁴² http://www.skl.se/web/Center_for_eHalsa_i_samverkan.aspx

Det framväxande EU-vårdsystemet

Om man ser direktivförslaget som en del i en pågående process av lagstiftningar och samarbeten, kan man tala om ett "framväxande EU-vårdsystem". Processen har pågått under en längre tid och utan samlad styrning vilket har medfört att det nu finns flera parallella vägar till vård i EU.

Fler möjligheter att resa till annat EU-land vid planerad vård

Man kan skilja mellan fem olika typer av konsumenter av gränsöverskridande vård:

1. Den som plötsligt och oförutsett behöver uppsöka vård vid vistelse i annat EU-land. Den här vårdsituationen täcks idag, med vissa restriktioner, av samarbeten inom ramen för det europeiska sjukförsäkringskortet.
2. Den som till exempel flyttat utomlands efter pensionen och nu bor i ett annat EU-land utan att ha bytt nationalitet.
3. Den som bor i en gränsregion där närmaste eller mest relevanta mottagning ligger på andra sidan om en gräns.
4. Den som föredrar att få en behandling utomlands, till exempel därför att behandlingen utomlands bedöms som bättre, lättare tillgänglig eller inte lika dyr för patienten som en liknande eller identisk behandling hemma.
5. Den som remitteras utomlands av sitt eget hälsosystem, till exempel i syfte att undkomma värdköer i hemlandet eller för att behandlingen inte utförs i hemlandet. De två sista kategorierna är vanligare i glesbefolkade länder/regioner som Tornedalen eller i små stater, som till exempel i Beneluxländerna⁴³.

Det föreslagna patientrörlighetsdirektivet berör patienters möjlighet att välja en behandling utomlands framför att stanna hemma, alltså kategorierna 3, 4 (och 5) ovan. Men redan idag finns två möjligheter vid sidan av domarna att få planerad vård utomlands ersatt: genom att bli remitterad utomlands av ett landsting, och genom att få hela kostnaden betald via förordning 2004/883⁴⁴. Det nu föreslagna direktivet leder till skapandet av en *kompletterande* mekanism som grundas på principerna om fri rörlighet och på domstolens tolkning av fördraget. Om patienten bestäms ha rätt till ersättning med utgångspunkt från reglerna enligt 2004/883, skall det regelverket, som tidigare sagts, gälla framför patientrörlighetsdirektivet.

⁴³ Rosenmüller, McKee, Baeten, Glinos 2006: 7

⁴⁴ Hansson 2007: 10 ff.

Landstingsremiss

I vissa fall kan landstinget remittera patienten till ett annat land. Detta sker till exempel då en patient är i behov av kvalificerad vård som inte kan tillhandahållas i Sverige. Landstinget kan använda sig av remissförfarandet oberoende av om patienten ansökt specifikt om det. Oftast utfärdas remissen på landstingets initiativ, men en patients ansökan om förhandstillstånd kan också leda till att Försäkringskassan och landstinget i samråd beslutar om att remittera patienten⁴⁵.

Förordning 2004/883

Förordning 2004/883 erbjuder en möjlighet att få hela kostnaden för vården ersatt. Tillstånd ges bara vid särskilda förhållanden, varav de vanligaste är att patienten förhindras att få vård i hemlandet eftersom det finns värdköer för den specifika behandlingen, eller om patienten blivit tvungen att uppsöka akut sjukvård utomlands.

	Förhands- tillstånd	Grund för resa	Initiativ- tagare	Grundvakt	Ersättnings- nivå
Efter landstings- remiss	Landstinget remitterar	Vården saknas i Sverige	Oftast vårdgivare	Landstinget eller FK	Hela vårdkostnaden
2004/883	Krävs	Vårdkö eller patientens tillstånd	Patient/vård- givare	FK	Hela vårdkostnaden
2008/415 Patient- rörlighets- direktivet	Krävs i allmänhet inte	Patientens önskan	Patient	-	Upp till vårdens kostnad om den utförts i hemlandet -

⁴⁵ Hansson 2007: 11

Hur ser det ut idag?

Antalet svenska patienter som söker vård utomlands är idag relativt begränsat. Försäkringskassan har siffror på antalet beviljade förhandstillstånd samt på antalet personer som fått ersättning för utförd vård.

Tabell 1. **Beviljade förhandstillstånd**

År	Antalet bifall
2004	88
2005	116
2006	87
2007	115
2008 (t.o.m. juni)	43
Totalt	449

Källa: Försäkringskassan⁴⁶

Tabell 1 avser de patienter som åkt utomlands via landstingsremiss eller via förordning 2004:883. Det är alltså *inte* dessa som skulle beröras av patientrörlighetsdirektivet.

Mellan 1 januari 2004 och 30 juni 2008 handlades 808 ärenden avseende förhandstillstånd. Bifallsfrekvensen uppgick till 56 procent eller 449 utfärdade förhandstillstånd. Antalet beviljade förhandstillstånd varierar över ett år, men har legat relativt konstant kring 100 förhandstillstånd per år under den aktuella perioden.

De vanligaste mottagarländerna är Finland, Frankrike och Tyskland. De flesta förhandstillstånden avser förlossnings- och graviditetssjukdomar. Andra vanliga sjukdomskategorier är tumörer/cancer samt cirkulationsorganens sjukdomar (dit hjärtoperationer räknas). Gruppen tumörer/cancer avser främst olika typer av cellgifts- och strålbehandlingar. För den här gruppen patienter har det varit det egna landstinget som betalat.

Tabell 2. **Ersättning i efterhand**

År	Antal bifall	Utgift (mkr)
2004 (fr.o.m. februari)	147	8,2
2005	954	9,6
2006	1868	15,3
2007	1175	11,2
2008 (t.o.m. juni)	702	6,7

Källa: Försäkringskassan⁴⁷

Tabell 2 visar de svenska medborgare som åkt utomlands utan att beröras av landstingsremiss eller förordning 2004:883. Det är alltså de patienter som skulle beröras av ett patientrörlighetsdirektiv.

Av tabellen kan utläsas att Regeringsrättens domar tidigt under 2004 haft en effekt på antalet patienter som söker sig utomlands utan att ha ett förhandsgodkännande från Försäkringskassan. Även om vi bara har 11

⁴⁶ Tabellen kommer från Försäkringskassan:

<http://www.forsakringskassan.se/nav/471f2d2447b1cd79ec826f625294e979>

⁴⁷ Ibid.

månaders bifall med i siffrorna från 2004, ser vi en ökning mellan 2004 och 2005. Det tyder på att det finns något av en uppdämd efterfrågan på att få åka utomlands, även om det fortfarande efter 2005 bara rör sig om några tusental patienter om året.

Av de personer som beviljats ersättning i efterhand för planerad vård utomlands har de flesta valt att åka till Finland. I första hand är det personer bosatta i Norrbotten, nära den finska gränsen, som väljer att söka vård i Finland. Andra vanliga mottagarländer är Polen, Estland, Spanien och Tyskland⁴⁸.

Den vårdform som flest personer åker utomlands för att få är, enligt Försäkringskassan, tandvård. Under den aktuella perioden gällde knappt 60 procent av antalet bifall tandvård.

Den näst vanligaste sjukdomskategorin var sjukdomar i muskler och leder. I denna kategori ingår bland annat undersökningar, sjukgymnastik och operationer avseende besvär i knän, höfter och ryggar. Här ingår de som söker vård i Tyskland för whiplashskador.

Vanligt, konstaterar Försäkringskassan, är också behandlingar för ögonsjukdomar samt sjukdomar i urinvägarna eller i könsorganen. Det rör sig framförallt av gynekologiska undersökningar samt olika typer av fertilitetsbehandlingar.

Idag är det alltså ett begränsat antal patienter som söker sig utomlands på eget initiativ. Stora grupper är de som bor nära en gräns och där det är naturligt att röra sig över gränsen (Tornedalen) och några ovan nämnda sjukdomskategorier dominerar. Vad gäller tandvård finns det indikationer på att man åker utomlands för att minska egenavgiften, och vad gäller ledbesvär vet vi att en stor grupp söker alternativa behandlingar för whiplashskador. Rörande fertilitetsbehandlingar vet vi t.ex. att många ensamstående kvinnor söker sig utomlands för att få assisterad befruktning, eftersom de inte alltid har rätt till det i Sverige.

Analys och reflektioner

Villkorad ersättning: Jämlikhetsaspekter

I den svenska hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf uttrycks att målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen⁴⁹. Varje patient har rätt till denna vård oavsett exempelvis kön, inkomst, utbildning, yrke, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Det europeiska vårdområdet består inte, som vi har sett, i att skapa en modell för ett europeiskt hälso- och sjukvårdssystem, utan att förbättra kommunikationen och "översättbarheten" mellan nationella system. Som

⁴⁸ Information i detta kapitel om antal patienter och sjukdomskategorier kommer genomgående från Försäkringskassans webbplats:
<http://www.forsakringskassan.se/nav/471f2d2447b1cd79ec826f625294e979>

⁴⁹ Hälso- och sjukvårdslagen 1982: 763, § 2 "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen."

europaisk patient är du svensk, rumän eller britt, och vilken vård du har rätt till bestäms av ditt nationsmedborgarskap. Därför kan man inte tala om jämlik tillgång till vård för européer, utan bara för medborgare i samma stat.

Vi vet att fördelningen av resurser, ekonomiska och andra, varierar mellan individer och mellan grupper. Därför är det relevant att studera om den europeiska rörligheten för patienter påverkar den jämlika tillgången på vård (bland svenska medborgare) som är sjukvårdens mål.

Eftersom vård utomlands endast ersätts med det belopp som vården hade ansetts kosta hemma, kan det inträffa att patienter inte kommer att kunna söka vård utomlands eller blir sittande med stora kostnader efteråt. Det kan finnas en mellanskillnad mellan den faktiska kostnaden (inklusive kostnader för resa, uppehälle och mat) och vad de får i ersättning. Men det föreligger det inga skäl att tro att medlemsländer inte kommer att tillåtas att ersätta patienternas fulla, faktiska kostnader, enligt modeller eller regelverk som staterna själva utformar.

Jämlikhetsvärdet hade tillgodosetts ännu mer om hela den faktiska vårdkostnaden ersatts enligt 2004/883. Möjligheten till fullt ersatt vård genom förordning 2004/883 kvarstår dock och hemstaten ska, som sagt, tillämpa denna förordning om det är möjligt.

Vi vet inte hur patientrörlighetsdirektivet skulle påverka styrkeförhållandena mellan stater på längre sikt. Om eller när ökad rörlighet av patienter mellan stater ökar eller minskar välståndet för samhällena är ett alltför stort problem för att behandlas inom ramen för denna text.

Vården – en tjänst på marknaden eller en offentlig skyldighet?

Enligt en del betraktare har EU:s vårdintegration en ideologisk slagsida. Patientrörlighetens historia, som del i tjänstedirektivet, vittnar om att angreppssättet har varit den ekonomiska fria rörlighetens. Under 1980-talet och framåt kompletterades strävan mot ekonomisk liberalisering inom unionen med en social underbyggnad i form av social dialog, skyddslagstiftning och den alltmer uttalade idén om EU som en social marknadsekonomi⁵⁰. Den sociala dimensionen i EU är medlemsstatsdriven, och som sådan är den mer känslig och svår än de ekonomiska frågor där kommissionen och EU-domstolen kan luta sig mot fördragen.

När nu hälso- och sjukvårdspolitiken tas upp på EU-nivå, kan de vägval som sker tjäna som temperaturmätning på styrkeförhållandena mellan de två dimensionerna och sätta tonen under lång tid framåt. Kommer vården att ses som primärt en tjänst för vilken medborgaren får ersättning av hemstaten, eller kommer den att ses som en ickeekonomisk nytting som det offentliga har en skyldighet att producera och som har ett tydligt demokratiskt värde? Finns det, som EPSU⁵¹ menar, en risk att rätten att få ersättning för vård ersätter skyldigheten att tillhandahålla vård i den europeiska värddiskurs som nu växer fram?⁵²

EPSU påpekar att det inte med nödvändighet är så att patienters rättighet till vård motsvaras av vad staterna är beredda att betala för den. Direktivförslaget fokuserar i mycket hög grad på hemstatens roll som ersättningsgivare och mindre på staten som vårdgivare eller kvalitetskontrollant. Om patienternas valfrihet på vårdmarknaden får den effekten att enskilda kliniker/centra specialiserar sig på särskilda behandlingar och således övertar patientflöden som annars hade kommit ett större antal kliniker tillhanda, kan det leda till att det blir signifikant längre avstånd mellan patient och vårdgivare. Enligt EPSU kan direktivförslaget riskera att urholka tillgängligheten i vården med negativa effekter på den jämlika tillgången till vård, i så måtto att det endast blir de som har möjlighet att resa långt för att få behandling som får tillgång den kvalitativa vården. EPSU:s kritik går alltså ut på att staterna, med detta direktiv, kommer att abdikera från sin uppgift att tillhandahålla vård till alla medborgare.

EPSU kan ha rätt i att en tilltagande specialisering på EU-nivå skulle medföra längre geografiska avstånd för många patienter. Men man skulle, istället för att fokusera på själva avståndet, lika gärna kunna fokusera på möjligheterna till högre kvalitet, ackumulering av spetskompetens och påföljande synergieffekter, som positivt för patienterna. Förhållandet mellan god vård och geografiskt tillgänglig vård kan – men behöver inte – stå i motsats till varandra.

⁵⁰ Lissabonstrategin, EU2020

⁵¹ European Federation of Public Services Unions (www.epsu.org)

⁵² EPSU, 2008

Frihet under ansvar: Får patienten större frihet eller större krav på ansvarstagande?

Patientrörlighetsdirektivets största budskap är att det är patientens rättighet att själv välja behandling eller behandlingsförläggning och få ersättning för den, upp till det nationella åtagandets nivå. Det är en målsättning som ger egenmakt och frihet men som också riskerar att sätta individen i en prekär situation – att bedöma en kliniks eller behandlings kvalitet är svårare än att välja frisör eller byggnadsfirma, och insatserna så mycket högre. Utmaningen i patientrörlighetsarbetet ligger i att få på plats de förutsättningar som krävs för att friheten att välja vård skall kunna utövas.

Hur stora effekter får direktivet? Vad kostar det?

Patientrörlighetsdirektivet får effekter av två typer:

1. Får direktivet en stor "numerisk effekt": kommer rörligheten att öka i Europa till följd av ett säkrare rättsligt läge på grund av EU-regleringen?

I en utredning från 2006 kommer WHO fram till en slutsats som återkommer i mycken värdforskning: patientflöden över nationsgränserna i Europa är och kommer att förbi en marginell företeelse eftersom de flesta patienter föredrar att få vård så nära hemmet som möjligt, i ett system de känner till och med vårdgivare som talar deras språk. Att åka utomlands för vård är nästan aldrig ett förstahandsalternativ utan något man väljer i extraordinära situationer⁵³.

Direktivet kan däremot, enligt WHO, komma att få ett signifikant genomslag på vissa patientgrupper och/eller i vissa gränsregioner, på turistresmål eller vid kliniker eller mottagningar där vårdgivare utvecklat särskilda strategier för att attrahera utländska patienter⁵⁴.

Undanröjandet av hinder för att söka vård utomlands kan leda till att fler reser utomlands för att undvika värdköer hemma, men för en sådan ökning krävs goda kommunikationsstrukturer så att de efterfrågar en specifik behandling kan matchas mot den som tillhandahåller den. Ett exempel på en sådan informationsförmedling är www.vantetider.se, en databas som sammanställer och visar statistiskt innehåll från landstingens/regionernas nationella och gemensamma väntetidsdatabas, Väntetider i Vården. Ytterligare sådana samarbeten kan komma att utvecklas inom de projekt för "e-hälsa" som direktivet behandlar.

Genomgången av vilka det är som idag söker vård utomlands nyanserar bilden av hur stor den "uppdämda efterfrågan" är. För många i den grupp för vilken patientrörlighetsdirektivet skulle underlätta – de som åker utomlands med Regeringsrättens domar i ryggen – kan patientrörlighetsdirektivet innebära att man inte längre får värdkostnader

⁵³ Rosenmøller/McKee/Baeten/Glinos, 2006: 179

⁵⁴ ibid: 179

ersatta lika generöst som med dagens icke-kodifierade rättsläge. Detta eftersom patientrörlighetsdirektivet baserar sig på *det nationella åtagandet* och inte på patientens *behov*. Ensamstående kvinnor åker idag utomlands för att få hjälp att bli gravida av anledningen att det svenska systemet inte ger dem den möjligheten. Detsamma gäller för många pisksnärtskadepatienter som söker vård utomlands därför att de behandlingar som är tillgängliga i t.ex. Tyskland inte är godkända i det svenska systemet. Det förefaller rimligt att tänka sig att hemstaten varit mer generös i det vaga rättsläge vi nu har, än vad man skulle varit i en situation med striktare definition av vad som ska ersättas.

I denna kontext bör återigen förtydligas att det också finns fall där behandlingar som inte godkänts eller finns att få i hemlandet ändå ersätts genom patientrörlighetsdirektivet. Det gäller sådana sjukdomsdiagnoser som är så sällsynta att någon behandling inte finns att tillgå i hemlandet. I sådana fall skall behandlingskostnaderna ersättas i sin helhet, utan att patienten specifikt behöver kräva det.

Det man ofta tänker sig, att antalet vårdresenärer skulle öka dramatiskt med ett klarare rättsläge, är därför inte för allom givet. I varje fall är det sannolikt att resandet utomlands skulle minska för vissa grupper och öka i andra. Speciellt inom de sjukdomskategorier och från de landsting för/från vilka vårdköerna är långa, kan man tänka sig att resandet skulle öka.

2. Kommer direktivet, tillsammans med annan gemenskaps reglering, att ge harmoniserande effekter på hur staterna kan finansiera och organisera sina hälso- och sjukvårdssystem?

Institutet för framtidsstudier bedömer att finansieringen av de vårdsystemen i framtiden kommer att vara beroende av processer i omvärlden, såväl med som utan patientrörlighetsdirektiv och/eller annan EU-aktivitet⁵⁵. Andra faktorer än EU-regleringar har också omskapande effekter, så som ökad rörlighet för personer över lag.

År 2003 kom en projektgrupp i Socialdepartementet med en framtidsanalys där man utgick från två scenarier: ett med bibehållna låga nivåer av patientrörlighet och ett med en radikalt ökad rörlighet⁵⁶. Status quo-scenariet tog som utgångspunkt att EG-domarna från början av 2000-talet inte lett till någon mätbar ökad rörlighet bland svenskarna. Man såg då att det gränsöverskridande vårdssamarbetet även fortsättningsvis främst skulle vara en angelägenhet för vissa patientgrupper och för boende i gränsregioner. I "status quo-scenariet" förefaller, med dagens låga efterfrågan samt den uppfattning om patienters preferenser vi har idag, det osannolikt att just den gränsöverskridande vården inom EU skulle få så stora effekter att landstingens roll som ansvariga för sjukvården eller det allmänna offentligfinansierade systemet skulle hotas⁵⁷.

⁵⁵ Palme, 2002:365–368

⁵⁶ Socialdepartementet, 2003

⁵⁷ Socialdepartementet 2003:121

I vad man kallade "värsta-fall-scenariet" har rörligheten ökat då olika faktorer samverkat: "kunskap om vårdutbudet, språkfärdigheter, den medicinska utvecklingen, långa vårdköer, allt fler utlandsboende pensionärer"⁸. Strukturella faktorer som vakansläget för läkare och annan vårdpersonal, olika länders över- respektive underkapacitet, allmänt ekonomiskt läge fanns också vara av betydelse för rörlighetens storlek. Projektgruppen insåg att den inre marknadens inflytande över hälso- och sjukvården – dit både patienternas rörlighet och ökad frihet för vårdgivare hör – gradvis kan tvinga de offentligfinansierade systemen mot en "oförutsedd systemturbulens". Även en liten utveckling kan få sådana effekter. Men systemturbulens skulle också kunna inträffa utan gemenskapsreglering, på grund av t.ex. alla de förändringar i levnadssätt och konsumtion som vi brukar kalla globaliseringen.

I en faktapromemoria från 2007 skriver Socialdepartementet att den största ekonomiska konsekvensen för Sveriges del skulle bestå i kostnader för att implementera de olika samarbeten som regleras i direktivet, t.ex. kompatibilitet för e-hälsosystem och datainsamling, samt för information till patienter och inrättande och drift av de "nationella kontaktpunkterna"⁵⁸. I de rådspromemorior som medföljt EU-nämndens behandlingar av direktivförslagen har det hela tiden fastställts att "finansieringen ska ske i linje med de principer om neutralitet för statsbudgeten som slås fast i proposition (1994/95:40) om budgeteffekter av Sveriges medlemskap i Europeiska unionen m.m."⁵⁹. Detta kan möjligen antyda att kostnaderna för den gränsöverskridande vården kommer att läggas på landstingen. Man skriver också att ökade utgifter på europeisk nivå i första hand ska finansieras genom omprioriteringar inom EU:s budget, men att utgiftsökningar gällande EU:s verksamhet som inte finansieras på detta sätt också kommer att leda till en ökning av den svenska EU-avgiften.

Kommissionen målar upp en mycket positiv bild av direktivets ekonomiska effekter i den konsekvensbedömning som skrevs 2008⁶⁰. Även där används olika grader av rörlighet som bas för olika kostnads/besparingsberäkningar och Kommissionens slutsats blir att patientrörlighetsdirektivet kommer att leda till resurseffektivisering genom ett ökat erfarenhetsutbyte om behandlingsmetoder, samlade europeiska forskningsresurser, möjlighet att genom hänvisning av patienter korta vårdköer samt skapandet av europeiska specialistcentra kring olika diagnoser. Man kommer dock fram till att det krävs detaljerade EU-bestämmelser för frågor om kvalitets- och säkerhetsnormer, tillståndsgivning, patientinformation, skadeersättning med mera om efterlevandekostnaderna kommer att uppvägas av vinster. Om den kringgårdande hanteringen brister så ökar kostnaderna i systemet mycket snabbt.

Det nuvarande förslaget innehåller i sig självt inte dessa typer av bestämmelser utan kommer att kräva ett vidare regleringsarbete för att uppfylla kvalitets- och säkerhetskrav. På många områden kommer det därför att bli nödvändigt att invänta hur kommissionen tillsammans med genomförandekommittén specificerar direktivet, hur implementeringen genomförs och hur arbetet med att ta fram ytterligare regleringar fortskrider, för att kunna bedöma resursanvändningen. För den som är intresserad av patientrörlighetens effekter på staters och regioners ekonomi är det alltså viktigt att vara aktiv under en längre period – inte minst *efter* det att patientrörlighetsdirektivet eventuellt antas av rådet och parlamentet.⁶¹

⁵⁸ 2007/08: FPM134

⁵⁹ Rådspromemorior S2010/4243/EIS, S2009/8626/EIS

⁶⁰ Sammanfattning av konsekvensbedömningen, Arbetsdokument från Kommissionen (SEK(2008)2164)

⁶¹ Konsekvensbedömningen, s 5

Är det svenska systemet anpassat till de nya reglerna?

Det är upp till medlemsstaten att själva forma mekanismer för fastställande av ersättningsnivåer. Det antyder att implementeringsprocessen kommer att få stora effekter för utfallet av regleringen.

Generellt kan man säga att samarbete mellan olika vårdenheter, beslutsnivåer och utförare inte på något vis är något nytt. Även idag krävs stor samverkan mellan landsting, vårdgivare och myndigheter för att hantera vårdens administration. Frageställningarna som aktualiseras i och med patientrörlighetsdirektivet innebär inte någon radikal förändring på den punkten. Det är snarare den gränsöverskridande vårdens omfattning som kan öka. Däremot är det ännu politiskt olöst vilken administrativ nivå som ersättningsmekanismen ska utgå ifrån. Är det landstingen som ansvarar för sina medlemmar, eller är det staten Sverige från vilken det nationella åtagandet utgår?

I en rådspromemoria från 2009 skriver Socialdepartementet att svensk lagstiftning till stora delar får anses uppfylla de krav som direktivet ställer. Patientrörlighetsdirektivets implementering i lagstiftningen kommer i första hand att innebära att bestämmelser om informationsskyldighet till svenska och utländska patienter behöver ses över, samt att en eller flera "kontaktpunkter" för information till patienter inrättas. Reglerna om ömsesidigt erkännande av läkemedel kommer att kräva en del förändringar i lagstiftningen på föreskriftsnivå⁶².

De kostnader som oundvikligen kommer att uppstå för själva administrationen av den gränsöverskridande vården kommer enligt Socialdepartementet att finansieras genom att resurser för detta tas inom statsbudgeten⁶³.

Uppmaningar

Vad som nu sker i EU är att de lagstiftande institutionerna skapar ett regelverk för att fylla en "tom" rättighet med mening. Det är en nödvändig och positiv utveckling.

Rent mänskligt är det bra att patienter får ökade möjligheter att få vård. Att få resa till länder där man kan få vård, när man i hemlandet är hindrad på grund av köer, räddar liv och lindrar lidande. Personligen – som ung europé – känns det dessutom konstigt rent moraliskt, att territoriegränser som jag i vanliga fall kan överträda, nu skall kunna hindra mig för att bli frisk, när jag vet att hjälpen finns tillgänglig på andra sidan denna gräns! I huvudsak är det alltså bra att de europeiska patienternas rättigheter att få vård förtydligas och att de rättigheterna nu frikopplas från hemstatens territorium. Större möjligheter att behandla en sjukdom eller en skada är bra för enskilda patienter och patientgrupper, och kvalitetshöjande samarbeten och bättre resursallokering bär förhoppningar om en mer resurseffektiv och högkvalitativ vård i Europa. Dessa förhoppningar

⁶² Socialdepartementet: S2009/8626/EIS

⁶³ Ibid.

kommer inte att infrias av sig själva utan kräver bevakning och deltagande från intressenters sida.

Vad denna rapport kan bidra med ur det perspektivet, är framförallt att leda vidare till nya frågor. Särskilt pressande tycker jag att det är att bevaka hur direktivet implementeras, men jag tycker också att det bredare perspektivet saknas i debatten: Inom vilka ramar blir rörligheten något bra? Har vi i Europa en hög eller låg rörlighet, eller är den så asymmetrisk att en reglering kan skada vissa och visa sig verkningslös för andra? I det följande anger jag några områden som förtjänar att belysas bättre.

Direktivets betydelse för kvaliteten i den europeiska vården

Tanken på den ökade rörligheten – det vill säga konkurrensen – som kvalitetshöjande genomsyrar hela EU-projektet. Om kunder kan välja utförare kan man välja bort de uppenbart dåliga alternativen, menar man. Även i de fall som kunden inte aktivt väljer, innebär själva *riskan att bli bortvald* att man som utförare eller försäljare måste "skärpa sig". Men *under vilka förutsättningar* får tydligare möjligheter till gränsöverskridande vård kvalitetshöjande effekter? Vårdens speciella natur, det faktum att man ofta är funktionsnedsatt när man söker vård, och skillnaderna i språk och kultur i Europa är i den här kontexten hindrande faktorer för rörlighet och för ett fungerande kundval. Mer än den faktiska rörligheten innehåller därför direktivet andra incitament för kvalitetshöjning. Det handlar om bestämmelser om ytterligare samarbeten som är tänkta att höja den vetenskapliga excellensen på de europeiska vårdmarknaderna, främst genom etablerandet eller fördjupandet av de europeiska referensnätverken. Tillkomsten och utvecklandet av sådana kan uppmuntras från Kommissionens sida, men det är till syvende og sist bara vårdaktörerna själva (forskare, praktiker och andra stakeholders) som kan ge dem ett livskraftigt innehåll. Därför kan det vara vilseledande att tänka på de kvalitetshöjande effekterna som "givna".

Skilda villkor

För att bedöma vilka risker och möjligheter som den framväxande EU-vårdskursen borde man noggrant studera rörlighetens sammansättning i Europa. Hur ska vi förstå patientrörligheten? Vilka grupper av patienter är det som reser, vilka typer av länder eller regioner tar emot patienter, och vilka vårdgivare specialiserar sig på den gränsöverskridande vården? I vilka fall får rörligheten positiva effekter och i vilka fall finns det risker som behöver bemötas?

Resistenta bakterier

Den europeiska myndigheten för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) bedömer att en större patientrörlighet mellan länder förvärrar problemen med multiresistenta bakterier⁶⁴. Om tjugo år är risken stor att vi lever i ett samhälle utan fungerande antibiotika. Då kan infektioner som blodförgiftning och hjärnhinneinflammation oftare än idag leda till döden. Hur kan vi skapa ett samhälle där geografisk placering inte är avgörande för vilken vård man får, utan att samtidigt riskera att helt förlora möjligheten att använda antibiotika? Detta är viktigt ur ett professionellt vårdgivarperspektiv, men har även en facklig aspekt med tanke på vårdgivarnas egen hälsa och arbetsmiljö.

Direktivets formulering – definitioner och brister

Direktivförslaget är endast ett ramverk för regler om vem som ska ha *ansvaret* för information till patienter, skador i vården och ersättning för utförd vård. De *praktiska* samarbeten som krävs återstår att utforma. Vad värre är saknas ofta de *definitioner* som faktiskt skall styra staters och individers beteende. Jag ser en tydlig brist i att fullkomligt avgörande begrepp som *nationellt* åtagande, *risk för* samhället, eller *otillbörligt uppehåll* (undue delay, en viktig parameter vid godkännandet av förhandstillstånd) är luddiga och odefinierade. Brist på definitioner kan leda till ad hoc-beteenden och kommunikationsproblem. Brist på tydliga regler kommer att orsaka onödiga utgifter och kan i olyckliga fall resultera i mänskligt lidande.

Att direktivförslaget känns så ofärdigt ger därför vid handen att arbetet med att reglera den fria rörligheten för vårdkonsumenter ännu är i sin linda, givet att Kommissionen också fortsatt driver på för europeisk integration. Då det ligger i Kommissionens uppdrag att fördjupa det europeiska projektet, tror jag att slaget om hälso- och sjukvårdstjänsternas organisering, finansiering och utförande inte på något vis är avslutat i och med detta direktiv.

⁶⁴ Se t.ex. ECDC:s hemsida www.ecdc.europa.eu

Ansvarsfördelning

Ansvarsfrågorna har såväl professionella som fackliga aspekter. Lagtexten likställer i många stycken "vårdstaten" och "vårdgivaren". Hur definieras en "vårdgivare"? Vilken ansvars- och kompetensfördelning kommer att föreligga dem emellan? Kan en vårdgivare använda sig av möjligheten att neka behandling till utrikespatienter med hänvisning till att de nationella behöver gå före, till exempel, eller är det staten/myndigheter i vårdstaten som kan göra denna begränsning?

Patientsäkerhet och professionalism – två sidor av samma mynt

Patientens fria val är enligt min mening inte synonymt med avsaknaden av administrativa hinder för fritt handlande, utan kräver information och kunskap. För att uppnå "det goda vårdvalet" i så många fall som möjligt krävs väl utvecklade informationsstrukturer, och för att sådana skall komma på plats krävs att parterna för fram patientens röst i implementeringsprocessen. Informationsstrukturernas utformande är också en stor professionell fråga som bör bevakas.

Om funderingar kring patientsäkerhet är en sida av myntet är vårdgivarnas arbetsmiljö och professionella förutsättningar den andra. Frågorna är ofta ömsesidigt beroende och bör diskuteras som sådana.

Anpassningskostnader: var och hur stora?

Unionens lagstiftande akter följs alltid av en konsekvensbedömning utformad av utredare som Kommissionen väljer. Eftersom proportionalitetsprincipen, vilken är tänkt att utgöra den vägledande principen i EU:s lagstiftande arbete, kräver att en gemenskapsåtgärd ska ge större vinster än den ger kostnader, är incitamenten att nå sådana slutsatser i konsekvensbedömningen ofta stora.

Patientrörlighetsdirektivets syfte är att underlätta den gränsöverskridande vården, så att fler europeiska medborgare väljer att utnyttja sin fria rätt att röra sig över gränser. Varje fall av gränsöverskridande vård är förknippat med administrativa kostnader. Så måste det vara, om kraven på patientsäkerhet, tillgänglighet, kvalitet och god service ska uppfyllas.

Vid alla slags policyprocesser finns tendenser att kostnaderna för anpassning och genomförande blir större än vad man kalkylerat med.

Patientrörlighetsdirektivet innehåller också ett stort antal områden som inte är färdigformulerade och som kommer att kräva ytterligare samarbeten där vi kan vänta oss kostnadsökningar. Risken för sådana kostnadsökningar finns inte med i Kommissionens konsekvensbedömning och föranleder också ett behov från svenska intressenters sida att bevaka hur stora kostnadsökningarna blir och var i systemen de kommer att hamna. Kommer sjukvårdspersonal att bli tvungna att avsätta ytterligare tid från patientmöten till administration av europeiska vårdresor?

Varifrån kommer finansieringen av överklagan av avslagna förhandsbesked, hantering och finansierad av oförutsedd eftervård, informationsgivning etcetera att tas?

Ett av de främsta motiven för en politisk uppmuntran av gränsöverskridande vård är att de europeiska sjukvårdssystemen måste samordna sina resurser för att möta åldrande befolkningar och stigande kostnader för teknologiskt intensiva behandlingar. Därför är det relevant att lyfta kostnadsfrågan samtidigt med den ideologiska diskussionen. Eftersom osäkerheten om många av direktivets delar fortfarande är så stor att man inte kan göra riktiga budgetberäkningar är detta något som måste dryftas även fortsatt.

Sjukvårdens roll i patientmötet

Om systemen för information till patienter inte fungerar tillfredsställande riskerar den behandlande sjukvårdspersonalen att få "betala" detta genom att de tvingas axla ansvaret för att informera patienterna. Det kan ta tid från övriga arbetsuppgifter. Saco behöver bevaka vårdpersonalens arbetsvillkor så att en större arbetsbörda inte läggs på dem utan motsvarande resursökningar. Större möjligheter till rörlighet för patienter kan påverka kompetensförsörjningsfrågor och kanske till och med arbetsmarknaden inom svensk hälso- och sjukvård.

Lärdomar och reflektioner

Patientrörlighetsdirektivet tas nu återigen upp för beredning i parlamentet – om det går igenom är lagstiftningsprocessen avslutad och implementeringsarbetet tar vid.

Vi vet sedan tidigare att närvaro och aktivt deltagande i lagstiftnings- och genomförandeprocessens alla steg – och så tidigt som möjligt – ökar chanserna till medinflytande och minskar risken för obehagliga överraskningar. Många organisationer har varit väldigt aktiva i processen hittills. Men det är också viktigt att inte sluta att bry sig om frågan när den en gång klubbats i EU:s institutioner, utan att fortsätta bevaka frågan och aktivera sig under implementeringstiden. Även sedan lagstiftningstexten är antagen återstår ett relativt stort handlingsutrymme nationellt och regionalt. De fackliga organisationerna har allt att vinna på att ta plats i den europeiska vårddiskussionen och där driva sina ståndpunkter.

Litteratur

Dokument från EU:s institutioner

Kommissionen, 2004: "Uppföljning till diskussionsprocessen på hög nivå om patientrörlighet och utvecklingen av hälso- och sjukvården i EU" (KOM(2004)0301),

Kommissionen, 2008: "Sammanfattning av konsekvensbedömningen, Arbetsdokument från Kommissionen", 2008: (SEK(2008)2164)

Kommissionen, 2008: "eHealth - making healthcare better for European citizens. An action plan for a European eHealth Area", 2008. (KOM (2004)356)

Ministerrådet, 2006: "Rådets slutsatser om gemensamma värderingar och principer i Europeiska unionens hälso- och sjukvårdssystem" (2006/C 146/01)

Litteratur

Edwardsson, Eva, 2008: "Nya regler om fri rörlighet för patienter" (Europapolitisk analys, Sieps, nr 15, december 2008)

Esping-Andersen, Gösta, 1990: "The Three Worlds of Welfare Capitalism" (Princeton University Press)

Greer, Scott L., 2006: "Uninvited Europeanization: Neofunctionalism and the EU in health policy" (Journal of European Public Policy 13:1, January 2006, p 134-152)

Hansson, Maria, 2007: kandidatuppsats "Patient i internationella förhållanden – en studie av den gränsöverskridande vården ur ett brukarperspektiv" (Handelshögskolan vid Göteborgs universitet)

Pierson, Paul, 2000: "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics" (The American Political Science Review, Vol. 94, No. 2, Juni 2000, s 251-267)

Maris, Jesse/Ruta, Kruuda, 2006: "Cross-border care in the North: Estonia, Finland and Latvia" (Patient Mobility in the European Union: Learning from experience, WHO Regional Centre for Europe)

Nilsson Bågenholm, Eva, 2008: "Ja till gränsöverskridande vård" (Läkartidningen, 2008-09-02)

Palme, Joakim/Sjöberg, Ola, 2002: "Välfärdssystemens finansiering i ett europeiskt perspektiv", (Våra skatter?, Expertrapporter 4-13, vol. B. Bilaga till Skattebasutredningen, SOU 2002:47)

Rosenmöller, Magdalene/McKee, Martin/Baeten, Rita/Glinos, Irene A., 2006: "Patient mobility: the context and issues" (Patient Mobility in the European Union: Learning from experience, WHO Regional Centre for Europe)

Sauter, Wolf, 2008: "The Proposed Patient Mobility Directive and the Reform of Cross-border Healthcare in the EU" (TILEC Discussion Paper, september 2008)

Schmidt, Olle, 2009: "Ja till vård utomlands" (Kristianstadsbladet 2009-05-15)

Fackföreningar

CPME, 2009: "Comments on the compromise proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patient's rights in cross-border healthcare, Oct 23rd 2009" (2009-11-18)

CPME, 2010: "CPME Info 134-2010: Spanish Presidency Compromise Proposal on the Proposal for a Directive on the Application of Patient's Rights in Cross-border Healthcare" (2010-05-28)

EPSU, 2008: "EPSU:s kommentarer om Europeiska kommissionens förslag till direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård" (2008-11-26)

Saco, 2008: "Remissvar (S2008/6067/HS) Kommissionens förslag till direktiv om patientens rättigheter vid gränsöverskridande vård" (2008-08-28)

Sveriges läkarförbund, 2009: "Ang. patientrörlighetsdirektivet" (Brev till socialminister Göran Hägglund, 2009-11-26)

Regioner

Hälso- och sjukvårdsnämnden, Region Skåne, 2008: "Yttrande över "EU-kommissionens förslag till direktiv om patientens rättigheter vid gränsöverskridande vård" (2008-07-29)

Nationella myndigheter och departement

Socialdepartementet, 2003: Rapport från projektgrupp:

"Gränsöverskridande vård inom EU – Kartläggning och förslag till handlingslinjer"

Socialdepartementet, 2007: 2007/08: FPM134 Patientrörlighetsdirektivet

Socialdepartementet, 2009: Rådspromemoria S2009/8626/EIS

Socialdepartementet, 2010: Rådspromemoria S2010/4243/EIS

Socialdepartementet, 2010: "Beslut om ökad patientrörlighet på EU-ministermöte" (Pressmeddelande, 8 juni 2010)

Socialstyrelsen, 2008: "Vårdskador inom somatisk slutenvård" (studie)

Internet

CIP, Competitiveness and Innovation Framework Programme:

http://ec.europa.eu/cip/index_en.htm, Hämtat 2010-06-15

EU-kommissionen: Sammanfattning om samordning av de europeiska trygghetssystemen enligt förordning 2004:883:

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10521_sv.htm Hämtat 2010-04-14

European Medicines Agency: <http://www.ema.europa.eu/> samt

<http://www.ema.europa.eu/mission.htm>, Hämtat 2010-06-15

ECDC: Handlingsprogram om arbetet mot multiresistenta bakterier och andra vårdskador:

http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/pages/programme_on_antimicrobial_resistance_and_healthcare-associated_infections.aspx

Hämtat 2010-06-18

Försäkringskassan: Hur många svenskar söker vård utomlands?

<http://www.forsakringskassan.se/nav/471f2d2447b1cd79ec826f625294e979>

Hämtat 2010-06-17

Färm, Göran (2007) Nyhetsbrev 2/2007:

http://www.socialdemokraterna.se/upload/webbforalla/eu/goran_farm/dokument/nyhetsbrev/070524-goran%20farm%20nyhetsbrev.pdf Hämtat 2010-06-18

Kommissionen, 2010: Om EU-kommissionens arbete med e-Hälsa:

http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_sv.htm Hämtat 2010-06-17

Läkemedelsverket: Godkännande av nya läkemedel:

<http://www.lakemedelsverket.se/overgripande/Om-Lakemedelsverket/Verksamhet/Lakemedel/Godkannande-av-nya-lakemedel/>
Hämtat 2010-06-17

Moderaterna, Information på hemsidan(2010)

http://www.moderat.se/web/om_moderaterna_och_sjukvard_i_alla_medlemsl_ander.aspx Hämtat 2010-06-18

Sieps, 2008: Information om Lissabonfördragets Sociala Stadga:

<http://www.lissabonfordraget.se/fordraget/stadgan--avd-iv.php>, Hämtat 2010-04-14

Socialdemokraterna, Pressmeddelande (2009)

<http://www.socialdemokraterna.se/media/pressarkivet/nyhetsarkivet-2001--steg-framat-for-patientrorlighet-i-eu/> Hämtat 2010-06-18

Vänsterpartiet, Pressmeddelande (2009)

http://www.vansterpartiet.se/index.php?option=com_content&view=article&id=2542:bakslaget-foer-haegglund-en-framgang-foer-en-solidarisk-haelso-och-sjukvard&catid=310:sjukv&Itemid=246 Hämtat 2010-06-18

Weber, Max: Politics as a Vocation (1918), föreläsning:

http://www.ne.jp/asahi/moriyuki/abukuma/weber/lecture/politics_vocation.html Hämtat 2010-06-15

