



Handelshögskolan
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Patient i internationella förhållanden

- En studie av den gränsöverskridande vården ur ett brukarperspektiv

Maria Hansson

Juris kandidatprogrammet

Tillämpade studier 20 p.

Handledare: Professor Lotta Vahlne-Westerhäll

Medicinsk rätt

Vårterminen 2007

Innehållsförteckning	Sida	
1.	INLEDNING OCH SYFTE	7
2.	AVGRÄNSNING OCH METOD	8
3.	ALLMÄNT OM GRÄNSÖVERSKRIDANDE VÅRD	8
3.1.	Varför utlandsvård	8
3.2.	Försäkrad för vårdförmåner i Sverige	9
3.3.	Former av gränsöverskridande vård	9
4.	VÅRD INOM EU/EES	10
4.1.	Vägar till vård	10
	4.1.1. Ersättning efter förhandstillstånd	10
	4.1.2. Ersättning efter landstingsremiss	11
	4.1.3. Ersättning på grundval av EG-fördraget	11
	4.1.4. Ersättning för akutvård inom EES-området och Schweiz	12
	4.1.4.1. Mer om EU-kortet	13
4.2.	Fördelning av ersättningsansvar	13
4.3.	Särskilt om tandvård	13
	4.3.1. Inom Sverige	13
	4.3.2. Inom Europa	15
5.	VÅRDFÖRMÅNER UTANFÖR RAMEN FÖR EU-SAMARBETET	16
5.1.	Norden	16
5.2.	Övriga världen	16
5.3.	Fördelning av ersättningsansvar	17
6.	HUR FUNGERAR OCH REGLERAS DEN GRÄNSÖVERSKRIDANDE VÅRDEN I SVERIGE?	18
6.1.	Statistisk överblick	18
	6.1.1. Förhandstillstånd enligt förordning 1408/71	18
	6.1.1.1. Statistik från Försäkringskassan	18
	6.1.1.2. Information kring statistiken	18
	6.1.1.3. Kostnadsaspekter på andelen beviljade förhandstillstånd	19
	6.1.2. Remiss från landstinget	20
	6.1.3. Ersättning på grundval av EGF	20
	6.1.3.1. Statistik från Försäkringskassan	20

	Sida
6.1.3.2. Information kring statistiken	21
6.1.3.3. Kostnadsaspekter av efterhandsersättningen	21
6.1.4. Akutvård	22
6.1.5. Konventionsvård	22
6.2. Frågan om nationell lagreglering kring utlandsvården	23
6.2.1. EG-rättsliga krav på en lag om förhandstillstånd	23
6.2.2. Nytt lagförslag	24
6.2.3. Jämförelse mellan lagförslagen	26
6.2.3.1. Akutvård och öppenvård	26
6.2.3.2. Planerad vård på sjukhus	26
6.3. Domstolspraxis	27
6.3.1. EG-domstolen	27
6.3.2. Nationell domstol	29
6.3.2.1. Diskussion	31
6.4. Ersättningens storlek	32
6.4.1. Vårdkostnader	32
6.4.2. Övriga kostnader	33
6.5. Beslut om förhandstillstånd, efterhandsersättning och remiss	
- Stat och landstings betalningsansvar	33
6.5.1. Rutiner vid beslutsfattande	33
6.5.2. Ny lagstiftning och dagens rutiner	34
6.5.3. Diskussion	35
6.5.3.1. Vem agerar beslutsfattare?	35
6.5.3.2. Landstingets betalningsansvar	36
6.5.3.3. Väntetid	37
6.6. Prövning av beslut om vårdförmåner	38
6.6.1. Omprövning	38
6.6.2. Ändring	38
6.6.3. Överprövning	39
6.6.4. Rättegångskostnader	39
6.7. Nationell vårdgaranti	40
6.7.1. Diskussion – vårdgaranti och gränsöverskridande vård	40
7. EU REGLERAR DEN GRÄNSÖVERSKRIDANDE VÅRDEN	41

	Sida	
7.1.	Tillbakablick	41
7.2.	Förordning 1408/71 byts ut	41
	7.2.1. Förhandstillstånd för planerad vård	42
	7.2.2. Akutvård	42
7.3.	Tillämpningsförordning 574/72 byts ut	42
	7.3.1. Planerad vård	42
	7.3.2. Akutvård	43
7.4.	Överlappning av regelverk	44
7.5.	Nytt direktiv för hälso- och sjukvårdstjänster	44
	7.5.1. Utlandsvårdens inverkan på nationell hälso- och sjukvård	44
	7.5.2. Gemensamma åtgärder	44
	7.5.2.1. Vad skall regleras?	45
	7.5.2.2. Regleringens form	46
8.	PATIENTSÄKERHET	47
	8.1. Ansvar vid behandlingsskada	47
	8.1.1. Skilda regler för olika former av utlandsvård	47
	8.1.2. Patientförsäkring och EU	48
8.2.	Ansvar vid läkemedelsskada	49
8.3.	Sekretess	49
	8.3.1. Nationella regler	49
	8.3.2. Inom EU	50
8.4	Patientinformation	50
	8.4.1. Nationella regler	50
	8.4.2. Inom EU	51
8.5.	Kvalitetskontroll	52
	8.5.1. Nationella regler	52
	8.5.2. Inom EU	52
8.6.	Värden och principer	53
8.7.	Europeiska perspektiv på frågor om patientsäkerhet	53
	8.7.1. Danmark	53
	8.7.2. Estland	54
	8.7.3. Finland	54
	8.7.4. Polen	55

	Sida
8.7.5. Spanien	55
8.7.6. Tyskland	56
9. AVSLUTANDE DISKUSSION	56
9.1. Möjligheter att medvetandegöra alternativet utlandsvård?	56
9.1.1. Planerad vård	56
9.1.2. Akutvård och konventionsvård	58
9.2. Möjligheter att genomföra en vårdresa?	58
9.3. Vilken betydelse kommer en nationell lagstiftning att ha för den enskilde?	60
9.4. Hur påverkas den enskilde vårdtagaren av ett utökat EU-samarbete kring hälso- och sjukvårdstjänster?	61
9.5. Slutord	62

Förkortningar

AFL – Lagen (1962:381) om allmän försäkring

EES – Europeiska ekonomiska samarbetsområdet

EGF – Fördrag om europeiska unionen

EU – Europeiska Unionen

HSAN – Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

HSL – Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

LÖF – Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag

PSL – Patientskadelag (1996:799)

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering

SekrL – Sekretesslag (1980:100)

SKL – Sveriges kommuner och landsting

SofL – Socialförsäkringslag (1999:799)

1. Inledning och syfte

Den som omfattas av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kan under vissa förutsättningar bli ersatt av det allmänna för utgifter för tand- eller sjukvårdsbehandlingar som erhålls utomlands. Det gäller främst inom Europa, men även för vissa utomeuropeiska länder, de så kallade konventionsländerna. Formerna för ersättning ser olika ut. Ibland krävs att förhandstillstånd beviljas för att ersättning skall utgå. Patienten kan bli ersatt före eller efter genomförd behandling och olika regelsystem tillämpas när ersättningen bestäms, till exempel förordning (EEG) nr. 1408/71 och artiklarna 49 och 50 i EG-fördraget.

Den gränsöverskridande vården befinner sig i en utvecklingsfas. Både nationellt och på EU-nivå pågår utredningsarbete, vilket sannolikt kommer att leda till ny lagstiftning. I Sverige finns ett intresse av att bromsa utlandsvården, troligen genom att skapa fler förhandstillstånd. Inom gemenskapen efterfrågas ett ökat vårdssamarbete, bland annat kring frågor om information, patientsäkerhet och IT.

Syftet med min uppsats är att samla olika slags information kring den gränsöverskridande vården på ett ställe. Det gäller exempelvis vilka rättskällor som tillämpas, vilka kostnadstyper och former av vård som ersätts, hur man klagar på ett ersättningsbeslut, hur utvecklingen av nationell- och EU-lagstiftning påverkar vårdtagaren, hur patientsäkerheten fungerar vid utlandsvård m.m. Jag hoppas att med uppsatsen uppmärksamma brister i reglerna kring gränsöverskridande vård och komma med en del nya reflektioner på detta problemområde.

Uppsatsen är skriven ur ett brukarperspektiv, och det är med utgångspunkt i den enskilde vårdtagarens förväntade upplevelser som följande frågeställningar kommer undersökas: Vilka är den enskildes möjligheter att medvetandegöras om alternativet utlandsvård? Vilka är hans möjligheter att genomföra en vårdresa? Vilken betydelse kommer en nationell lagstiftning att ha för den enskilde? Hur påverkas den enskilde av ett utökat EU-samarbete kring hälso- och sjukvårdstjänster?

Jag kommer att inleda med en allmän beskrivning av svenskarnas incitament till utlandsvård, vad det innebär att vara försäkrad för vårdformåner i Sverige, och vilka former av gränsöverskridande vård en svensk patient har rätt att söka. Därefter går jag djupare in på de olika tillgängliga vårdformerna, samt vilka rättskällor de vilar på. Jag behandlar här både europeiska och utomeuropeiska vårdformåner.

Sedan tänker jag försöka skapa en bild av hur den gränsöverskridande vården hanteras nationellt. Jag inleder med statistiska uppgifter från Försäkringskassan, till exempel kring antal beviljade förhandstillstånd och efterhandsersättningar. Vidare behandlar jag förslaget till en svensk lag om ersättning för vårdkostnader i annat EU/EES-land, vilka EG-rättsliga krav som ställs på en sådan lag, samt jämför den socialdemokratiska regeringens äldre lagförslag med alliansens nya.

Därefter redogörs för ett antal mål från EG-domstolen, Regeringsrätten och kammarrätt i syfte att åskådliggöra hur domstolspraxis påverkat utvecklingen av den gränsöverskridande vården, och vilka vanliga tolkningsproblem som finns vid efterhandsersättning. Jag anger vilka typer av kostnader som Försäkringskassan ersätter, och vilka rutiner man tillämpar vid beslut om tillstånd och ersättning. Jag försöker även komma med förslag på hur handläggningen kan förbättras. Den enskildes möjligheter att klaga på kassans beslut, samt hur införandet av den nationella vårdgarantin kan komma att påverka den gränsöverskridande vården, behandlas också.

Nästkommande kapitel rör EU och gemenskapens regleringar av gränsöverskridande vård. Jag jämför bestämmelserna i dagens förordning 1408/71 med de i kommande förordning 883/2004 med tillämpningsförfordningar. Jag skriver om problematiken kring överlappande regelverk och om ett eventuellt kommande EU-direktiv för hälso- och sjukvårdstjänster. Vad

gäller innehåll och omfattning av direktivet utgår jag från Sveriges ställningstagande, men försöker även att förmedla perspektiv från andra medlemsländer.

En viktig del av EU-samarbetet rör patientsäkerhet, varför jag givit ämnet ett eget kapitel. Jag redogör för olika delar av begreppet patientsäkerhet, både ur nationell- och europeisk synvinkel.

Uppsatsen avslutas med en sammanfattande kommentar kring varje frågeställning, samt en reflektion över framtiden. Kommentarer kommer dock inte att vara uttömmande. Istället är min föresats att i mesta möjliga mån väva in frågorna i den löpande texten, främst i diskussioner mot slutet av vissa avsnitt.

2. Avgränsning och metod

Gränsöverskridande vård är ett brett ämne. Jag har valt att begränsa uppsatsen till att omfatta försäkrade svenskars möjligheter till vård utomlands. Till gruppen försäkrade svenskar räknar jag dem som är folkbokförda i Sverige och inte vistas utomlands längre än ett år. Uppsatsen kommer således inte att behandla utländska patienter som vårdas i Sverige på grundval av förordning 1408/71, EGF, konvention eller överenskommelse.

Då uppsatsen är skriven ur ett brukarperspektiv går jag inte närmare in på utlandsvårdens konsekvenser för samhällsekonomin i stort. Dock utgör ekonomiska hänsyn en faktor bland andra som påverkar den enskildes chanser till gränsöverskridande vård och kommer att behandlas ur denna synvinkel. Vidare har jag valt att inte närmare undersöka problematiken kring landstingens utförsäljning av nationella vårdplatser.

Även om konventionsvården nämns på flera ställen i uppsatsen kommer tyngdpunkten att ligga på vård inom EU/EES. Jag tror nämligen att EU-vården berör fler svenskar än konventionsvården. Dessutom befinner vi oss i initialskedet av ett utökat europeiskt vårdssamarbete, varför EU-vården i nuläget förtjänar mer uppmärksamhet.

För att finna material till min uppsats har jag sökt information både på nationell- och europeisk nivå. Regler kring den gränsöverskridande vården återfinns i förordning (EEG) nr 1408/71 med tillämpningsförförordning. Jag har studerat denna, men också dess nyare motsvarighet, förordning (EG) nr 883/2004, vilken snart träder i kraft. Vidare har jag hämtat uppgifter från kommissionens hemsida, bland annat flera remissyttrande angående Europeiska kommissionens samrådsprocess kring hälso- och sjukvårdstjänster.

Då det för närvarande inte finns svensk författningstext på området utlandsvård har jag använt mig av en promemoria, samt en lagrådsremiss från Socialdepartementet, rörande ett lagförslag i ämnet. För att få en uppfattning om hur den gränsöverskridande vården hanteras rent praktiskt har jag tittat på vägledningar och publikationer från Försäkringskassan och från Sveriges kommuner och landsting. Jag har även studerat ett antal rättsfall från EG-domstolen, kammarrätt och Regeringsrätten. Vidare har jag sökt information på nämnda institutioners hemsidor och genom telefonintervjuer med diverse tjänstemän. För att förstå mer om hur frågor om tandvård och patientsäkerhet behandlas har jag hämtat uppgifter från statens offentliga utredningar. Dessutom har jag tagit hjälp av hemsidor och personal på Patientnämnden Göteborg, Vårdslussen Västra Götaland, Rättshjälpsmyndigheten och Apoteket.

3. Allmänt om gränsöverskridande vård

3.1. Varför utlandsvård?

I en tid när rörligheten hos svenska försäkrade ökar blir det också vanligare att personer insjuknar eller skadas utanför landets gränser. För att säkra tillgången på vård, och för att hjälpa de försäkrade med vårdkostnaderna, har Sverige slutit konventioner och

överenskommelser om vårdförmåner med utomeuropeiska länder där många svenskar arbetar, studerar eller har familj. Exempel på sådana konventionsländer är Australien och Turkiet. För de svenskar som tillfälligt vistas i ett annat europeiskt land finns avtal på EU-nivå om hur eventuella vårdkostnader skall ersättas.

När det gäller Europa finns det en grupp försäkrade som agerar vårdresenärer, det vill säga som reser utomlands enbart i syfte att erhålla vårdtjänster, och inte för att till exempel studera eller arbeta i destinationslandet. Svenskarnas incitament till utlandsvård ser här lite olika ut beroende på om man söker tandvård eller sjukvård.

Vad gäller tandvård torde priset vara en avgörande faktor. Billiga behandlingar i de nya EU-länderna lockar. Till skillnad från hälso- och sjukvården är den svenska tandvården finansiellt organiserad med fasta återbetalningstaxor. Enskilda får i stor utsträckning själva stå kostnaderna, och således finns pengar att tjäna på behandling utomlands.

För hälso- och sjukvård borde priset emellertid inte ha någon nämnvärd inverkan. Istället kan utlandsvården motiveras med att en viss behandling inte erbjuds inom patientens landsting, eller ens i Sverige.

Gemensamma incitament för sjuk- och tandvårdsbehandlingar utomlands är att patienten har en personlig anknytning till vårdlandet, antingen på grund av att språk och anhöriga återfinns där, eller på grund av att vederbörande lever i en gränstrakt. Vidare lockar de långa väntetiderna inom den landstingsfinansierade vården folk utrikes. Ibland uppfattas också utlandsvården som annorlunda, bättre och mer effektiv än dess svenska motsvarighet.¹

3.2. Försäkrad för vårdförmåner i Sverige

Den som är försäkrad för vårdförmåner i Sverige har dels tillgång till det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, dels möjlighet att under vissa förutsättningar erhålla sjukvård inom EU/EES eller i ett konventionsland och få majoriteten av vårdkostnaderna ersatta av Försäkringskassan, genom den internationella sjukförsäkringen.

Vårdförmåner utgörs till exempel av sjukvård, tandvård och läkemedel. Rätten till vårdförmåner är bosättningsbaserad. Landstingen är enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skyldiga att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som är bosatta inom landstinget. Bosättningsbegreppet överensstämmer i princip med folkbokföringsbegreppet. Skyldigheten omfattar även personer som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget.

För att ha rätt till tandvårdsförmån krävs enligt 2 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring att personen är bosatt i Sverige, 2 kap. 1 § och 3 kap. 1 § punkt 1 Socialförsäkringslagen (1999:799).

Den internationella sjukförsäkringen hanterar bland annat kostnader för olika kategorier svenska försäkrade som erhåller sjukvård utomlands. Försäkringen består av flera delar. En del omfattar det så kallade EU-kortet, en annan vård på grundval av förordning 1408/71, en tredje utbytet av sjukvårdstjänster inom EU/EES och en fjärde konventionsvården. Den internationella sjukförsäkringen finansieras med statliga medel och det är Försäkringskassan som handlägger frågor om ersättning.²

3.3. Former av gränsöverskridande vård

För en svensk försäkrad kan två typer av vård aktualiseras hos en utländsk vårdgivare:

- Planerad vård
- Akutvård

¹ Försäkringskassan, Slutrapport – Kartläggning av gränsöverskridande planerad vård inom EU/EES finansierad av Försäkringskassan 2004-2005, s. 27 ff. / *Socialdepartementet*, Faktapromemoria 2006/07: FPM5, Samråd om reglering av hälso- och sjukvårdstjänster, s. 2

² Slutrapport, s. 6

Vad gäller planerad vård bör man skilja på begreppen ”planerad vård” och ”planerad vård på sjukhus.” När en person uppsöker ett annat land i syfte att motta vård rör det sig alltid om planerad vård, oavsett om behandlingen är av enklare beskaffenhet eller sträcker sig till avancerade kirurgiska ingrepp. Planerad vård kan ges på eller utanför sjukhus. Planerad vård som inte ges på sjukhus benämner jag hädanefter öppenvård. Reglerna om ersättning för öppenvård skiljer sig ibland från ersättningsreglerna för planerad sjukhusvård.

Vad som avses med vård på sjukhus är något oklart. EG-domstolen har inte närmare definierat begreppet ”hospital care.” Regeringen skriver i lagrådsremissen ”*Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land*” att sjukhusbegreppet bör kopplas till hur kvalificerad vården är vad avser teknik och kompetens. Sjukhusvård bör alltså inte begränsas till vård som kräver inläggning av patienten.³

Akutvård kan den söka som under tillfällig vistelse utomlands, till exempel under semester eller tjänsteresa, blir sjuk eller skadar sig. Gränsdragningen mellan planerad- och akutvård kan bli problematisk, bland annat när en person lider av en kronisk sjukdom där tillståndet snabbt kan förvärras. I sista hand är det upp till den behandlande läkaren att bestämma om vårdbehovet är akut eller ej.⁴

4. Vård inom EU/EES

4.1. Vägar till vård

Personer som omfattas av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har olika vägar att gå då de söker vård inom EG/EES:

1. Förhandstillstånd för planerad vård utanför bosättningsstaten kan sökas från Försäkringskassan på grundval av EG-förordning 1408/71.
2. Landstinget kan initiera en remiss till vård i ett annat land.
3. Personen kan själv köpa sin vård.
4. Akutvård kan erhållas vid tillfällig utlandsvistelse.

Alternativen skiljer sig åt när det gäller ersättningen till den utländske vårdgivaren. Antingen ersätts vårdkostnaderna genast ur sjukförsäkringen eller så får den enskilde betala ur egen ficka.

4.1.1 Ersättning efter förhandstillstånd

Enligt artikel 22.1/c i förordning 1408/71 har den som ges förhandstillstånd från behörig institution⁵ rätt till vårdförmåner. Bestämmelsen gäller planerad hälso- och sjukvård eller tandvård. Alla som tillhör det svenska socialförsäkringssystemet omfattas av artikel 22, det framgår av artikel 22/a. Ett förhandstillstånd får enligt artikel 22.2 stycke 2 inte vägras om:

- Vården är en förmån som utges enligt svensk lagstiftning, och
- personen inte kan få vård inom den tid, beaktat aktuellt hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, som i Sverige är normal för vården i fråga.

Enligt Försäkringskassans riktlinjer måste den sökta vården även ges inom ramen för det allmänna sjukvårdssystemet i ett annat EU/EES-land eller Schweiz.⁶ Förhandstillstånd för privat utlandsvård tillåts inte enligt förordningen.

Vad som avses med normal väntetid avgörs utifrån längden på den lokala sjukvårdskön,⁷ men skall även bedömas utifrån hur allvarligt personens tillstånd är. Om sjukdomen är livshotande och vård omgående kan erbjudas i annan medlemsstat bör tillstånd ges. Vidare får

³ Socialdepartementet, Lagrådsremiss – Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, s. 20

⁴ LRM, s. 19

⁵ Här Försäkringskassan.

⁶ Slutrapport, s. 11

⁷ *Läkartidningen*, nr 11 2006: Allt fler patienter söker vård utomlands, s. 818 f.

Försäkringskassan inte vägra förhandstillstånd om utlandsvården skulle vara mer lämplig eller verksam i relation till den enskildes hälsotillstånd. Att behandlingen utomlands är för dyr är inte ett godtagbart argument för att neka en patient tillstånd.⁸ Däremot beviljar inte Försäkringskassan förhandstillstånd enbart på grund av att utlandsvården kan fås helt utan väntetid, eller att sökanden uppfattar den som bättre.

4.1.2 Ersättning efter landstingsremiss

Om en patient till exempel är i behov av kvalificerad vård som inte kan tillhandahållas i Sverige får landstinget remittera patienten till ett annat land. Detta kan ske oberoende av om patienten ansökt om förhandstillstånd och oberoende av om vården kan ges i Sverige inom normal tid. Remissen kan utfärdas på landstingets eget initiativ, alternativt efter att patienten ansökt om förhandstillstånd enligt förordning 1408/71, Försäkringskassan samrått med landstinget och landstinget bestämt sig för att stå kostnaderna för utlandsvården.⁹

4.1.3 Ersättning på grundval av EG-fördraget

Den svenska hälso- och sjukvården bygger av tradition på territorialprincipen, det vill säga är ordnad för att omfatta personer som bor och arbetar inom Sveriges gränser. Staten fungerar som garant för kvalitet och tillsyn i vården, vilken finansieras genom skattemedel. Inom EU är huvudregeln att det är medlemsstaterna själva som beslutar i hälso- och sjukvårdsfrågor. Enligt artikel 152.5 EGF skall gemenskapen ha en begränsad roll vid utformningen av medlemsstaternas hälso- och sjukvårdspolitik: *”När gemenskapen handlar på folkhälsoområdet skall den fullt ut respektera medlemsstatens ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård.”*

Under senare år har dock EG-domstolen utvecklat en rättspraxis som fått effekter på vårdområdet. Domstolen har slagit fast att hälso- och sjukvård och tandvård är tjänster i EG-fördragets mening, både vad gäller planerad sjukhusvård och vård utanför sjukhusen, så kallad öppenvård. För tjänster råder enligt artiklarna 49 och 50 i EG-fördraget fri rörlighet. Det innebär en rätt för den enskilde att söka hälso- och sjukvård och tandvård utanför hemlandets gränser, oavsett hur det nationella vårdsystemet är organiserat eller finansierat.

I linje med EG-domstolens rättspraxis fastställde Regeringsrätten i början av 2004¹⁰ att enskilda under vissa förutsättningar kan få utgifter för mottagen utlandsvård ersatta i efterhand av sjukförsäkringen. Ersättning skall utgå i följande fall:

- Om samma vård som erhållits utomlands erbjuds vid svenska sjukhus, och
- om behandlingen utförts i Sverige, här skulle omfattats och bekostats av den svenska sjukförsäkringen.¹¹

Försäkringskassan har tolkat Regeringsrättsdomarna. I sina generella kriterier om rätt till ersättning skriver man att om utlandsvården inte är den samma, det vill säga identisk med den vård som erbjuds i Sverige, men i flera avseenden överensstämmer med den svenska vården, måste behandlingen ha använts av den utländske vårdgivaren under några års tid, samt ha beskrivits i vetenskaplig medicinsk litteratur för att ersättning skall utgå. Ansökan om ersättning måste ha inkommit till kassan senast två kalenderår efter det år vårdkostnaden betalades, det vill säga senast den 31 december 2006 om vården erhållits någon gång under 2004.¹²

⁸ Westerhäll Lotta, Social trygghet och migration - Kommentarer till förordningen 1408/71, Stockholm 1995, s. 220

⁹ LRM, s.12 / Socialdepartementet, Ds 2006:4 – Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, en översyn, s. 18

¹⁰ Mål nr 5595-99, 6396-01, 6790-01

¹¹ Ds 2006:4, s. 22

¹² Slutrapport, s. 10 f.

Det utgör inget hinder att vård kan erbjudas inom ”normal tid” i Sverige. Ersättning får ändå ges för vård som uppfyller kraven ovan. Vidare kan efterhandsersättning godkännas också för privat vård utomlands. Detta kan jämföras med ersättning enligt förordning 1408/71 som förutsätter att den planerade vården givits inom ramen för det allmänna sjukvårdssystemet i vårdlandet. Efterhandsersättning betalas inte ut för vård i Schweiz då landet inte omfattas av gemenskapens regler om den inre marknaden.

Man bör tänka på att dra en skiljelinje mellan öppen- och planerad sjukhusvård som ges på grundval av EG-fördraget. I det följande kommer vi märka att skillnaden mellan vårdtyperna manifesteras av möjligheten att införa nationella bestämmelser om förhandstillstånd.

4.1.4 Ersättning för akutvård inom EES-området och Schweiz

Ersättning för akutvård kan ges på två olika grunder, genom förordning 1408/71 eller enligt EGF. Ersättning genom förordningen kan bara den få som sökt vård inom det allmänna sjukvårdssystemet i vårdlandet. Erhålls vården på till exempel en privatklinik har patienten möjlighet att i efterhand vända sig till Försäkringskassan och begära ersättning för vårdkostnaderna med stöd i EGF. Åter igen bör nämnas att Schweiz inte omfattas av gemenskapens regler om den inre marknaden. Därmed kan ersättning på grundval av EG-fördraget inte utges för akuta vårdkostnader där.

I förordning 1408/71 regleras ersättning för akutvård i artikel 22.1/a. Där sägs att en anställd eller egenföretagare som uppfyller villkoren i den behöriga statens lagstiftning, det vill säga som omfattas av det svenska sjukvårdssystemet, och vars hälsotillstånd kräver omedelbara förmåner under en vistelse inom en annan medlemsstats territorium har rätt till vårdförmåner. Enligt artikel 22/a omfattar bestämmelsen numera inte enbart anställda eller egenföretagare, utan var och en som är försäkrad i en medlemsstat.

”Vistelse” avser till exempel semesterresor och kortare tjänsteresor. Sverige tillämpar här den så kallade ettårsregeln, vilken innebär att en i Sverige bosatt person fortfarande anses bosatt här om en utlandsvistelse kan antas vara högst ett år. Endast ”nödvändig vård” ersätts. Begreppet syftar i första hand på ren akutvård, det vill säga vård som inte kan vänta tills patienten återvänder hem. Även ett vårdbehov som uppstår på grund av kroniska sjukdomar, inklusive provtagningar och kontroller, kan dock räknas som nödvändig vård. Bedömningen om vården kan vänta, baserad på sjukdomens art och behandlingens längd, görs av behandlande läkare eller annan vårdpersonal.¹³

För att ersättning skall utgå krävs som tidigare nämnts att förmånerna tillhandahålls inom ramen för det allmänna sjukvårdssystemet i vårdlandet, samt att avgifterna är de samma som för försäkrade där. Genom att visa upp det så kallade EU-kortet hos den utländska vårdgivaren får den svenske patienten rätt att motta vård på samma villkor som medborgarna i vistelselandet. Vederbörande behöver endast betala sedvanliga patientavgifter. Försäkringskassan ersätter den utländske vårdgivaren för resterande vårdkostnader.

Om patienten inte kan visa upp EU-kortet, eller om akutvården tillhandahålls på en privat klinik, är troligt att denne själv får betala hela vårdkostnaden till vårdgivaren. Om patienten själv kontaktar Försäkringskassan, alternativt ber att försäkringsinstitutionen på vistelseorten gör det, kan kassan dock utfärda ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort.¹⁴ I annat fall får patienten vända sig till kassan med en ansökan om efterhandsersättning. Till ansökan bör bifogas information om behandlingsmetoden och den utländske vårdgivaren, samt originalkvitto eller originalräkning om vården inte är betald.¹⁵

¹³ LRM, s.16

¹⁴ Försäkringskassan, vägledning 2001:10 – Vårdförmåner i internationella förhållanden, s. 23

¹⁵ LRM, s. 16 f.

4.1.4.1. Mer om EU-kortet

EU-kortet tillhandahålls av Försäkringskassan och bekräftar att en person är försäkrad i Sverige. Det är ett individuellt kort och även barn skall ha ett eget. EU-kortet gäller i Belgien, Bulgarien, Cypern, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Polen, Portugal, Rumänien, Slovakien, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Tjeckien, Tyskland, Ungern och Österrike. Även EES-länderna, Island och Norge tillämpar kortet. I Liechtenstein och Schweiz krävs, förutom att patienten skall vara försäkrad i Sverige också att denne är svensk medborgare. EU-kortet ger inte rätt till privat vård eller ersättning för merutgifter som till exempel hemresor. Sådana utgifter måste betalas ur privat försäkring. Kortet ger heller ingen rätt till planerad vård, det vill säga när syftet med resan är att söka vård.

4.2. Fördelning av ersättningsansvar

Om Försäkringskassan beviljar förhandstillstånd enligt förordning 1408/71 till en utlandsbehandling skall kassan ersätta den utländska vårdgivaren för dennes utgifter för behandlingen. Kassan utfärdar ett så kallat E-intyg, E 112, som motsvarar en utfästelse om att kassan skall ersätta vårdkostnaderna. Därmed svarar den svenska internationella sjukförsäkringen för hela vårdkostnaden med avdrag för utländska vårdavgifter.¹⁶

Innan beslut om förhandstillstånd fattas samråder Försäkringskassan med landstinget. I många fall leder detta samråd till att landstinget tar över kostnadsansvaret för utlandsvården från kassan. I en sådan situation kommer vårdkostnaderna inte att belasta den statliga internationella sjukförsäkringen. Istället upprättar landstinget en betalningsförbindelse med Försäkringskassan, och när räkningen från vårdlandet kommer begär kassan motsvarande belopp från landstinget. Försäkringskassan fungerar här som en mellanhand. Det är kassan som sköter kontakterna med de utländska vårdgivarna. Vanligtvis tar debiteringen av utlandsvården tid. Det brukar dröja minst ett år efter det att vården utförts innan kostnaderna reglerats.¹⁷

Det är mycket vanligt att landstingen bekostar vård efter förhandstillstånd. Av Försäkringskassans slutrapport för perioden januari 2004 till och med juni 2005 framgår att det hos hela 75 procent av de bifallna ansökningarna fanns en betalningsförbindelse med landstinget upprättad. Endast 25 procent av behandlingarna efter förhandstillstånd bekostades av staten genom den internationella sjukförsäkringen.¹⁸

Vid efterhandsersättning, det vill säga när vårdförmåner erhållits på grundval av EG-fördraget, är det staten genom den internationella sjukförsäkringen, som står kostnaderna.

När en patient remitteras till en utländsk vårdgivare svarar landstinget alltid för finansieringen av utlandsvården.¹⁹ När landstinget blir betalningsskyldigt tas pengarna från samma pott som används för att finansiera den nationella sjukvården.

4.3. Särskilt om tandvård

4.3.1. Inom Sverige

I Sverige kan tandvård erhållas från folktandvården eller från privata vårdgivare. Folktandvården sköts av landstingen och deras ansvar att erbjuda tandvård till allmänheten slås fast i tandvårdslagen (1985:125). Enligt lagens 5 § omfattar landstingets skyldighet de som är bosatta i landstingets område enligt folkbokföringen.

Ersättningsnivån för kostnader hos folktandvården, samt hos de privata vårdgivare som finns på en särskild förteckning hos Försäkringskassan, beräknas enligt förordningen

¹⁶ www.forsakringskassan.se, 2007-02-02

¹⁷ Slutrapport, s. 20

¹⁸ Slutrapport, s. 19 f.

¹⁹ LRM, s. 12

(1998:1337) om tandvårdstaxa. Ersättningen benämns tandvårdsersättning, och för att ha rätt till sådan krävs enligt 2 kap. 1 § SofL att den sökande var bosatt i Sverige när vården gavs, samt att vederbörande vid samma tidpunkt fyllt minst 20 år. Barn- och ungdomar har avgiftsfri tandvård till och med det år då de fyller 19.

Eftersom det råder fri prissättning på tandvård bestämmer varje tandläkare själv sina priser. Fullmäktige inom varje landsting fastställer priserna på tandvård för folktandvården, vilket innebär att samtliga tandläkare och tandhygienister inom ett och samma landsting har samma pris. Försäkringskassan ersätter med ett fast belopp, ett grundbelopp, som dras direkt ifrån tandläkarens pris. Grundbeloppet för varje tänkbar åtgärd finns i bilagan till förordningen om tandvårdstaxa.

Reglerna för tandvårdsersättning ser olika ut för bastandvård och för protetik och tandreglering. För bastandvård lämnas, med undantag för undersökning av patienter som är mellan 30 och 64 år, ett grundbelopp för varje åtgärd. För protetik och tandreglering lämnas tandvårdsersättning bara när de samlade grundbeloppen under en behandlingsomgång överstiger karensbeloppet på 3500 kr.

Den som på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård kan ha rätt till högre tandvårdsersättning än andra försäkrade. För bastandvård kan patienten få ersättning med dubbla grundbelopp, också om vederbörande är mellan 30 och 64 år. För protetik och tandreglering lämnas ersättning för de samlade grundbeloppen, utan avdrag av karensbeloppet. Försäkringskassan förhandsprövar alla behandlingar som berättigar till förhöjd ersättning. Kassan tar då ställning till om behandlingen är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Blir svaret nej betalas ingen tandvårdsersättning ut.²⁰

Vidare finns patientgrupper som kan erhålla tandvård enligt HSL:s avgiftssystem. Till exempel gäller det patienter som får tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, 3 § tandvårdsförordning (1998:1338). Funktionshindrade, personer med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser, samt i vissa fall psykiskt sjuka omfattas också av HSL:s avgiftssystem. Ersättningen beräknas, enligt 15 a § stycke 3 tandvårdslagen, utifrån de patientavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård i det län där patienten är folkbokförd.²¹

För en person som fyller minst 65 år under det år då tandvården ges gäller speciella regler. För behandlingar inom bastandvården har vederbörande rätt till tandvårdsersättning med ett och ett halvt grundbelopp, alternativt till det vanliga grundbeloppet beroende på behandlingstyp. Vad gäller protetiska åtgärder får patienten själv betala ett karensbelopp på 7700 kr, samt eventuella kostnader för gjut- och ädelmetaller. Tandvårdsersättning lämnas för hela den resterande vårdkostnaden. Om det är mer fördelaktigt för patienten lämnas tandvårdsersättning enligt de regler som gäller för personer mellan 20 och 64 år.

Ersättning lämnas med högst det belopp som gällde för behandlingen inom folktandvården i det vårdgivande landstinget vid tidpunkten för Försäkringskassans beslut. Finns inom landstinget två prisnivåer, beroende på behandlingens svårighetsgrad, skall utgångspunkten vara att ersättning lämnas enligt folktandvårdens lägre prisnivå. Undantag för om behandlingens svårighetsgrad skulle visa sig motivera den högre nivån.²²

I början av mars presenterade Tandvårdsutredningen ett förslag till nytt tandvårdsstöd - *Friskare tänder till rimliga kostnader* (SOU 2007:19). Man föreslår där till exempel en tandvårdscheck, en summa på 300 kr till åldrarna 30-74 år, och på 600 kr till åldrarna 20-29 samt 75 år, vilken skall betalas ut vartannat år. Checken kan användas som delbetalning vid ett tandvårdsbesök eller för abonnemangstaxa. Vidare vill man införa ett skydd mot höga kostnader. Patienten skall bli ersatt med 50 procent av tandvårdskostnaderna på behandlingar

²⁰ 2001:10, s. 11 f., s. 28 / *Försäkringskassan*, vägledning 2002:5 – Tandvårdsförsäkringen, s. 11 f., s. 20 ff.

²¹ 2002:5, s. 15 f.

²² 2002:5, s. 12 f., s. 62 ff.

mellan 3000 och 15 000 kr, och med 85 procent av kostnader som överstiger 15 000 kr. Slutligen är tänkt att kostnaden för standardmaterial skall omfattas av tandvårdsersättningen.

Konsekvensen av tandvårdsutredningen tycks bli att de med konstant höga tandvårdskostnader försätts i en bättre situation. Högkostnadsskyddet kommer inte gälla enbart protetisk tandvård för gruppen 65+, utan för samtliga ålderskategorier och för samtliga typer av tandvård.

För patienter yngre än 65 år blir tandvård över 4000-5000 kr billigare. Under dessa belopp sägs kostnadsnivån inte påverkas nämnvärt. Eftersom grundbeloppet försvinner är dock risken att priset för bastandvård för kategorin 20-29 år och 30-65 år höjs en aning. Förhoppningsvis leder införandet av tandvårdschecken till att denna höjning inte blir allt för kännbar.

För patienter 65+ sker en stor förändring i det att högkostnadsskyddet kommer gälla all tandvård, inte bara protetik. Vidare kommer tandvårdsersättning lämnas från en lägre nivå, 3000 kr, jämfört med dagens 7700 kr. Dessutom kommer tandvårdsersättningen stå för kostnaden för gjut- och ädelmetaller, något patienten idag får betala själv. I kostnadsläget 3000-15 000 kr blir således kostnadsnivån lägre för denna grupp. I övrigt står den i princip oförändrad. Eventuellt sker en ökning vad gäller kostnader för bastandvård, eftersom möjligheten till ersättning med ett och ett halvt grundbelopp för vissa tandvårdsåtgärder för den som fyllt 65 år försvinner. I framtiden kommer patienten få vänta ända till 75 års ålder innan han tilldelas den högre tandvårdschecken på 600 kr.

4.3.2. Inom Europa

När tandvård söks inom EU/EES kan patienten begära efterhandsersättning för behandlingskostnaderna på grundval av EGF. För att ersättning skall utgå krävs att följande krav är uppfyllda:²³

- Vården skall ha givits i ett annat EU/EES-land, med undantag för Schweiz,
- den enskilde hade vid vårdtillfället rätt till tandvårdsförmåner i Sverige²⁴,
- om den aktuella tandvården utförts i Sverige hade den ersatts enligt förordningen om tandvårdstaxa eller utifrån tandvårdslagen med tillhörande tandvårdsförordningen, det vill säga enligt HSL:s avgiftssystem.

Ersättning utges med ett belopp som motsvarar vad Försäkringskassan skulle betalat ut för motsvarande behandling i Sverige. Även om ersättningen enligt tandvårdstaxan överskrider de vårdkostnader som den enskilde haft i utlandet får efterhandsersättningen aldrig gå utöver de faktiska vårdkostnaderna.

Vid ansökningstillfället måste patienten presentera underlag för Försäkringskassan i form av till exempel journalanteckningar och röntgenbilder. Originalkvitto eller annan handling som visar att vården är betald skall bifogas ansökan. Är vården obetald kan räkningen, utställd till den som mottagit vården, lämnas in.²⁵ För EU-vården krävs inte att vårdgivaren skall finnas på en förteckning hos Försäkringskassan för att ersättning skall utgå.²⁶

Innan Försäkringskassan beslutar om ersättning genomför man alltid en prövning om den aktuella behandlingen är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och godtagbart resultat. Om patienten begär behandling utöver vad som är nödvändigt ersätts inte den ytterligare kostnaden, 6 § stycke 1 och 2 förordning om tandvårdstaxa. Vidare samråder man vid behov med en försäkringstandläkare. Vad gäller ersättning för tandvård

²³ 2001:10, s. 28

²⁴ Det vill säga var bosatt här enligt SofL. För landstingstandvård utifrån hälso- och sjukvårdens patientavgifter, folkbokförd i Sverige.

²⁵ 2001:10, s. 65

²⁶ 2002:5, s. 15

som i Sverige ges med stöd av tandvårdslagen bör kassan aldrig fatta beslut utan att först samråda med landstinget.²⁷

Idag står tandvården för flest efterhandsersättningar från Försäkringskassan, och jag tror det kommer fortsätta vara så en tid framöver. Det nya tandvårdsstödet bör inte medföra en minskning av antalet vårdresenärer, eftersom de svenska priserna på bastandvård inte sänks och det främst är billigare behandlingar som söks utomlands.

Förhoppningen är att billigare utlandstandvård i förlängningen skall pressa de svenska priserna. I första hand i gränstrakterna i söder och i Stockholm, varifrån man marknadsför tandvårdsresor till Baltikum. Vidare är möjligt att utlandsvården kommer bidra till en förbättrad tandhälsa i landet, då en del patienter som idag väljer bort den nationella tandvården av kostnadsskäl istället kan vända sig utrikes för vård.²⁸

5. Vårdförmåner utanför ramen för EU-samarbetet

5.1 Norden

Utöver förordning 1408/71 styrs rätten till sjukvårdsförmåner av den så kallade Gränssjukvårdsförordningen samt av en nordisk överenskommelse, Lag (2004:114) om nordisk konvention om social trygghet.

Gränssjukvårdsförordningen möjliggör för en svensk försäkrad som är bosatt i Sverige och behöver vård vid vistelse i en gränskommun till Finland eller Norge att få utgifter för läkarvård eller sjukgymnastik i grannlandet ersatta. Ersättning kan även utgå för resekostnad i samband med vården.²⁹

Den nordiska överenskommelsen omfattar Sverige, Norge, Finland, Danmark, Island samt de självstyrande områdena Färöarna, Grönland och Åland. I sällsynta undantagsfall, då en person inte är försäkrad enligt förordning 1408/71, kan vederbörande ändå ha rätt till vård enligt överenskommelsen. Noterbart är att Grönland och Färöarna inte ingår i EU/EES, och därmed inte omfattas av förordning 1408/71. Gentemot dessa självstyrande områden skall således den nordiska överenskommelsen alltid tillämpas under förutsättning att vårdtagaren bor i ett nordiskt land och omfattas eller har omfattats av lagstiftningen där.

Inom Norden behöver den försäkrade i regel inte visa upp sitt EU-kort, utan det räcker med att han visar en id-handling, samt styrker att han är bosatt i ett nordiskt land. Vid planerad vård skall dock intyg E 112 visas upp.

Konventionsländerna har infört en bestämmelse om merkostnader för akutvård. Bestämmelsen innebär att en person som omfattas av konventionen har rätt att få ersatt extrakostnader som uppkommit genom att han, på grund av sjukdom eller skada, tvingats använda dyrare färdstätt än normalt för sin hemresa. ”Hemresa” avser transport till hemmet eller överflyttning till sjukhus i hemlandet.³⁰

5.2. Övriga världen

Vid vistelse i ett land utanför EU gäller som huvudregel att ingen vård ges på bekostnad av Försäkringskassan, utan att den enskilde får ordna med privat försäkringsskydd. Till denna regel finns emellertid undantag. Sverige har ingått konventioner och överenskommelser om sjukvårdsförmåner med vissa länder utanför EU/EES, närmare bestämt med Algeriet, Australien, Israel, delstaten Québec i Kanada och med Turkiet.

²⁷ 2001:10, s. 29

²⁸ Slutrapport, s. 27 ff. / *Socialdepartementet*, Promemoria – Svar på kommissionens meddelande, S 2007/1117/HS, s. 2

²⁹ 2001:10, s. 46

³⁰ 2001:10, s. 45 f.

Överenskommelsen med Algeriet gäller svenska medborgare, bosatta i Sverige. Dessa har rätt till akut sjukvård under tillfällig vistelse i Algeriet. Vårdsökanden är skyldig att visa upp giltigt pass, samt styrka bosättning i Sverige. Överenskommelsen är inte tillämplig på planerad vård.³¹

Överenskommelsen med Australien omfattar personer bosatta i Sverige och ger vårdsökanden rätt till omedelbart nödvändig sjukvård, inom ramen för det allmänna sjukvårdssystemet, under tillfällig vistelse i Australien. Överenskommelsen gäller bara öppenvård och sjukhusvård, inte tandvård. Planerad sjukvård ersätts inte. ”Omedelbart nödvändig vård” är vård som inte kan vänta tills dess en person kommer tillbaka till sitt bosättningsland. ”Tillfällig vistelse” innefattar inte studier, eftersom studier betraktas som bosättning. För att erhålla vårdförmåner måste giltigt svenskt pass eller intyg om sjukförsäkringstillhörighet från Försäkringskassan visas upp. Vårdsökanden måste betala hela vårdkostnaden själv, och därefter uppsöka Medicare för att få kostnaden ersatt med avdrag för patientavgifter.³²

Konventionen med Israel omfattar personer som är bosatta i Sverige. Överenskommelsen innebär att en kvinna, som är försäkrad för sjukhusvård vid förlossning, har rätt till förlossningsvård i Israel. Också vård av barnet, till exempel vård i kuvös, omfattas av konventionen. Reglerna gäller under tillfällig vistelse i Israel, och är således inte tillämpliga om en svensk kvinna beger sig till Israel i syfte att erhålla förlossningsvård.³³

Svenska försäkrade som vistas mindre än ett år i Québec för arbete eller studier har rätt till sjukvårdsförmåner där. Eventuellt kan förmånstiden förlängas. För att erhålla vårdförmåner måste den enskilde, för det behöriga försäkringsorganet, visa upp ett intyg från Försäkringskassan som styrker dennes rätt till förmåner. Vederbörande måste även visa ett intyg om arbets- eller studietillstånd.³⁴

Konventionen med Turkiet inkluderar svenska medborgare som omfattas eller omfattats av svensk lagstiftning, och gäller rätt till fortsatt vård i Turkiet efter utfärdande av tillstånd från Försäkringskassan. En förutsättning är att vårdinsatser har påbörjats i Sverige. Ersättning utgår för offentlig vård, eller för vård som ersätts på motsvarande sätt. Innan Försäkringskassan beviljar tillstånd begär man in ett läkarutlåtande. Om klartecken ges utfärdas intyg E 112, vilket bland annat innehåller uppgift om den längsta period under vilken vårdförmåner får betalas ut. Om läkarutlåtandet inte givit någon vägledning lämnas tillstånd för max tre månader.³⁵

5.3. Fördelning av ersättningsansvar

Inom EU är huvudregeln att den vårdkostnad som uppstått i ett medlemsstat återbetalas av den behöriga institutionen i landet där vårdtagaren är försäkrad. Konventioner och avtal bygger istället på principen om att vårdkostnaden kvittas mellan länderna.³⁶ Det innebär till exempel att algeriska myndigheter betalar hela vårdkostnaden för en svensk patient som erhåller konventionsvård i Algeriet, medan svenska myndigheter står för motsvarande kostnader när en algerisk medborgare behandlas i Sverige.

³¹ *Utrikesdepartementet*, Överenskommelse med Algeriet om sjukvårdsförmåner, SÖ 1987:77

³² *Utrikesdepartementet*, Överenskommelse med Australien om sjukvård åt tillfälliga besökande, SÖ 1989:33

³³ *Utrikesdepartementet*, Konvention med Israel om social trygghet jämte administrativ överenskommelse om tillämpningen av konventionen, SÖ 1983:39

³⁴ *Utrikesdepartementet*, Konvention med Kanada om social trygghet, SÖ 2003:1

³⁵ *Utrikesdepartementet*, Konvention med Turkiet om social trygghet jämte slutprotokoll och administrativ överenskommelse om tillämpning av konventionen, SÖ 1981:3 / Tilläggsöverenskommelse till konventionen den 30 juni 1978 med Turkiet rörande social trygghet, SÖ 2002:4

³⁶ *SOU 2004:12*, Patientskadlagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn, s. 80 f.

6. Hur fungerar och regleras den gränsöverskridande vården i Sverige?

6.1. Statistisk överblick

6.1.1. Förhandstillstånd enligt förordning 1408/71

Det är tänkt att förhandstillstånd på grundval av förordningen bara skall ges för planerad vård, det vill säga behandling när syftet med resan varit att söka vård. Emellertid finns en gråzon mellan vad som räknas till planerad vård och vård som erhållits när resans syfte varit något annat än vårdrelaterat. Till exempel har kassan i vissa fall utfärdat förhandstillstånd för icke planerad vård, vård som egentligen skulle givits mot uppvisande av EU-kortet. Det gäller bland annat behandlingar av kroniska sjukdomar. Kassans osäkerhet kring vad som räknas till icke-planerad vård, det vill säga akutvård, och vad som räknas till planerad vård gör att statistiken rörande förhandstillstånd enligt förordningen blir svårgenomtränglig.

Idag beviljas fler förhandstillstånd på området förlossningsvård än på något annat vårdområde. Försäkringskassan har haft som policy att bevilja förhandstillstånd för mödra- och förlossningsvård inom EU/EES och Schweiz under förutsättning att det enligt principen om arbetskraftens fria rörlighet anses skäligt, till exempel vid familjeanknytning.³⁷

6.1.1.1. Statistik från Försäkringskassan

Nedan presenteras tabeller som visar antalet beviljade beslut om förhandstillstånd från januari 2004 till och med december 2006.³⁸ ”Övrig vård” betecknar planerad vård, samt en del ärenden i gråzonen mellan planerad och nödvändig vård. Det framgår alltså inte hur många ansökningar som klassas som icke-planerad vård. Några av de bifallna besluten avser samma person som fått flera behandlingar, men Försäkringskassan påpekar att majoriteten av besluten avser skilda individer.³⁹

	Bifall (förlossningsvård)	Bifall (övrig vård)	Totalt antal bifall	Avslag
2004	12	76	88	38
2005	21	95	116	62
2006	32	49	81	82
Totalt	65	220	285	182

Förlossningsvården stod för cirka 14 procent av de beviljade förhandstillstånden år 2004, för cirka 18 procent år 2005 och för hela 40 procent år 2006. Samtidigt fick cirka 30 procent av alla inkomna ansökningar avslag år 2004. År 2005 var siffran 35 procent, och under 2006 inte mindre än 50 procent.

6.1.1.2. Information kring statistiken

Under hösten 2005 presenterade Försäkringskassan skriften ”Slutrapport- Kartläggning över gränsöverskridande planerad vård inom EU/EES finansierad av Försäkringskassan 2004-2005.” Trots att siffrorna inte är dagsaktuella kan det ändå vara av intresse att titta på slutrapporten. Där varvas nämligen statistik med analyser och diskussioner om den gränsöverskridande vårdens drivkrafter och eventuella konsekvenser. Eftersom kassans uppdrag var att kartlägga den planerade utlandsvården inom unionen behandlas bara de ärenden som rör denna vårdtyp. Därmed får icke-planerad vård inget utrymme i rapporten.

³⁷ Slutrapport, s. 19

³⁸ Försäkringskassan, mail från huvudkontoret, StatistikEGFE112Sammanställning200401-200612, 2207-02-09 / http://www.forsakringskassan.se/omfk/analys/vardersattningar/sjukvard_internat/, 2007-02-13

³⁹ Slutrapport, s. 25

Slutrapporten rör perioden från januari 2004 till och med juli 2005. I det här avsnittet tänkte jag använda den för att belysa var i landet flest förhandstillstånd beviljades, vilka som var de vanligaste länderna att söka vård i, vilka vårdtyper patienter oftast sökte ersättning för, samt orsaker till avslag.

Det var en storstadsregion som beviljade flest förhandstillstånd. Av totalt 81 bifall under perioden härrörde sig 42 stycken till Försäkringskassans länskontor i Stockholm. På andra plats kom Västerbotten med bara 6 beviljade ansökningar. Uppsala och Skåne låg på delad tredje plats med 4 beviljade förhandstillstånd vardera. Det var också i storstadsregionerna som flest ansökningar inkom, även om inte samtliga vann bifall. Av totalt 137 ansökningar under perioden stod Stockholm för 48 ärenden, Östergötland för 15 och Västra Götaland för 12.

Det kan antas att antalet beviljade förhandstillstånd är knutet till hur den planerade utlandsvården finansieras. I Stockholm upprättades till exempel betalningsförbindelser med landstinget i samtliga fall. Samma sak i Västerbotten och Skåne. Undantaget är Uppsala där utlandsvården finansierades av den statliga sjukförsäkringen.⁴⁰

Vad gäller frågan om vilka länder som svenskar vanligen söker vård i finns nyare statistik än slutrapportens. På Försäkringskassans hemsida meddelas att Tyskland är det populäraste vårdlandet. Finland och Frankrike ligger på en andra respektive tredje plats. Andra vanliga vårdländer är Spanien och Danmark.⁴¹

För att titta på behandlingstyper måste vi gå tillbaka till slutrapporten. Vi vet sedan tidigare att förhandstillstånd oftast beviljas för förlossningsvård. I övrigt avsåg tillstånden framförallt högspecialiserad vård som inte kunde ges inom normal väntetid i Sverige. Enligt rapporten var vanligast att förhandstillstånd beviljades för behandling av tumörsjukdomar. Av totalt 81 ärenden under perioden rörde 31 stycken denna vårdtyp. I så gott som alla fall fanns en betalningsförbindelse med landstinget. Vidare stod kirurgi för 17 ärenden och medicin för 14 ärenden. Inom dessa kategorier återfanns till exempel transplantationer, hjärtoperationer och avancerad spädbarnsvård.

Under den period som slutrapporten behandlar avslag Försäkringskassan cirka 41 procent av alla inkomna ansökningar. Den vanligaste orsaken till avslag var att vården kunde ges i Sverige inom normal väntetid. Cirka 55 procent av alla avslag vilade på denna grund. Vidare sållades 23 procent av ansökningarna bort, eftersom den sökta behandlingsmetoden inte gavs inom det allmänna svenska sjukvårdssystemet. Ytterligare cirka 13 procent fick avslag på grund av att den aktuella behandlingen inte gavs inom det allmänna sjukvårdssystemet i vårdlandet.⁴²

6.1.1.3. Kostnadsaspekter på andelen beviljade förhandstillstånd

I de allra flesta ärenden avseende förhandstillstånd utfärdade landstinget en betalningsförbindelse, varför den statliga sjukförsäkringen oftast inte belastades. Under perioden februari 2004 till och med juni 2005 utfärdade landstinget betalningsförbindelse i 61 av totalt 81 beviljade ärenden, det vill säga i 75 procent av fallen.⁴³

När landstinget betalar hämtas pengarna från den pott som disponeras för nationell vård inom det enskilda landstinget. Landstingets nettokostnad för all hälso- och sjukvård var år 2005 cirka 165 miljarder kr. Jämfört med denna summa beskriver SKL utgifterna för den gränsöverskridande vården som försvinnande små. Dock har SKL inte på central nivå fastställt hur mycket pengar vårdresenärerna kostat de svenska landstingen under de senaste åren. Enligt SKL finns statistiken att hämta hos de enskilda landstingen men bör vara svår att

⁴⁰ Slutrapport, s. 19 f.

⁴¹ http://www.forsakringskassan.se/omfk/analys/vardersattningar/sjukvard_internat/, 2007-02-13

⁴² Slutrapport, s. 20 ff.

⁴³ Slutrapport, s. 20 f.

ta fram, eftersom siffrorna bara kan återfinnas på enskilda sjukhus. Jag har därför valt att bortse från denna kostnadsaspekt.⁴⁴

6.1.2. Remiss från landstinget

På SKL menar man att patienter remitteras till en utländsk vårdgivare endast i ett fåtal ärenden. Av de cirka 58 miljoner svenska patienter som söker öppenvård, och av de cirka 1,5 miljoner som varje år blir föremål för vård på sjukhus, får endast en handfull remiss till utlandsvård. Varken SKL eller Försäkringskassan får därför statistik på antalet godkända utlandsremitteringar.

Däremot bekostar landstingen majoriteten av de utlandsbehandlingar som ges efter förhandstillstånd enligt förordning 1408/71. Det verkar som om flera av dessa förhandstillstånd egentligen är behandlingar som skulle givits på remiss därför att landstinget av någon anledning ansett sig skyldigt att finansiera utlandsvården, till exempel för att man inte kunnat erbjuda patienten vård inom normal tid i Sverige. Den utländske vårdgivaren torde ofta föredra att en statlig försäkringsinstitution står som garant för att betalning verkligen erhålls. Försäkringskassan får här funktionen av en mellanhand, en betalnings- och kontaktförmedlare mellan den utländske vårdgivaren och landstinget.⁴⁵

6.1.3. Ersättning på grundval av EGF

6.1.3.1. Statistik från Försäkringskassan

En person kan begära ersättning från Försäkringskassan både för planerad och icke-planerad vård, det vill säga akutvård. För akutvården kan det röra sig om kostnader efter att behandling erhållits på en privat klinik, eller när patienten inte kunnat visa upp sitt EU-kort hos en vårdgivare ansluten till det allmänna sjukvårdssystemet i vårdlandet.

Det statistiska material som återfinns hos Försäkringskassan rör emellertid enbart den planerade vården. Statistiken avser 1 februari 2004 - 31 december 2006 och är uppdelad i två vårdtyper: sjukvård och tandvård.⁴⁶

	Bifall (sjukvård)	Bifall (tandvård)	Totalt antal bifall	Avslag
2004	110	37	147	26
2005	451	503	954	96
2006	729	1109	1838	204
Totalt	1290	1649	2939	326

Som tabellen visar är det vanligast att tandvårdskostnader ersätts i efterhand, och andelen har ökat. År 2004 stod tandvård för 25 procent av alla bifallna ansökningar, år 2005 var siffran 53 procent och 2006 hela 60 procent. Jämfört med statistiken för förhandstillstånd enligt förordning 1408/71 är andelen avslag lägre för efterhandsersättning. 15 procent av ansökningarna avlogs år 2004, 9 procent år 2005 och knappt 10 procent år 2006.

6.1.3.2. Information kring statistiken

På Försäkringskassans hemsida kan man läsa att de vanligaste landet att söka sjukvårdstjänster i är Finland, följt av Tyskland. För tandvårdstjänster är Estland mest besökt. Även Polen och Spanien är populära.

⁴⁴ Mail från Hasse Knutsson, SKL, 2007-02-21 / www.forsakringskassan.se, Sjukvård i internationella förhållanden – försäkringsanalys, 2007-02-12

⁴⁵ Telefonintervju med Hasse Knutsson, SKL, ca kl. 10.00, 2007-02-19

⁴⁶ Försäkringskassan, mail från huvudkontoret, StatistikEGFE112Sammanställning200401-200612, 2007-02-09

Av slutrapporten framgick att det var Norrbotten som både tagit emot och beviljat flest ansökningar om efterhandsersättning, 125 stycken. Hela 98 procent av de inkomna ansökningarna beviljades. På andra plats kom Stockholm som fick in 118 ansökningar, och beviljade 92 procent av dem. Därefter återfanns Skåne med 109 inkomna ansökningar, varav 92 procent beviljades. Västra Götalandsregionen intog en fjärde plats med 83 ansökningar under perioden. 88 procent av dessa bifölls.

Spridningen på ersättningsbeloppen var stor. Tandvårdskostnader var generellt låga, medan till exempel nackskadebehandlingar kostade mycket pengar. Totalkostnaden stod inte alltid i relation till det totala antalet ärenden. Under den period som slutrapporten behandlar var exempelvis kostnaden per ärende i Västra Götalandsregionen i genomsnitt mer än dubbelt så hög som medelkostnaden för samtliga ärenden i landet. Detta beroende på att regionen ersatte flera dyra nackskadebehandlingar. I Norrbottens län, där Försäkringskassan främst beviljat ersättning för lågkostnadsvård i Finland, till exempel tandvård, var förhållandena de motsatta.

När det gäller vilka vårdtyper/behandlingsmetoder som var populärast att söka efterhandsersättning för toppade tandvård slutrapportens lista. Av totalt 528 beviljade ärenden under perioden utgjorde tandvårdsbehandlingar 40 procent. De flesta ärenden som ersattes avsåg bastandvård, varför ersättningsnivån var relativt låg. Även implantat- och protetikbehandlingar har dock ersatts, behandlingar där kostnaderna varit betydligt högre. Emellertid var kostnaderna för tandvård generellt så låga att man i slutrapporten kunde konstatera att de bara stod för cirka 6 procent av totalkostnaderna för ersatt vård.

Den näst vanligast vårdtypen för vilken ersättning beviljades var nackskadebehandlingar. På tredje plats återfanns ortopedi, följd av tumörsjukdomar. Ortopedi avser exempelvis behandlingar eller operationer av knä- höft- och ryggbesvär.

I särklass var tumörsjukdomar den dyraste vårdtypen som ersättning beviljades för. Det rörde sig om högspecialiserad vård för till exempel levercancer, prostatacancer och hjärntumörer.

Av samtliga ärenden under den period slutrapporten behandlade, beviljades efterhandsersättning i första hand för behandlingar inom den öppna sjukvården, cirka 43 procent. 17 procent avsåg planerad vård på sjukhus, och resterande 40 procent tandvård.

Totalt under perioden avslogs bara 9 procent av alla inkomna ärenden. I 38 procent av fallen berodde avslaget på att utlandsbehandlingen inte ansågs beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen. Vidare grundades 19 procent av avslagen på det faktum att ansökan inkom för sent till Försäkringskassan. Den tredje vanligaste orsaken till avslag, cirka 11 procent av fallen, var att vården inte överensstämde med vård som ges inom det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige.⁴⁷

6.1.3.3. Kostnadsaspekter av efterhandsersättningen

I nyligen sammanställt statistiskt material från Försäkringskassan kan man, för perioden 1 februari 2004 - 31 december 2006, bland annat ta del av de genomsnittliga utgifterna för sjukvård respektive tandvård. Man kan få reda på storleken på det lägsta, alternativt det högsta, ersättningsbeloppet som betalats ut under perioden, samt jämföra de totala utgifterna för sjukvård och tandvård, erhållen i annat EU/EES-land.⁴⁸ Man skall dock vara medveten om att utgifterna inte alltid följer kostnaderna över ett givet år. Debiteringen av vården släpar ibland efter. En låg utgift under ett år betyder således inte per automatik att även kostnaden var låg.

⁴⁷ Slutrapport, s. 14 ff.

⁴⁸ Försäkringskassan, Mail från huvudkontoret, StatistikEGFE112Sammanställning200401-200612, 2007-02-09 / www.forsakringskassan.se, Sjukvård i internationella förhållanden – försäkringsanalys, 2007-02-12

År	Medel (SEK) Sjukvård	Medel (SEK) Tandvård	Medel (SEK) All vård	Min (SEK) Sjukvård	Min (SEK) Tandvård	Max (SEK) Sjukvård	Max (SEK) Tandvård	Totalt (miljoner kronor) Sjukvård	Totalt (miljoner kronor) Tandvård	Totalt (miljoner kronor) All vård
2004	73608	4895	56313	183	53	605971	71917	8,1	0,2	8,3
2005	17143	3762	10079	88	106	186682	28760	7,7	1,9	9,6
2006	14635	3949	8187	48	53	197491	94815	10,7	4,4	15,0
Total								26,5	6,5	32,9

Försäkringskassans utgifter för utlandsvård har stigit under perioden, det gäller både sjukvård och tandvård. De totala utgiften för samtliga vårdtjänster har stigit med cirka 80 procent, det vill säga nära fördubblats på bara två år. Den största ökningen står tandvården för. Från att ha legat på 200 000 kr år 2004 var ersättningsnivån år 2006 4 400 000 kr, en ökning med 4,2 miljoner. Sjukvårdskostnaderna ökade i sin tur med 2,6 miljoner kr under samma period. Trots att tandvård är den vanligaste vårdtypen utgör den knappt 20 procent av totalutgiften för ersatt vård, vilket är anmärkningsvärt. Det beror på att tandvårdskostnader generellt är lägre än sjukvårdskostnader, vilket framgår av kolumnen ”Medel (SEK) Tandvård” som jämför genomsnittliga utgifter för tandvård under perioden.

Tabellen visar tydligt på hur enstaka behandlingar, framför allt inom sjukvården, kan ligga långt över summan för en genomsnittlig behandling. År 2006 var till exempel medelutgiften för en ersatt sjukvårdsbehandling 14 635 kr, medan den dyraste behandlingen uppgick till hela 197 491 kr. Av materialet framgår inte vilken behandlingstyp det rörde sig om, men enligt den äldre slutrapporten är det framför allt behandlingar av tumörsjukdomar som är dyrbara. Vidare är kontrasten mellan minimi- och maximibelopp stor. Den lägsta efterhandsersättning som betalades ut för en sjukvårdsbehandling år 2006 låg på 48 kr.

6.1.4. Akutvård

En patient kan bli ersatt för akutvård enligt förordning 1408/71, eller på grundval av EGF. Flest svenska patienter vårdas akut i Tyskland, Frankrike och Spanien. På Försäkringskassan säger man att framförallt gränsregionerna, men även storstäderna, varit överrepresenterade när det gäller utbetalningar av efterhandsersättningar för akutvård. Per capita har Norrbotten haft absolut flest ansökningar om ersättning. Skåne, Stockholm och Göteborg innehar övriga toppnoteringar

Kassan har under de senaste åren inte sammanställt statistiskt material kring gränsöverskridande akutvård. Detta beroende på att den icke-planerade vården, till skillnad från den planerade, inte varit föremål för utredning. Sammanställning av tillgängligt statistiskt material har därför blivit en nedprioriterad arbetsuppgift.⁴⁹

6.1.5. Konventionsvård

Försäkringskassan har enbart kostnadsuppgifter vad gäller behandling av personer som sökt vård i Sverige med stöd av en konvention eller överenskommelse. Motsvarande uppgifter för svenskar som erhållit akutvård i konventionsländer finns inte, eftersom kostnaderna enligt principen om kvittning då hamnar i vårdlandet. Undantaget är Turkiet, där svenska försäkrade kan få planerad vård, och kassan därför har uppgifter om antal vårdtagare. Dock rör det sig om mycket få fall, omkring två stycken per år.

Således tycks inte finnas statistik på antal personer som sökt konventionsvård, om något vårdland är överrepresenterat, var i Sverige patienterna har sitt hemlandsting, eller vad vården kostat den internationella sjukförsäkringen.⁵⁰

⁴⁹ Telefonintervju med Sandra Lindfeldt, Försäkringskassans huvudkontor, ca kl. 10.30, 2007-04-19

⁵⁰ Telefonintervju med Sandra Lindfeldt, Försäkringskassans huvudkontor, ca kl. 10.30, 2007-04-19

6.2. Frågan om nationell lagreglering kring utlandsvården

Förordning 1408/71 behandlar bland annat rätten till sjukvårdsförmåner för personer som rör sig mellan länder inom EU/EES och Schweiz, och dess syfte är att samordna medlemsstaternas socialförsäkringssystem på området. Förordningen har sedan länge tillämpats i Sverige. Ytterligare lagstiftning kring möjligheterna till vård inom EU har dock saknats. Vid sidan av förordning 1408/71 har försäkrade svenskar, på grundval av EGF, haft rätt att motta hälso- och sjukvård i ett annat EES-land, och under vissa förutsättningar få vårdkostnaderna ersatta i efterhand av Försäkringskassan. Det har från politiskt håll ansetts önskvärt att i lagtext precisera när efterhandsersättning skall kunna ges, samt utreda möjligheterna att införa ett förhandstillstånd för planerad sjukhusvård inom EU.

I början av 2006 publicerade Socialdepartementet en promemoria: *"Ds 2006:4 - Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land - En översyn."* Promemorian innehöll ett förslag till ny lag om ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård eller tandvård som givits i ett annat land inom EU/EES. Av 1 § i lagförslaget framgick att den nya lagen var tänkt att komplettera förordning 1408/71. I 3 §, som avsågs att omfatta akutvård och planerad vård som givits utanför sjukhus, så kallad öppenvård, beskrevs under vilka förutsättningar en person skulle kunna få sina vårdutgifter ersatta i efterhand av det allmänna.⁵¹

1. utgifterna skulle ha uppkommit i samband med behandling av en sjukdom eller ett tillstånd som helt eller delvis skulle ha bekostats av det allmänna om vården givits i Sverige,
2. behandlingsmetoden skulle vara internationellt vedertagen, och
3. vårdgivaren skulle vara ansluten till det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet.

4 § gällde planerad vård på sjukhus, och det var här som det nya förhandstillståndet behandlades. Tanken var att bara den som före avresan hos Försäkringskassan ansökt om och beviljats tillstånd till planerad sjukhusvård skulle få ersatt vårdkostnaderna efter avslutad behandling. Försäkringskassan skulle bevilja förhandstillståndet om förutsättningarna i 3 § var uppfyllda, samt om samma eller en lika effektiv vård inte kunde erbjudas i Sverige inom normal tid, beaktat den sökandes aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp.

Den nya lagen var tänkt att träda i kraft den 1 januari 2007, men efter riksdagsvalet i september 2006 genomfördes ett regeringsskifte, varför lagförslaget lades på is. I januari 2007 presenterade Socialdepartementet en lagrådsremiss: *"Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land"*, baserad på Ds 2006:4. Lagrådsremissen innehåller ett reviderat förslag till ny lagstiftning på området vård inom EU. Man har bearbetat de remissvar som kommit in från olika samhällsinstitutioner i promemorians kölvatten, samt gjort ändringar i det ursprungliga lagförslaget för att efterkomma en del av de önskemål och synpunkter som uttryckts hos remissinstanserna.

Ovan har presenterats innehållet i de viktigaste paragraferna i det gamla lagförslaget. Nedan kommer först redogöras för vilka krav EG-rätten ställer på en lag om förhandstillstånd för hälso- och sjukvård. Därefter behandlas det nya lagförslaget och de förändringar som gjorts i förhållande till promemorians lagförslag, reflekteras över varför förändringarna tillkommit och över deras betydelse.

6.2.1. EG-rättsliga krav på en lag om förhandstillstånd

Inom EU är medlemsstaterna fria att utforma sina sociala trygghetssystem. I Decker⁵² och Kohll⁵³ slår dock EG-domstolen fast att medlemsländerna måste ta gemenskapsrätten i beaktande när de organiserar den nationella vården. Hälso- och sjukvård och tandvård är att

⁵¹ Ds 2006:4, s. 10

⁵² Mål C-120/95 Dencker

⁵³ Mål C- 158/96 Koll

betrakta som tjänster i EG-fördragets mening, och för tjänster råder fri rörlighet. I målen Smits och Peerbooms⁵⁴ samt Müller-Fauré och van Riet⁵⁵ anger Domstolen att en enskild medlemsstat inte får införa ett krav på förhandstillstånd för vård som ges utanför sjukhus. Vad gäller planerad vård på sjukhus kan det, enligt Domstolen, däremot vara tillåtet med nationella förhandstillstånd. Skälet härtill är medlemsstaternas rätt att inskränka den fria rörligheten för tjänster om det finns tvingande hänsyn som motiverar en sådan inskränkning. Domstolen konstaterar att medlemsländerna får tillämpa nationella regler om förhandstillstånd om det föreligger en tvingande hänsyn och om tillståndsbestämmelserna är proportionerliga och objektivt nödvändiga. Samma resultat skall inte kunna uppnås med mindre betungande regler. Vidare måste nationella beslut om förhandstillstånd fattas inom rimlig tid, samt vara öppna för överprövning i domstol.⁵⁶

EG-domstolen menar, att med tanke på det stora behov av långsiktig planering som finns för sjukhusvård, det bör föreligga tvingande hänsyn, samt vara objektivt nödvändigt att införa ett nationellt förhandstillstånd. Den långsiktiga planeringen kan exempelvis syfta till att skapa tillräckligt stor och ständig tillgång till ett nationellt utbud av sjukhusvård av god kvalitet, undvika slöseri med sjukvårdens ekonomiska, tekniska och mänskliga resurser, samt säkerställa kontroll över kostnaderna.

Vårdtjänster som söks utanför ett sjukhus tillhandahålls enligt Domstolen i allmänhet patienter som lever i gränsområden, eller med särskilda sjukdomstillstånd. Patienter i gränsområden brukar kunna tillgodogöra sig vården nära sin bostadsort och skapa en förtrolig relation med den behandlande läkaren. Språkbarriären, kostnaderna för utlandsvistelsen, det geografiska avståndet, samt avsaknaden av upplysningar om vårdmetoder begränsar annars antalet personer som erhåller öppenvård i utlandet. EG-domstolen anser därför att eventuella negativa verkningar på det nationella socialförsäkringssystemet till följd av öppenvården inte kan befaras bli särskilt stora. Således skulle ett krav på förhandstillstånd här strida mot den gemenskapsrättsliga principen om tjänsters fria rörlighet. Det skulle avhålla patienter från att vända sig till vårdgivare i andra medlemsstater.⁵⁷

Sammanfattningsvis tillåter EG-rätten alltså nationella förhandstillstånd för planerad vård på sjukhus, men förbjuder ett system med förhandstillstånd för öppenvård.

6.2.2. Nytt lagförslag

Precis som i promemorian är det tänkt att lagen skall vara ett komplement till förordning 1408/71, vilket framgår av 1 § stycke 2, och just som i promemorian drar regeringen i det nya lagförslaget en skiljelinje mellan å ena sidan akutvård och öppenvård, och å andra sidan planerad sjukhusvård. För akutvård och öppenvård inom EES-området utgår ersättning för vårdkostnader enligt följande förutsättningar i 3 §:

1. Vårdsökanden skall vara bosatt i Sverige eller kvarskrivna här enligt 16 § folkbokföringslagen och stadigvarande vistas inom landstinget, och
2. utgifterna skall ha uppkommit i samband med behandling av en sjukdom eller ett tillstånd som helt eller delvis skulle ha bekostats av det allmänna om vården givits i Sverige, och
3. behandlingsmetoden skall överensstämma med den som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet *eller* vara tillräckligt beprövad och erkänd av den

⁵⁴ Mål C-157/99 Smits och Peerbooms

⁵⁵ Mål C-385/99 Müller-Fauré och van Riet

⁵⁶ *Lotta Vahlne-Westerhäll*, Regeringsrättens domar om ersättning för vårdkostnader i annan medlemsstat i Europeiska Unionen, Europarättslig tidskrift, 2004:2, s. 282 f.

⁵⁷ Se även LRM, s. 14 och *Mossialos & McKee*, EU Law and the Social Character of Health Care, 2nd printing, Brussels 2004, s. 86 ff.

internationella medicinska vetenskapen. Användningen av metoden får inte vara förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning.

Vad gäller 3 § punkt 2 får inte finnas någon skillnad i bedömningarna mellan de olika landstingen beträffande vilka sjukdomar eller medicinska tillstånd som omfattas av denna punkt. Landstingen skall tillämpa samma riktlinjer vid tillståndsbedömningen och det skall inte ha betydelse var i landet en patient är bosatt.

Kravet på att sjukdomen eller tillståndet, om det behandlats i Sverige, helt eller delvis skulle ha bekostats av det allmänna innebär att den vårdsökande så långt det är möjligt skall försättas i en situation som är identisk med den som uppstått om vården söktes nationellt. Behandlingar som ej anses vara medicinskt betingade och som i Sverige inte omfattas av det allmännas åtagande, till exempel kosmetiska behandlingar, ersätts således inte. Tillstånd som delvis skulle bekostats av det allmänna om vården givits i Sverige syftar till exempel på vissa infertilitetsbehandlingar.⁵⁸

Möjligheten till ersättning enligt 3 § punkt 3 är tvåfaldig. För det första kan en patient få sina vårdavgifter ersatta på den enda grunden att den aktuella behandlingsmetoden används i Sverige. Om metoden är internationellt vedertagen spelar i så fall ingen roll. För det andra skall patienten ersättas om denne i utlandet erhållit en behandling som är internationellt vedertagen, även om samma behandling inte tillhandahålls i Sverige. Som beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen räknas en behandlingsmetod som använts en tid med goda resultat, samt är internationellt vetenskapligt dokumenterad.

Vidare är tillräckligt att en vårdmetod tillämpas i något landsting för att den skall anses användas inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet. Det krävs alltså inte att behandlingsmetoden praktiseras i patientens eget landsting.

Vissa behandlingsmetoder ersätts inte av det allmänna. Det gäller metoder som är förbjudna eller begränsade enligt svensk lag, det vill säga metoder som ansetts etiskt oförsvarbara eller riskfyllda för patienten.⁵⁹

Enligt 4 § lämnas ersättning för planerad hälso- och sjukvård eller tandvård på sjukhus bara till den som innan behandlingen utförs ansöker om och beviljas förhandstillstånd av Försäkringskassan. Förhandstillstånd skall beviljas om förutsättningarna i 3 § är uppfyllda och samma eller en lika effektiv vård inte kan erbjudas i Sverige inom en tid som är normal, beaktat den sökandes aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp.

Vård på sjukhus kopplas till hur kvalificerad vården är vad avser teknik och kompetens, inte till hurvida patienten varit inlagd under behandlingen. Utgångspunkt för bedömningen blir om motsvarande vård skulle ha givits på svenskt sjukhus om patienten erbjudits behandling i Sverige.⁶⁰

För att avgöra vad som är normal väntetid skall Försäkringskassan göra en objektiv medicinsk bedömning av patientens vårdbehov. Vid bedömningen skall hänsyn inte enbart tas till förekomsten av vårdköer, utan också till den enskilde patientens individuella hälsotillstånd. Normal väntetid för en viss patient kan vara orimligt lång för en annan med sämre hälsa. Omständigheter som skall beaktas är till exempel patientens sjukdomshistoria, sjukdomens sannolika förlopp, samt graden av smärta eller funktionshinder vid tidpunkten för tillståndsansökan. Väntetider som sträcker sig längre än den nationella vårdgarantin, det vill säga 90 dagar, kan aldrig betraktas som normala. Vidare är det viktigt att väntetiderna är flexibla och anpassningsbara, så att den ursprungliga väntetiden kan omprövas vid en eventuell försämring av patientens hälsotillstånd.⁶¹

⁵⁸ LRM, s. 22, s. 47

⁵⁹ LRM, s. 23 f., s. 47

⁶⁰ LRM, s. 20, s. 48

⁶¹ LRM, s. 26 f., 48

6.2.3. Jämförelse mellan lagförslagen

6.2.3.1. Akutvård och öppenvård

Vad gäller regleringen kring akutvård och öppenvård innehöll det äldre lagförslaget ett krav på att vårdgivaren måste vara ansluten till det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet i vårdlandet för att vårdkostnaderna skulle ersättas. Detta kom till för att motverka diskriminering av de svenska privatsjukhusen och för att uppnå en likabehandling av de patienter som valt ett privat vårdalternativ, i Sverige eller utomlands. Idag kan nämligen utgifter för ren privat utlandsvård bli ersatta i efterhand, medan däremot den som söker samma vård på privatsjukhus i Sverige får betala själv.

Kravet på vårdgivarens anslutning till det allmänna sjukvårdssystemet som en förutsättning för efterhandsersättning har tagits bort, och det är numera tänkt att förhandstillstånd skall beviljas även för behandlingar på privata vårdinrättningar. Flera remissinstanser ansåg det vara för krångligt att avgöra huruvida en vårdgivare tillhör det allmänna sjukvårdssystemet i en medlemsstat eller ej, eftersom länderna inom EU/EES har blandade system.⁶²

Ett problem vid efterhandsersättning har hittills varit att bedömningarna om vilka behandlingsmetoder som skall ersättas varierat från landsting till landsting. Tanken är att det inte skall spela någon roll i vilket landsting en person är bosatt, utan att riktlinjerna för bedömning skall se likadana ut i hela landet. Denna princip kommer till uttryck i kommentaren till 3 § punkt 2 och punkt 3 i lagrådsremissen. Enligt punkt 2 skall det inte finnas någon skillnad i bedömningen mellan landstingen om vilka sjukdomar eller tillstånd som skall bekostas av det allmänna. Enligt punkt 3 skall det anses tillräckligt att en behandlingsmetod används i något landsting för att räknas till det allmänna sjukvårdssystemet. Metoden behöver alltså inte tillhandahållas i patientens eget landsting.⁶³

Vidare har regeringen, efter påtryckningar från Försäkringskassan, i det nya lagförslaget försökt komma till rätta med ytterligare ett problem av tillämpningskaraktär, ej uppmärksammat i promemorian. Svårigheten rör användningen av behandlingsmetoder i Sverige som inte är internationellt vedertagna. Problemet med den äldre lagformuleringen var enligt kassan, att en patient kunde nekas ersättning på grund av att en behandling som denne genomgått i ett annat EU-land inte var internationellt vedertagen, samtidigt som en patient som undergått samma behandling inom det svenska sjukvårdssystemet kunde ersättas för vårdkostnaderna. Genom att ändra formuleringen i 3 § från att behandlingsmetoden måste vara internationellt vedertagen till att metoden skall överensstämja med en som används inom det svenska sjukvårdssystemet, *eller* vara tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen, hoppas regeringen nu ha kommit till rätta med nämnda tillämpningsproblem.⁶⁴

Enligt 3 § punkt 1 i lagrådsremissens lagförslag är en förutsättning för ersättningens utgivande att den vårdsökande skall vara bosatt i Sverige. Denna formulering fanns inte med i promemorian, men anses inte ändra förslagets materiella innehåll. Även i det äldre lagförslaget rådde ett underförstått krav på att en person skulle omfattas av det svenska sjukvårdssystemet för att utfå ersättning.

6.2.3.2. Planerad vård på sjukhus

Inga förändringar har skett mellan promemorian och lagrådsremissen vad gäller denna vårdtyp. Skälet till införandet av ett förhandstillstånd för planerad sjukhusvård är enligt regeringen landstingens behov av långsiktig planering.

⁶² LRM, s. 25

⁶³ LRM, s. 22 ff.

⁶⁴ LRM, s. 23

4 § stycke 2 är utformat efter artikel 22.2 stycke 2 i förordning 1408/71. Tolkningen av bestämmelsen och vad som skall avses med uttrycket ”normal för vården i fråga” skall ske med utgångspunkt i förordningen och i EG-domstolens praxis.⁶⁵

6.3. Domstolspraxis

6.3.1. EG-domstolen

Utvecklingen av en patientrörlighet på europeisk nivå hänger till stor del ihop med frågan om förhandstillståndets vara eller icke vara. Historiskt sett har medlemsstaterna varit skeptiska till gränsöverskridande vård. Grundregeln har varit att tillstånd krävts från patientens försäkringsinstitution för all vård som inte varit akut. När det gäller att avgöra om ett förhandstillstånd skall beviljas eller inte har medlemsländerna haft relativt stor handlingsfrihet. I slutet av 1970-talet hotades dock denna frihet när EG-domstolen slog fast att en medlemsstat måste bevilja tillstånd för varje utlandsbehandling som förbättrar en patients medicinska status.⁶⁶ Europeiska unionens råd ändrade emellertid förordning 1408/71 strax efter avgörandet med följderna att medlemsländernas handlingsfrihet åter stärktes. Idag är en medlemsstat, enligt artikel 22.2 stycke 2 i förordningen, bara tvingad att bevilja förhandstillstånd när den enskilde inte i tid kan få en identisk eller lika effektiv behandling inom det nationella vårdssystemet. Eftersom EG-domstolen inte klart definierat varken vad som utgör ”normal tid” eller ”internationellt vedertagen behandlingsmetod”, det vill säga vad gemenskapen betraktar som en effektiv behandling, är handlingsfrihetens gränser fria att tänjas på.⁶⁷

Förhandstillståndet har dock inte stått oemotsagt genom åren. Det har gjorts gällande att medlemsländer med hög medicinsk kapacitet, till exempel Tyskland, skulle kunna komma till rätta med överkapacitet och läkaröverskott om tillståndet togs bort. Nya arbetstillfällen skulle skapas och fler patienter behandlas inom den tyska vårdapparaten. Samtidigt har rädsla funnits för att försäkringsinstitutionerna i fattigare medlemsländer, till exempel Grekland och Portugal, inte skulle klara av de kostnader ett upphävt förhandstillstånd innebär. Utgifter för behandlingar i norra Europa skulle överstiga den ekonomiska förmågan hos dessa institutioner.⁶⁸ Vidare har EU med tillstånden velat förhindra så kallad ”medicinsk turism”, när patienter i länder med billig vård diskrimineras gentemot mer välbeställda vårdresenärer som köper upp nationella vårdplatser.

Oaktat den kritik som framförts öppnade EG-domstolen 1998 för gränsöverskridande vård utan förhandstillstånd. I målen Decker och Kohll fastställde Domstolen att hälso- och sjukvård var att betrakta som tjänster i EG-fördragets mening, och att dessa tjänster skulle behandlas som om de vore utgivna i den försäkrades hemland. En försäkrad tilläts att utan förhandstillstånd söka vård i valfritt medlemsland och därefter få kostnaderna ersatta enligt de tariffer som gällde för motsvarande behandling i hemlandet. På så sätt skapade Domstolen ett tvåfaldigt system för ersättning. Antingen kunde patienten ansöka om förhandstillstånd enligt förordning 1408/71 och kostnaderna läggas till rätta mellan respektive länders försäkringsinstitutioner enligt de tariffer som gällde i vårdlandet. Eller så kunde patienten välja att själv betala vårdkostnaderna, ansöka om efterhandsersättning från sin försäkringsinstitution och bli ersatt enligt de tariffer som gällde i det betalande landet.⁶⁹ Genom att en patient aldrig blev ersatt till mer än den faktiska vårdkostnaden förhindrades

⁶⁵ LRM, s. 26, s. 48

⁶⁶ Mål C-117/77 Pierlik I, Mål C-182/78 Pierlik II / Se även Mossialos & McKee, s. 84 och *de Búrca Gráinne*, *EU Law and the Welfare State-In Search of Solidarity*, Oxford, 2005, s. 126 f.

⁶⁷ Mossialos & McKee, s. 99

⁶⁸ Westerhäll, s. 222

⁶⁹ *Cabral Pedro*, *Cross-border medical care in the European Union – bringing down a first wall*, *European Law Review*, 1999:4, s. 392 / Mossialos & McKee, s. 89 f.

förekomsten av medicinturism. Till följd av att vårdresenären ersattes efter det betalande landets tariffer blev utgifterna för försäkringsinstitutioner i fattigare medlemsländer inte oöverkomliga.

Avgörandena i Decker och Kohll lämnade flera frågetecken. Dels huruvida vård utan förhandstillstånd gällde för både sjukhus- och öppenvård, dels huruvida alla europeiska sjukvårdssystem omfattades, och inte bara de återbetalningssystem som tillämpas i till exempel Frankrike, Belgien och Luxemburg.⁷⁰

I Smits och Peerbooms samt Müller-Fauré och van Riet konstaterade domstolen att den fria konsumtionen av vårdtjänster gällde sjukhus- såväl som öppenvård och att samtliga nationella sjukvårdssystem inom gemenskapen omfattades. Vidare slogs fast att förhandstillstånd, trots att det utgör ett hinder för den fria rörligheten, ibland kan rättfärdigas med hänsyn till den ekonomiska balansen i systemen för social trygghet och upprätthållandet av en sjukhusvård som är tillgänglig för alla.⁷¹ Med andra ord tillät EG-domstolen under vissa förutsättningar förhandstillstånd för planerad vård på sjukhus, men inte för öppenvård.⁷²

I målet Vanbraekel⁷³ prövades frågan om storleken på den ersättning som en försäkrad, som på felaktiga grunder blivit nekad förhandstillstånd, skall beräknas enligt tarifferna i vårdlandet eller i det betalande landet när vederbörande söker efterhandsersättning för samma behandling som för vilken tillstånd nekats. Domstolen konstaterade att patienten som huvudregel skulle ersättas enligt vårdlandets tariffer, men att om denna ersättning var lägre än i den betalande staten, patienten skulle erhålla mellanskillnaden från sin försäkringsinstitution.⁷⁴

I länder med låga ersättningsnivåer lär patienter ha motstående problem som i Vanbraekel, det vill säga att när behandlingarkostnaderna i vårdlandet överstiger de i hemstaten kan patienten bara bli ersatt enligt hemlandets tariffer. Resterande kostnad får den enskilde själv stå för, vilket innebär att många européer bara har en teoretisk möjlighet att köpa vårdtjänster inom gemenskapen.⁷⁵ Kanske skulle detta problem kunna lösas genom utarbetande av enhetliga tariffer för vårdtjänster inom EU.

Målet Inizan⁷⁶ kompletterade EG-domstolens avgörande i Müller-Fauré på sätt att Domstolen slog fast att tillstånd för sjukhusvård kan rättfärdigas, inte bara i naturaförmånssystem, utan också i återbetalningssystem. Domstolen framhöll vidare vikten av den enskildes rätt till en oberoende medicinsk bedömning när frågan om förhandstillstånd prövas i domstol.⁷⁷

Målet Leichte⁷⁸ ansågs viktigt av två anledningar. Dels öppnade fallet upp för att inte enbart behandlingarkostnader, utan även utgifter för resa och logi, så kallade kringkostnader, skall ersättas vid gränsöverskridande vård. Dels verkade EG-domstolen jämställa rehabiliteringsbehandlingar med behandlingar inom öppenvården och inte med planerad sjukhusvård, vilket har betydelse för medlemsstaternas möjligheter att kräva förhandstillstånd för rehabilitering.⁷⁹ Vad gällde kringkostnader så konstaterade Domstolen att medlemsstaterna själva är fria att bestämma omfattningen av nationella sjukförsäkringar, så länge reglerna om ersättning inte verkar diskriminerande mot utländska vårdgivare.

⁷⁰ Mossialos & McKee, s. 90 f. / *Mossialos Elias & McKee Martin*, Is a European healthcare policy emerging?, *British Medical Journal*, No. 323, s. 248

⁷¹ *Erhag Thomas*, Fri rörlighet och finansiering av social trygghet - En rättslig studie av EG-rättens inverkan på medlemsstaternas uttag av avgifter för finansiering av social trygghet, Stockholm 2002, s. 293

⁷² Se vidare i avsnitt 6.2.1.

⁷³ Mål C-368/98 Vanbraekel and others

⁷⁴ Mossialos & McKee, s. 98

⁷⁵ Cabral, s. 393

⁷⁶ Mål C-56/2001 Inizan

⁷⁷ de Búrca, s. 133 f. / Om naturaförmåns- och återbetalningssystem, se avsnitt 7.1.

⁷⁸ Mål C-8/02 Leichte v. Bundesanstalt für Arbeit

⁷⁹ de Búrca, s. 134 f.

I målet *the Queen*⁸⁰ framhöll EG-domstolen att inte heller en försäkrad som beviljats förhandstillstånd, eller som blivit nekad förhandstillstånd på felaktiga grunder, automatiskt är berättigad till ersättning för kringkostnader. Ersättning måste utgå bara om det i medlemsstatens lagstiftning föreskrivs en skyldighet för det nationella systemet att ersätta kringkostnader när behandlingen ges vid nationell vårdinrättning.

Sammanfattningsvis har EG-domstolens praxis lett till att de förr så hårda kraven på förhandstillstånd luckrats upp. Dock tycks utvecklingen gå mot ett återinförande av förhandstillstånd på flera områden. Domstolen har redan konstaterat att en medlemsstat inte bryter mot EG-rätten när den kräver förhandstillstånd för planerad sjukhusvård. Flera medlemsländer, däribland Sverige, diskuterar möjligheten till att införa ett framtida tillstånd också för öppenvård. Som argument används ofta rättviseaspekter, till exempel att den fria konsumtionen av vårdtjänster bara kommer vissa EU-medborgare till dels på grund av språkförbistring, avstånd, ökade kostnader och restid, informationsbrist m.m.

6.3.2. Nationell domstol

EG-domstolens praxis har fått återverkningar i svenska rättsinstanser. Den 30 januari 2004 meddelade Regeringsrätten tre domar som alla behandlade frågan om ersättning för vårdkostnader i annan EU-stat. Mål nummer 5595-95 rörde en kvinna, S.J, som påbörjat behandling i Sverige för SLE, en sällsynt inflammatorisk sjukdom. Efter avbruten svensk behandling för hon till Tyskland och vårdades där tills besvären upphörde. S.J. begärde ersättning för den tyska behandlingen från Försäkringskassan, men kassan avlog hennes begäran.

I mål nummer 6396-01 ansökte F.W. hos Försäkringskassan om att förhandstillstånd för specialistbehandling i Frankrike skulle utfärdas för honom. F.W. led av rectalcancer. Kassan avlog hans begäran med motiveringen att F.W. inom normal tid kunde erhålla en likvärdig cancerbehandling i Sverige.

I mål nummer 6790-01 erhöll K.S. under vistelse i Tyskland akut tandvård, samt en behandling med inlägg av tandproteser som inte bedömdes vara akut. Försäkringskassan avlog K.S. ansökan om ersättning för inlägget.

Två av målen ovan rörde ersättningar för kostnader för sjukhusvård, varav ett innefattade en begäran om förhandstillstånd, medan det tredje målet rörde ersättning för tandvård. Att rättsfrågan blev densamma i samtliga mål berodde på att det saknades en svensk reglering om krav på förhandstillstånd. I avsaknad av dylik reglering slog Regeringsrätten fast att svenska försäkrade, utifrån en direkttillämpning av artikel 49 och 50 i EGF, hade rätt att från Försäkringskassan i efterhand begära ersättning för vårdkostnader. Man öppnade för ett fritt tand- och sjukvårdsökande inom hela EU så länge vårdåtgärderna ingick i det svenska vårdutbudet och omfattades av den svenska tand- eller sjukvårdsförsäkringen. Om utlandsbehandlingen inte till alla delar överensstämde med motsvarande behandling i Sverige krävdes att den var ”internationellt vedertagen.” Domstolen konstaterade vidare att artikel 22 i förordning 1408/71 var direkt tillämplig, även om en nationell reglering på krav om förhandstillstånd saknades. Således fick svenska försäkrade genom Regeringsrättens domar två alternativ till planerad vård utomlands, grundat på EG-fördraget eller på förordning 1408/71.⁸¹

Sedan 2004 har flera fall om gränsöverskridande vård prövats i länsrätt och kammarrätt. Nedan presenteras sex kammarrättsdomar i syfte att illustrera vilka typer av frågeställningar kring utlandsvård som aktualiserats i svenska förvaltningsdomstolar. Den första domen rör ersättning för diagnostisk undersökning, de två följande frågan om den erhållna utlandsvården bekostats av det allmännas försorg om den givits i Sverige, de två därefter dels definitionen

⁸⁰ Mål C-372/04 *the Queen*

⁸¹ Vahlne-Westerhäll, s. 277, 281

av ”internationellt vedertagen metod”, dels oklarheter kring om en metod används på svenska sjukhus. Det sista fallet behandlar ersättning för kringkostnader.⁸²

I *KR 3593-04* fann kammarrätten i Stockholm att kostnader för inledande undersökningar i syfte att ställa diagnos skall behandlas på samma sätt som kostnader för rent behandlande vård.

I *KR 360-04* ansökte en kvinna hos landstinget om att få en leverbiopsi utförd. Landstinget nekade henne behandlingen eftersom man inte ansåg den vara medicinskt motiverad för kvinnans del. Hon for då till Tyskland, undergick leverbiopsin, och ansökte hos Försäkringskassan om efterhandsersättning för vårdkostnaderna. Kammarrätten beslutade att ingen ersättning på grundval av EGF skulle utgå till kvinnan. Rätten ansåg inte att det rörde sig om sådan vård, som om den utförts i Sverige, skulle ha bekostats av det allmänna.

KR 2992-05 rörde två barn som påbörjat tandregleringsbehandling medan de bodde i Tyskland. Väl tillbaka i Sverige konstaterade Folk tandvården att barnen endast hade ett måttligt tandregleringsbehov och att tandreglering för närvarande inte var aktuellt för dem. Familjen valde att avsluta barnens behandling i Tyskland och sökte därefter ersättning från Försäkringskassan för vårdkostnaderna. Kammarrätten i Jönköping beslutade att ingen ersättning skulle betalas ut till familjen. Rätten ansåg att, mot bakgrund av Folk tandvårdens bedömning, det inte stod klart att barnens tandreglering skulle bekostats av det allmänna om behandlingen utförts i Sverige.

I *KR 4282-05* hade en whiplashskadepatient undergått en form av röntgenbehandling med magnetkamerateknik hos en doktor V. Enligt patienten skilde sig doktor V:s röntgenteknik från gängse metoder genom användningen av så kallad funktionell magnetresonanstomografi, fMRT. Patienten påpekade att man vid Karolinska sjukhuset bedrev försöksverksamhet med nämnda teknik. Patienten menade vidare att doktor V:s metod använts under en tioårsperiod, att information om den hade publicerats i vetenskapliga artiklar, samt att metoden under 2004 presenterats i ett tyskt standardverk för neurokirurger.

Kassan anförde att doktor V:s metod inte användes vid svenska sjukhus, att vissa svenska specialister betecknade den som bristfällig och på experimentstadiet, samt att Whiplashkommissionen publicerat ett konsensusdokument i vilket metoden ifrågasattes. Vidare hävdade kassan att doktor V:s metod inte var vetenskapligt accepterad i Tyskland och att den tyska motsvarigheten till Försäkringskassan inte utgav ersättning för sådan behandling.

Kammarrätten beslutade att ersättning för undersökningskostnaderna inte skulle betalas till patienten.

KR 1019-05, ett färskt avgörande från Kammarrätten i Sundsvall, liknar föregående dom. Sundsvall-målet rörde dock både krav på ersättning för behandling enligt doktor V:s metoder, samt ersättning för en operation, utförd på grundval av doktor V:s undersökning, av en doktor M.

Försäkringskassan argumenterade i stort på samma sätt som i förra fallet. Man hänvisade till svenska specialister, vilka hävdade att doktor V:s och M:s metoder var experimentella och bristfälligt dokumenterade. Specialisterna ansåg vidare att M:s operation inte borde användas på whiplashskada, men däremot på en del andra i domen uppräknade tillstånd, då operationen var komplicerad och innebar betydande risker. Enligt kassan hade V:s och M:s metoder granskats av Whiplashkommittén som inte rekommenderade någon av behandlingsmetoderna innan utvärderingar, uppföljningar och jämförande studier gjorts. Slutligen konstaterade Försäkringskassan att V:s metod inte var vetenskapligt accepterad i Tyskland, ej heller M:s operation när den genomfördes utifrån V:s undersökning. Den tyska sjukförsäkringen ersatte inte behandling med doktor V:s diagnostik.

⁸² Se även 2001:10, s. 27 f.

Patienten anförde bland annat att doktor M:s operationsmetod omnämns i en omfattande utredning i en internationellt erkänd tidskrift, varför den borde anses vetenskapligt accepterad.

Kammarrätten dömde till förmån för Försäkringskassan. Man konstaterade att doktor M:s operationsmetod visserligen användes i Sverige, men att den här inte var en vedertagen operationsmetod vid whiplashskador. Rätten ansåg vidare att de aktuella behandlingsmetoderna för undersökning och operation av skada framstod som vetenskapligt experimentella, och inte överensstämde med vetenskap och beprövad erfarenhet. Rätten slog således fast att behandlingarna varken användes i det svenska sjukvårdssystemet eller var internationellt vedertagna.

KR 2762-06 behandlade efterhandsersättning för diverse kringkostnader en patient, B.G, haft vid sjukhusvård i Tyskland. Rätten prövade kostnader för logi och resor och fann att B.G. hade rätt till ersättning för resor, men inte för logi. Domstolen konstaterade att Sverige enligt gemenskapsrätten var fritt att bestämma vilka behandlingar som skall bekostas av socialförsäkringssystemet, samt vilka kostnader som ersätts, förutsatt att samma regler tillämpas för vårdgivare inom och utom landet.

De svenska bestämmelser som reglerade rätten till ersättning för kostnader i samband med sjukvård innehöll inte en rätt till ersättning för logikostnader. Ersättning för resekostnader medgavs dock vid vård inom patientens hemlandsting, men inte vid vård inom ett annat landsting eller i annan medlemsstat. Kammarrätten konstaterade att en liknande ordning stred mot gemenskapsrätten och tilldömde B.G. ersättning för sina resekostnader.

Värt att notera är att även frågan om ersättning för ledsagare och översättningskostnader prövades i länsrätten. Ingen av posterna bedömdes vara föremål för ersättning från Försäkringskassan.

6.3.2.1. Diskussion

En patient som sökt en viss behandling i Sverige och fått avslag på grund av att vårdgivaren inte ansett behandlingen vara medicinskt motiverad bör tänka sig för innan han beger sig till annan medlemsstat för att söka samma vård. KR 360-04 och KR 2992-05 visar på att Försäkringskassan ofta avvisar sådana ersättningsanspråk.

Med utgångspunkt i KR 4282-05 och KR 1019-05 tycks det inte vara tillräckligt för ersättning att en vårdmetod *tillämpas* på svenska sjukhus, den skall även tillämpas på det *specifika tillståndet*. För att en metod skall anses tillämpad på det specifika tillståndet räcker det inte med att tillämpningen befinner sig på experimentstadiet.

Som jag uppfattat det från Försäkringskassan anses en vårdmetod vara i linje med vetenskap och beprövad erfarenhet om metoden använts under några års tid, samt varit föremål för publicering i medicinsk vetenskaplig litteratur. Domarna visar dock på att ytterligare förutsättningar är att vårdlandet uppfattar metoden som vetenskaplig, samt att ersättning utgår för behandlingen från vårdlandets motsvarighet till Försäkringskassan. Dessa förutsättningar nämns varken i kassans faktablad eller vägledningar. Om innebörden av begreppet internationellt vedertagen metod utvecklas, så bör Försäkringskassan informera vårdtagarna om detta.

Jag tycker det är märkligt att bara Sveriges och vårdlandets uppfattningar kring begreppet ”vetenskaplig metod” tas till vara. Avgörandet borde istället ligga på EU-nivå. Här kan ett ökat EU-samarbete för evidensbaserad vård göra nytta. Forskningsresultat från hela gemenskapen skulle kunna samlas i center för evidensbaserad vård, och dit skulle olika medlemsstaters försäkringsinstitutioner kunna vända sig för att få svar på sina frågor om vad som utgör vedertagen metod på ett visst vårdområde. Genom att lägga avgörandet på EU-nivå skulle också svenska förvaltningsdomstolar i framtiden slippa problemen med att väga uttalanden från inhemska experter mot publikationer i internationella medicinska tidskrifter.

KR 2762-06 bör ses i ljuset av kommande lagstiftning.⁸³ Fallet rörde planerad vård på sjukhus, en vårdform där efterhandsersättning i dagsläget kan sökas från Försäkringskassan, men som i framtiden kommer att vara underkastat förhandstillstånd. Beviljas förhandstillstånd framgår av 5 § stycke 1 i lagrådsremissens lagförslag att samtliga kostnader som har samband med vården kommer att ersättas, vilket även innefattar kringkostnader i form av utgifter för resor, kost och logi. För öppenvård kommer gälla att enbart läkemedel och förbrukningsartiklar som patienten erhållit under vårdtiden ersätts.

Det skulle vara intressant att se om man i Regeringsrätten för ett liknande resonemang som kammarrätten gjort i målet. Jag anser nämligen att kammarrättens avgörande bör innebära att också patienter som vårdas utomlands utan förhandstillstånd har rätt till ersättning för resekostnader. B.G. erhöll i och för sig planerad sjukhusvård, men hon vårdades utan förhandstillstånd, just som en patient inom öppenvården.

Länsrättens beslut att inte ersätta B.G för kostnaderna för ledsagare förtjänar en kommentar. I förslaget till ny tillämpningsförfordning slås fast en skyldighet för den nationella försäkringsinstitutionen, att efter förhandstillstånd beviljats, ersätta kostnader för resor och uppehälle för medföljande anhörig. Eventuellt skulle ledsagare kunna betraktas som anhörig och dessa kostnader komma att bli ersatta i framtiden.⁸⁴

6.4. Ersättningens storlek

6.4.1. Vårdkostnader

I förslaget om lag för kostnader för vård i annat EES-land diskuteras frågan om ersättningens storlek i 5 § stycke 3. Det är tänkt att ersättning skall ges med ett belopp som motsvarar vad vårdtagaren betalat för vården, så länge beloppet inte är ”uppenbart oskäligt.” I den äldre promemorian, Ds 2006:4, sades att ersättning skulle ges med ett ”skäligt belopp” och inte fick överskrida det belopp som den vårdsökande betalat för vården, 5 § stycke 3. Regeringen menar att den nya skrivningen, ”uppenbart oskäligt”, inte innebär en förändring i sak, utan enbart leder till ett förtydligande.

Det är Försäkringskassan och de allmänna förvaltningsdomstolarna som skall bestämma om en vårdkostnad är uppenbart oskälig genom att, utifrån omständigheterna i det enskilda fallet, titta på ersättningsnivån för en jämförbar behandling i vårdlandet och om möjligt i Sverige. Man skiljer mellan planerad vård på sjukhus, det vill säga den vård som är tänkt att bli underställd förhandstillstånd, och akut- och öppenvård.

Vad gäller förhandstillstånd så skall det omfatta hela den vårdsituation som är förutsägbar vid ansökan, det vill säga själva behandlingen samt eventuella återbesök om de ingår i den huvudsakliga behandlingen. Rehabiliteringsinsatser eller vårdsituationer som är oförutsägbara vid ansökningstillfället, till exempel komplikationer till följd av felbehandlingar, ersätts inte. Emellertid verkar regeringen, så länge EU inte enats om gemensamma bestämmelser kring ansvarsfördelningen vid komplikationer, vara beredd att ersätta kostnader för återbesök till följd av felbehandling. I så fall är tanken att patienten, om komplikationen inte förelåg vid första ansökningstillfället, skall ansöka om ersättning på nytt.

Kostnader för akutvård eller öppenvård skall beräknas utifrån priset för motsvarande behandling i Sverige. Detta innebär vissa svårigheter då det svenska sjukvårdssystemet är ett så kallat naturaförmånssystem där landstingen har en skyldighet att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Till skillnad från i ett återbetalningssystem, där den försäkrade har rätt till viss ersättning för utförd vård, är det i det svenska systemet svårt att slå fast ett direkt pris för olika vårdinsatser. Regeringen skriver i lagrådsremissen att vårdtagaren därför

⁸³ Se vidare i avsnitt 6.4.2.

⁸⁴ Se vidare i avsnitt 7.3.1.

skall ersättas för de faktiska belopp han betalat för vården. Det skall inte vara möjligt att bli ersatt med ett belopp som överstiger vårdkostnaderna.⁸⁵

6.4.2. Övriga kostnader

I lagrådsremissens 5 § stycke 1 och 2 behandlas frågan om ersättning för så kallade kringkostnader, till exempel kostnader för läkemedel, förbrukningsartiklar, kost och logi. Man skiljer på kringkostnader i samband med vård efter förhandstillstånd, det vill säga planerad vård på sjukhus, och kringkostnader vid öppen- och akutvård.

För planerad vård på sjukhus gäller enligt 5 § stycke 1 att samtliga kringkostnader som har ett samband med vården ersätts. Till exempel skall kostnaderna för vårdtagarens resa till den utländska sjukvårdsinrättningen ersättas, så länge vården inte kombineras med vistelse i rekreationssyfte. Kostnader för kost och logi ersätts också.

Vad gäller öppenvård ersätts patienten bara för utgifter för läkemedel eller andra förbrukningsartiklar som han mottagit under vårdtiden, 5 § stycke 2. Detta på grund av att vårdresenären så långt det är möjligt skall försättas i samma situation som en svensk vårdtagare. I Sverige är läkemedel och förbrukningsartiklar som patienten mottar under vårdtiden kostnadsfria. Däremot blir den som på eget initiativ väljer att vårdas utanför hemlandstinget inte ersatt för sina resekostnader. Således ersätts vårdresenärerna för läkemedel och förbrukningsartiklar, men inte för resor, kost och logi.

Akutvård behandlas olika i lagrådsremissen, respektive i Ds 2006:4. I remissen framhålls att akutpatienter hittills själva betalat utländska transportkostnader genom hemförsäkring eller genom särskilda reseförsäkringar och att en liknande ordning inte bör ändras. Promemorians författare anser däremot att akutresor inom EU/EES skall ersättas av det allmänna. I Sverige ersätter nämligen hemlandstinget det vårdgivande landstinget för kostnader i samband med transport vid akutvård. När det gäller utgifter för läkemedel och förbrukningsartiklar som akutpatienterna har under vårdtiden ersätts dessa, precis som för övriga vårdtyper, av det allmänna.⁸⁶

6.5. Beslut om förhandstillstånd, efterhandsersättning och remiss

- Stat och landstings betalningsansvar

I lagrådsremissens förslag till ny lag om ersättning för kostnader för vård i ett annat EES-land framgår av 6 § att det är Försäkringskassan som skall fatta beslut om förhandstillstånd och om ersättning enligt nya lagen. Innan beslut fattas skall dock kassan samråda med det landsting där vårdtagaren är bosatt, såvida detta inte är uppenbart obehövligt. I 7 § stadgas att landstingen, och alltså inte den statliga internationella sjukförsäkringen, skall bekosta enskilda patienters utlandsvård.

I det följande redogörs för vilka rutiner som Försäkringskassan i nuläget tillämpar vid beslut om förhandstillstånd och ersättning för vård inom EU, samt landstingens ansvar för utfärdande av remisser. Dagens rutiner jämförs med den i 6 och 7 §§ föreslagna ordningen. Slutligen behandlas ett antal frågor, vilka varit föremål för debatt under tillkomsten av lagförslaget, och som är av betydelse för den enskilde vårdtagaren.

6.5.1. Rutiner vid beslutsfattande.

Från den 1 juli 2006 har Försäkringskassans länsorganisation på Gotland ett nationellt ansvar för hantering av ärenden om EU-vård. Det är personalen där, i samråd med berört landsting, som bestämmer om en ansökan om förhandstillstånd eller efterhandsersättning skall beviljas eller ej. Innan beslut om förhandstillstånd fattas anlitar Försäkringskassan även försäkringsläkare. Frågan parterna skall ta ställning till är huruvida den aktuella vården kan

⁸⁵ LRM, s. 28 ff. / 2006:4, s. 35

⁸⁶ LRM, s. 32 ff. / 2006:4, s. 37

ges inom rimlig tid i Sverige, beaktat personens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika utveckling. Både landstingets och försäkringsläkarens yttranden skall väga tungt, men i slutändan är det kassan som bestämmer utgången i ärendet. Således fungerar Försäkringskassan som beslutsfattare, medan landstinget och försäkringsläkaren står för den medicinska kompetensen, samt uppmärksammar kassan på de etiska värdegrunder som gäller för prioriteringar inom sjukvården

Vid beslut om efterhandsersättning till vård inom EU/EES finns krav på att den aktuella metoden skall vara internationellt vedertagen. Det är Försäkringskassan som gör bedömningen utifrån vad försäkringsläkaren och landstinget har uttalat om behandlingen. För ytterligare vägledning tillämpar kassan skrifter från Socialstyrelsen, samt rådfrågar SBU vid behov.⁸⁷

Vad gäller utfärdandet av landstingsremisser för specialistvård utomlands görs bedömning enbart på landstingsnivå, utan inblandning från Försäkringskassan. Enligt Sveriges kommuner och landsting utfärdas remisser i mycket få fall. Då det väl sker gäller, enligt SKL:s rekommendation AC 35/82, att landstingen tillämpar enhetliga riktlinjer. Innan ett landsting utfärdar en remiss skall det vända sig till SKL för att få en rekommendation. SKL inhämtar då Socialstyrelsens medicinska utlåtande. Med nämnda utlåtande som grund fattar SKL beslut om huruvida man skall rekommendera det enskilda landstinget att tillstyrka eller avslå en utlandsremiss.⁸⁸

6.5.2. Ny lagstiftning och dagens rutiner

En framtida skillnad blir att landstingen kommer att bli skyldiga att yttra sig inför beslut om förhandstillstånd eller efterhandsersättning. Idag räcker det med att landstingen bereds tillfälle till ett yttrande. Skyldigheten försvinner emellertid om yttrandet anses uppenbart obehövt, till exempel när en patient återkommer med en ny ansökan om förhandstillstånd och det är uppenbart att ansökan skall avslås. Vad som menas med ”uppenbart” framgår dock inte av lagrådsremissen.

Den största förändringen kommer av att det enligt lagförslaget blir landstingen som ersätter så gott som all vård i internationella förhållanden. Dock skall Försäkringskassan fortfarande fungera som mellanhand och sköta kontakterna med den utländske vårdgivaren. Det är tänkt att landstingen skall bära kostnadsansvaret både för vård som söks med stöd av EGF och av förordning 1408/71. Emellertid kommer staten, genom den internationella sjukförsäkringen, även i fortsättningen att stå kostnaderna för konventionsvården, det vill säga vårdkostnader med ursprung i de konventioner och överenskommelser som Sverige har med övriga nordiska länder och med vissa stater utanför EU/EES. Staten kommer även att bekosta sådan tandvård som ersätts enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Som nämnts i avsnitt 6.1.1.3. står landstingen redan idag, genom betalningsförbindelse med Försäkringskassan, kostnaderna för majoriteten av de utlandsbehandlingar som söks enligt förordning 1408/71. Således är det utgifterna för efterhandsersättningarna som kommer att bli särskilt betungande för landstingen. Regeringen avser att kompensera landstingen för deras nya åtaganden i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen.⁸⁹

Vad gäller rutinerna kring utfärdandet av landstingsremisser så påverkas inte dessa av en eventuell ny lagstiftning. Precis som tidigare är det landstingen själva som beslutar om, och ersätter kostnaderna för en utlandsbehandling.

⁸⁷ Mail från Victoria Sjöberg, försäkringsjurist, Försäkringskassans Länskontor Gotland, 2007-02-22

⁸⁸ SKL, Vård av personer från andra länder, 4:de omarbetade upplagan, Stockholm, 2006, s. 5, s. 9 f.

⁸⁹ LRM, s. 38 f.

6.5.3. Diskussion

Det lagförslag som idag antagit formen av en lagrådsremiss föregicks av debatt kring diverse sakfrågor, frågor som vid första anblicken kanske inte tycks vara av direkt betydelse för den enskilde vårdtagaren, men som kan påverka dennes benägenhet och möjligheter att söka utlandsvård.

Det är framför allt tre spörsmål som diskuterats som jag anser vara av relevans för den enskilde: Huruvida det borde vara landstinget eller Försäkringskassan som agerar beslutsfattare vid frågor om förhandstillstånd och efterhandsersättning, vilka följderna kan bli av att landstingen tar över betalningsansvaret för huvuddelen av utlandsvården och hur väntetider för ett beslut skall hanteras.

6.5.3.1. Vem agerar beslutsfattare?

Flera av de remissinstanser som kommenterade Ds 2006:4 ansåg att det borde vara landstinget som fattade beslut efter ansökan om förhandstillstånd eller efterhandsersättning. Huvudargumentet var att samma instans som betalar ut ersättning borde besluta i ersättningsfrågan. Man menade även att frågor om prioriteringar och medicinska indikationer skulle integreras mer i beslutsprocessen om landstinget agerade beslutsfattare. Som argument för att Försäkringskassan också i fortsättningen skulle besluta i ärenden om utlandsvård framfördes att kassan har lång erfarenhet av liknande prövningar, att landstingen skulle få problem med den administrativa belastningen och att det inte var lämpligt att påföra små landsting en skyldighet att hålla sig med den kompetens som en position som beslutsfattare kräver.⁹⁰

Man kan säga att lagstiftaren slutligen fann en slags mellanväg. Försäkringskassan bibehåller sin position som beslutsfattare, men landstingen åläggs en skyldighet att uttala sin uppfattning i så gott som varje enskilt fall. Förhoppningsvis innebär den nya skyldigheten att patienten får en bättre och mer rättvis medicinsk bedömning än i dagsläget. Dock skönjs vissa orosmoment.

Till att börja med skriver Försäkringskassan i sitt remissvar till Ds 2006:4 att landstingen varken bör yttra sig om huruvida behandlingen ges inom det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige eller om den är vetenskapligt vedertagen.⁹¹ Märkligt, särskilt som kassan två år tidigare i sin slutrapport poängterade att man inte har närmare kompetens kring huruvida en behandling utförs inom det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige, eller om en viss metod är erkänd av den internationella vetenskapen.⁹² Varför skall enbart Försäkringskassan få avgöra vad som är en internationellt vedertagen metod? Vad gäller ärenden med hög ansökningsfrekvens, till exempel ärenden om nackskadebehandlingar, är kassan säkert välinformerad men i övrigt torde det vara landstingen som besitter den främsta kunskapen kring evidensbaserad medicin.

Enligt de rutiner som råder idag genomför kassan trots allt oftast sin bedömning efter vad landstinget uttalat om behandlingen. Emellertid har landstingen visat olika grad av intresse vad gäller teknologiutvärdering och kännedom om innebörden av evidensbaserad medicin, och det befars att bristande kunskaper hos vissa landsting kan äventyra patientens rätt till behandling.⁹³ Ett sätt att komma till rätta med problemet vore att låta de enskilda landstingen, innan de lämnar yttrande till Försäkringskassan, vända sig till SKL för en rekommendation. SKL skulle då, i samråd med Socialstyrelsen, kunna ta ställning till vad som utgör en internationellt vedertagen metod i ärendet. Förfarandet skulle innebära att alla landsting

⁹⁰ LRM, s. 34 f.

⁹¹ LRM, s. 34

⁹² Slutrapport, s. 32

⁹³ SBU, remissvar till promemorian ”Rätten till ersättning för vård i annat EES-land – En översyn”, Dnr 2006-29/2

arbetade efter samma riktlinjer, utformade på central nivå. Landstingens samlade kompetens skulle tas till vara och en likabehandling av patienter från olika landsting säkerställas.

En ordning med central vägledning för landstingen skulle göra beslutsprocessen mer rättvis, men det finns fler brister att komma till rätta med. I sitt remissvar till Ds 2006:4 skriver SBU att det behövs någon form av ytterligare specialistkompetens som stöd åt Försäkringskassans handläggare. Exakt vilken typ av kompetens SBU har i tankarna framgår inte av remissvaret, men enligt min åsikt borde en neutral tredje part ingå i handläggningen. Att samma part som gör den medicinska bedömningen också skall stå kostnaderna för efterföljande behandling kan skapa problem. Risken finns att landstingen, när de övertar betalningsansvaret för utlandsvården, blir mer återhållsamma med att bevilja förhandstillstånd och efterhandsersättning, och att kvaliteten på den medicinska bedömningen därmed blir lidande. Vidare upplever många patienter att försäkringsläkarna går i Försäkringskassans ledband. Att låta en neutral part, helt fristående både från landsting och kassa, medverka i beslutsprocessen skulle öka den enskildes tilltro till den samma.

Ett ytterligare orosmoment kring den enskildes rätt till en god medicinsk bedömning är den möjlighet Försäkringskassan besitter att frångå en rekommendation från landstinget om denna anses som uppenbart obehövlig. Formuleringen framstår som något oklar. När är det till exempel ”uppenbart att en ansökan skall avslås?” Enligt lagrådsremissen tycks så alltid vara fallet när en patient återkommer med en andra, likadan ansökan om förhandstillstånd.⁹⁴ Märkligt, eftersom Försäkringskassan borde betrakta en andra ansökan som en begäran om omprövning i ärendet. För att en omprövning skall bli meningsfull och likvärdig med den ursprungliga prövningen bör medicinsk expertis tillfrågas även under omprövningen. Precis som fallet är med handläggare⁹⁵ så bör personerna som gör den medicinska bedömningen bytas ut. Idag tycks detta inte vara normal arbetsgång hos Försäkringskassan. Man säger istället att det är upp till patienten själv att kontakta försäkringsläkare när nya uppgifter framkommit i ärendet. Om inga nya handlingar inkommit vid en andra ansökan görs överhuvudtaget ingen ny medicinsk bedömning.⁹⁶

6.5.3.2. Landstingets betalningsansvar

Regeringens främsta argument till varför landstingen bör överta kostnadsansvaret för majoriteten av utlandsvården är att landstingen i dagsläget sparar pengar när patienter i behov av dyra behandlingar vänder sig utanför Sveriges gränser för vård. Genom att påföra landstingen det nya betalningsansvaret hoppas regeringen på att landstingens ekonomiska incitament för att minska svenska vårdköer och effektivisera utbudet av vårdtjänster skall öka.

Om regeringens tes stämmer återstår att se. Eftersom landstingen erhåller ökade statliga anslag för sitt nya åtagande skulle de dock vinna på att ge fler patienter behandling inom en normal tid. De statliga pengarna, avsedda för utlandsvården, skulle kunna sparas till annan verksamhet, vilket torde minska vårdköerna något.

Vidare bör utlandsvården i sig bidra till att de nationella köerna minskar. Varje gång en patient söker sig utomlands för behandling lämnas en svensk vårdplats öppen, förutsatt att vårdplatsen i fråga inte säljs till en utländsk köpare.⁹⁷ Dock är troligt att den ökade tillgängligheten till vårdplatser kommer att se olika ut i landet och bli mest märkbar i gränsregioner där vårdutbyten är vanligt förekommande.

⁹⁴ LRM, s. 35

⁹⁵ *Försäkringskassan*, vägledning 2001:7 – Omprövning, ändring och överklagande av Försäkringskassans beslut, s. 13

⁹⁶ Telefonintervju med Gunilla Sandberg, Försäkringskassans huvudkontor, ca kl. 14, 2007-04-16

⁹⁷ Landstingen säljer vårdtjänster utomlands. Många landsting har speciella bolag för detta ändamål. Vården säljs då i privat form.

För den enskilde patienten borde det inte vara av större betydelse om det är Försäkringskassan eller landstinget som ersätter hans vårdkostnader, så länge ersättning utgår. Självklart vinner patienten på om vårdköerna, som regeringen vill göra gällande, minskar med den nya ordningen. Emellertid uppstår ofta svårigheter då ett nytt system skall tas i bruk, och det blir den enskilde som påverkas. Som jag nämnt tidigare är meningen att landstinget i framtiden både skall fungera som medicinsk rådgivare och betala ut ersättning. Även om Försäkringskassan i teorin agerar beslutsfattare kommer landstingens inflytande i beslutsprocessen vara stort. Det är aldrig bra när samma institution bedömer och betalar. Landstingen tenderar bli partiska i sina medicinska bedömningar. Vidare finns risk att Försäkringskassan och landstingen, särskilt i initialskedet, kommer att möta samarbets- och tillämpningsproblem. Om kassan och ett landsting inte kan komma överens om en vårdkostnad måste tvisten i sista hand bli föremål för process i allmän domstol. En process kan innebära bekymmer för den enskilde, exempelvis i form av ökad väntetid, och framför allt om han ligger ute med pengar och står i skuldförhållande till en utländsk vårdgivare.⁹⁸

6.5.3.3. Väntetid

I Ds 2006:4 diskuterades huruvida man borde införa ett krav på en skyndsam handläggning av ärenden om förhandstillstånd och efterhandsersättning, och ett skyndsamhetskrav tillkom i lagförslagets 6 §. I lagrådsremissen har man dock valt att bortse från ett dylikt krav på skyndsamhet. Regeringen motiverar detta med att något motsvarande krav inte finns i Försäkringskassans hantering av ansökningar om förhandstillstånd enligt förordning 1408/71. Vidare menar man att inte heller EG-domstolen kräver en skyndsam handläggning, enbart att ansökan skall behandlas inom en rimlig tid, objektivt och opartiskt.⁹⁹

En utdragen väntetid kan framkalla oro hos den enskilde patienten. Vid långvarig och kronisk smärta kan den försämra dennes livskvalitet. Det kan innebära svårigheter att ligga ute med pengar i flera månader.

Idag varierar väntetiderna från fall till fall beroende på hur komplicerat Försäkringskassan uppfattar ärendet. Till skillnad från vissa andra europeiska länder har Sverige ingen yttre gräns för hur lång tid handläggningen får ta. Enligt kassan är ansökningar om förhandstillstånd för förlossningsvård, samt landstingsinitierad vård med upprättad betalningsförbindelse, exempel på enklare ärenden som handläggs skyndsamt. När kassan måste inhämta yttrande från Socialstyrelsen, SBU eller dokumentation från utländska vårdgivare förlängs handläggningstiderna. Väntetiden för ett förhandstillstånd kan då uppgå till 6 månader, eventuellt mer.¹⁰⁰

Det är främst i fallet med förhandstillstånd som väntetiden kan medföra fysiskt lidande för den enskilde. Vid ansökan om efterhandsersättning är behandlingen redan genomförd och förhoppningsvis med ett lyckat resultat. Regeringen menar att förvaltningslagen ställer allmänna krav på ärendens handläggningstid.¹⁰¹ Frågan är om man kan jämföra beslut inom sjukvården med övriga myndighetsbeslut, med tanke på vilka fysiska konsekvenser de kan få för den enskilde. Jag anser inte att det vore fel att införa ett särskilt skyndsamhetskrav i nya lagen, åtminstone inte när det gäller vård efter förhandstillstånd.

I 6.2.2. diskuterades kring vad som enligt lagrådsremissen är normal väntetid för en viss behandling. Väntetider som övergick den nationella vårdgarantin på 90 dagar betecknades som onormala. Därmed verkar det som om regeringen tänkt sig att väntan på ett förhandstillstånd aldrig skall överstiga tre månader, vilket får ses som en klar förbättring för den enskilde vårdtagaren. Dessutom öppnar man för att den ursprungliga väntetiden skall

⁹⁸ LRM, s. 38

⁹⁹ LRM, s. 36

¹⁰⁰ Telefonintervju med Sandra Lindfeldt, Försäkringskassans huvudkontor, ca kl. 10.30, 2007-04-19

¹⁰¹ LRM, s. 36

kunna omprövas vid en eventuell försämring av patientens hälsotillstånd. Viljan att skapa kortare väntetider tycks således finnas hos regeringen, men för att Försäkringskassan med säkerhet skall tillämpa de nya reglerna, och inte bara använda dem som allmänna riktlinjer, bör ett särskilt skyndsamhetskrav införlivas i lagen om ersättning för kostnader för vård i annat EES-land.

Vad gäller ansökningar om efterhandsersättning har möjligheten att lämna in en fordran på vårdkostnader från en utländsk vårdgivare, och inte enbart kvittot, bidragit till att minska tiden för ansökans behandling. Ett ytterligare sätt att minska väntetiden vore att utforma ansökningsblanketterna på ett sådant sätt att de minimerar risken för missförstånd hos sökanden, det vill säga med okomplicerat språkbruk, samt att materialet finns att tillgå på Internet, genom kundtjänst och på lokala Försäkringskasskontor.

Minskade väntetider skulle innebära att fler svenskar får möjlighet att välja alternativet utlandsvård, eftersom de ekonomiska konsekvenserna för den enskilde mildras då skuldförhållandet till den utländske vårdgivaren begränsas i tid.

6.6. Prövning av beslut om vårdförmåner

Enskild kan åberopa bestämmelserna i förordning 1408/71 enligt principen om direkt effekt. Patienter har således en möjlighet till överprövning av rätt till vårdförmåner inom EU.¹⁰²

Försäkringskassans beslut om utfärdande av förhandstillstånd och EU-kort omfattas av AFL:s regler om omprövning, ändring och överprövning. Detta framgår av 20 kap. 13 a § stycke 2 AFL. Samma regler gäller för beslut om efterhandsersättning på grundval av EGF, beslut om ersättning enligt artikel 34 i tillämpningsförordning 574/72, gränssjukvårdsförordningen, samt för de intyg som ger rätt till vårdförmåner i länder med vilka Sverige ingått konventioner och överenskommelser om sjukvårdsförmåner.¹⁰³

6.6.1. Omprövning

20 kap. 10 § AFL behandlar omprövning av beslut. Omprövningen innebär en ny fullständig prövning av sakfrågan, också när den försäkrade inte har åberopat nya omständigheter. Innan ett beslut har omprövats får det inte överklagas av den försäkrade.

Enskild har rätt till omprövning om han begär det, om beslutet angår honom, samt om beslutet inte tidigare blivit omprövat, ändrat eller prövat för ändring enligt bestämmelserna i 20 kap. 10 a § AFL. Omprövning får begäras av ombud, förmyndare eller förvaltare om den enskilde är underårig eller förhindrad att agera själv, exempelvis på grund av sjukdom. Omprövning får aldrig ske till den enskildes nackdel.

Begäran om omprövning skall vara skriftlig och ha kommit in till Försäkringskassan inom två månader från den dag då den försäkrade fick en skriftlig underrättelse om beslutet. Varje skrivelse som kommer in till kassan innan tidsfristen för omprövning löpt ut, och som visar att den enskilde är missnöjd med ett Försäkringskassobeslut, skall betecknas som en begäran om omprövning. Detta även då den försäkrade formulerat skrivelsen som ett överklagande. Kassan bör genomföra omprövningen inom sex veckor från det att begäran kom in, komplett med beslutsmotivering och en anvisning om hur beslutet överklagas.¹⁰⁴

6.6.2. Ändring

I 20 kap. 10 a § AFL regleras ändring av beslut. Försäkringskassan skall ändra ett beslut som på grund av skrivfel eller liknande innehåller en uppenbar oriktighet, fattats på felaktigt eller ofullständigt underlag, blivit oriktigt till följd av uppenbart felaktig rättstillämpning vid tiden för beslutsfattandet eller av annan orsak. Skyldigheten att ändra gäller oavsett om den

¹⁰² Westerhäll, s. 220

¹⁰³ 2001:10, s. 52

¹⁰⁴ 2001:7, s. 9 ff.

försäkrade, någon annan, eller kassan själv uppmärksammat oriktigheten. Om Försäkringskassan själv upptäcker en felaktighet måste man ändra beslutet om felet inte anses som ringa. Felet är ringa till exempel när det avser ett obetydligt belopp. Är det däremot den försäkrade som begär ändring bör även mindre fel ändras ifall ändringen kan antas ha betydelse för denne.

Försäkringskassan kan ändra ett beslut såväl till den försäkrades fördel som till hans nackdel. Beslutet får bara ändras till den enskildes nackdel om det finns synnerliga skäl. Det faktum att den försäkrade själv lämnat felaktiga eller ofullständiga uppgifter till grund för ett beslut innebär inte någon begränsning av kassans skyldighet att ändra ett beslut till fördel för honom.

När den enskilde begär ändring får han ta hjälp av ombud, alternativt av förmyndare eller förvaltare om behov finns. Ändring kan genomföras på ursprungliga beslut, på omprövade beslut och på beslut som ändrats tidigare. Om beslutet redan prövats i domstol, eller om domstolsprövning pågår, kan ändring dock inte ske. Har rätten inte prövat sakfrågan, utan avvisat eller avskrivit målet, finns emellertid inte något hinder mot ändring.

Försäkringskassan får ändra ett beslut fram till och med två år från beslutsdagen. Efter utgången av tvåårsperioden får kassan genomföra ändring bara om beslutet fattats på ett uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag, alternativt om det finns synnerliga skäl, och detta framkommit först efter periodens utgång. Om den enskilde inte är nöjd med den eller de ändringar som genomförts kan han överklaga kassans beslut enligt 20 kap. 13 § AFL.¹⁰⁵

6.6.3. Överprövning

Den enskilde eller Försäkringskassans allmänna ombud kan överklaga Försäkringskassans beslut.¹⁰⁶ Enligt 20 kap. 11 § AFL får den enskilde efter omprövning skett överklaga kassans beslut hos allmän förvaltningsrätt när beslutet angår honom och har gått honom emot. Om nödvändigt får han vid överklagan ta hjälp av ombud eller ställföreträdare. Behörig domstol är den länsrätt inom vars domkrets den försäkrade var bosatt 1 november året före det år då beslutet fattades.

Det allmänna ombudets rätt att överklaga styrs av 20 kap. 12 § AFL. Ombudet får föra talan även till förmån för enskild part. Överklagan skall vara inkommen till Försäkringskassan inom två månader från den dag då den enskilde fick del av beslutet. Om det allmänna ombudet överklagar är tiden två månader från den dag då beslutet meddelades, 20 kap. 13 § AFL.

Länsrätts och kammarrätts domar kan överklagas både av den försäkrade själv och av Försäkringskassan. Inget hindrar att kassan överklagar en dom som inte gått den emot, det vill säga till förmån för den försäkrade.¹⁰⁷

6.6.4. Rättegångskostnader

En privatperson kan få hjälp med rättegångskostnader i civilmål genom rättshjälp eller rättsskydd. Rättshjälp är en social skyddslagstiftning som skall hjälpa den som inte kan få rättsligt bistånd på annat sätt. Rättsskydd är ett försäkringskydd som ofta ingår i hemförsäkringen. Syftet med både rättshjälp och rättsskydd är att ge ekonomiskt stöd för ett juridiskt ombud.

När en tvist rör överprövning av myndighetsbeslut gäller emellertid inte rättsskyddet. Samtidigt är det många ansökningar om rättshjälp som får avslag i dessa fall. De många avslagen beror enligt Rättshjälpsmyndigheten på de noggranna prövningar som både Försäkringskassan, och senare förvaltningsdomstolen, gör i varje ärende. Hos kassan finns

¹⁰⁵ 2001:7, s. 15 ff.

¹⁰⁶ Det allmänna ombudet tillsätts av regeringen och kan föra det allmännas talan vid överklagan av Försäkringskassans beslut. Se Lag (2004:778) om allmänt ombud hos Försäkringskassan.

¹⁰⁷ 2001:7, s. 35 ff.

dessutom möjlighet till omprövning eller ändring av beslut. Sannolikheten för en felbedömning från myndighetshåll bedöms som liten. Dock finns inget reellt hinder mot att bevilja rättshjälp vid överprövning av myndighetsbeslut.

För att erhålla rättshjälp krävs att sökanden haft en timmes juridisk rådgivning på advokatbyrå eller annan juridisk byrå. Vidare får sökandens ekonomiska underlag inte överstiga 260 000 kr per år, det skall finnas ett behov av juridisk hjälp och det skall vara rimligt att staten bidrar till kostnaderna i ärendet.

Behov av juridisk hjälp finns när ett ärende är så pass avancerat att det inte är möjligt för den enskilde att på egen hand komma till rätta med sakförhållandena. Exempel på ärenden där det är orimligt för staten att stå kostnaderna är tvister om hobbyverksamhet, lyxkonsumtion, aktie- eller konstspekulationer, skatteplanering, samt processer som på förhand riskerar att bli mindre framgångsrika, till exempel förtalsmål. Slutligen ges inte rättshjälp om ärendet rör ett värde som undergår ett halvt basbelopp.

Även om han beviljas rättshjälp får den enskilde stå för rådgivningskostnaderna plus en rättshjälpsavgift, vars storlek beror på hans ekonomiska förhållanden. Avgiften tas ut löpande under det att ombudet arbetar med ärendet. Om den enskilde förlorar i rätten måste han inte bara betala sina egna rättshjälpskostnader, utan också motpartens kostnader.

Rättshjälpsmyndigheten för ingen statistik över i hur många mål om efterhandsersättning som rättshjälp kommit i fråga. Ylva Boström, chefsjurist på myndigheten är tveksam till om rättshjälp alls utgivits i dessa fall. Hon hänvisar här till Försäkringskassans och förvaltningsdomstolarnas omfattande utredningsskyldigheter enligt FL och FprL.¹⁰⁸

6.7. Nationell vårdgaranti

Den 1 januari 2005 infördes en nationell vårdgaranti i Sverige i syfte att ta bort köerna till planerad vård. Garantin innebär att alla patienter skall erbjudas vård för en beslutad behandling inom högst 90 dagar. Om inte hemlandstinget kan ordna med vården skall behandling erbjudas i annat landsting inom garantitiden, såvida inte läkare och patient är överens om en annan ordning. Om behandlingen sker i ett annat landsting skall det ske utan extra kostnad för patienten. Enligt Socialdepartementet har vårdgarantin bidragit till minskade vårdköer, samt stimulerat till nya arbetsformer som översyn av väntelistor, och att rutiner för tidsbokning och remisser moderniserats.¹⁰⁹

6.7.1. Diskussion – vårdgaranti och gränsöverskridande vård

Vårdgarantin hänger nära samman med frågan om vad som är normal väntetid för en behandling i Sverige. Enligt lagrådsremissen är regeringens utgångspunkt att det nationella hälso- och sjukvårdssystemet i första hand bör utnyttjas genom tillämpning av vårdgarantin. Utlandsvård utgör ett andrahandsalternativ. Man hoppas att vårdgarantin, i kombination med ett framtida krav på förhandsprövning för planerad sjukvård utomlands, skall dämpa allmänhetens intresse av gränsöverskridande vård.

Vårdgarantin innebär att patienten skall få hjälp av hemlandstinget att söka vård på annat håll. Borde man inte kunna utöka stödet från landstinget till att gälla även bortom vårdgarantins ramar? Om varken hemlandstinget eller något annat landsting kan erbjuda nationell vård inom garantitiden borde den enskilde kunna få hjälp med ett automatiskt förhandstillstånd till vård utomlands. Försäkringskassan har föreslagit en dylik ordning.¹¹⁰ Än så länge tycks det dock röra sig om ett tankeexperiment. Jag tycker att initiativet är intressant,

¹⁰⁸ Telefonintervju med Ylva Boström, chefsjurist, Rättshjälpsmyndigheten, ca kl. 15.30, 2007-03-14 / Rättshjälpsmyndigheten, http://www.domstol.se/templates/DV_InfoPage___741.aspx/, 2007-03-09

¹⁰⁹ *Socialdepartementet*, artikel i Norra Västerbotten mfl., 2006-03-17 / *SKL*, pressmeddelande: Sjukvården blir ännu bättre med vårdgarantin

¹¹⁰ Slutrapport, s. 31

måhända svårt att genomföra praktiskt. Landstingen har emellertid en lagstadgad plikt att erbjuda hälso- och sjukvård till medborgarna. Kan de inte uppfylla den nationella vårdgarantin måste vård ordnas på annat håll. Problemet är att ett automatiskt förhandstillstånd bara kommer vissa grupper till hands. Ålderspensionärer, handikappade m.fl. har ofta inte möjlighet att förflytta sig utomlands för vård. Å andra sidan innebär utfärdande av automatiska förhandstillstånd för vissa grupper att vårdplatser frigörs nationellt och kan komma de äldre eller handikappade till hands. Klart är att om ett liknande system införs bör en förutsättning vara att landstinget, och inte den enskilde, sköter förberedelserna inför vårdresan, samt att diverse kringkostnader ersätts enligt sedvanliga regler om vård efter förhandstillstånd.

7. EU reglerar den gränsöverskridande vården

7.1. Tillbakablick

EU:s olika medlemsländer visar upp en skiftande flora av modeller för tillhandahållande och finansiering av vårdförmåner. De europeiska sjukvårdssystemen varierar mellan så kallade återbetalningssystem (refund systems) och naturaförmånssystem (benefits-in-kind systems). Det svenska systemet är exempel på det senare. I återbetalningssystemet kan patienten fritt välja läkare eller sjukhus, privat eller allmänt. Patienten betalar själv vårdkostnaden och blir ersatt i efterhand för hela eller en del av summan. I naturaförmånssystemet hänvisas patienten till särskilda läkarpraktiker och sjukhus, knutna till det nationella sjukvårdssystemet. Där erhåller patienten ”fri” vård.¹¹¹

Medlemsstaterna har under många år arbetat nationellt för att utveckla sina vårdorganisationer. Till följd av de erfarenheter som utvecklingsarbetet givit, på grund av att sjukvården i första hand finansieras med skattemedel och att vårdbehov och etiska värderingar varierat mellan medlemsstaterna har hälso- och sjukvården historiskt sett varit de enskilda medlemsstaternas ansvarsområde. Gemenskapen har intagit en begränsad roll, där man hellre uppmuntrat till frivilligt europeiskt samarbete än tvingat fram regler för harmonisering. Maastrichtavtalet, Amsterdamfördraget och förslaget till ny konstitution berör visserligen begreppet ”hälsa”, men det är bara inom sekundärrätten, i förordning (EEG) nr 1408/71, som bindande regler för hälso- och sjukvård återfinns. Förordningen tillkom ursprungligen för att underlätta för arbetstagare, vilka flyttar inom gemenskapen, att erhålla sociala förmåner. Förordningens syfte är dock inte harmonisering, utan samordning av sociallagstiftningarna inom EU. Medlemsländernas handlingsfrihet på vårdområdet är därför fortsatt stor. Detta manifesteras till exempel genom kravet i artikel 22 på utfärdande av nationellt förhandstillstånd innan planerad vård kan sökas i annan medlemsstat.

Utvecklingen av den inre marknaden, med den fria rörligheten för varor och tjänster som en viktig del, har emellertid lett till ett ökat EU- inflytande på vårdområdet. Som framgick av avsnitt 6.3. är det EG-domstolen som gått i spetsen för denna utveckling.¹¹²

7.2. Förordning 1408/71 byts ut

Förordning (EEG) nr 1408/71 och dess tillämpningsförordning 574/72 reglerar sedan 1971 samordningsarbetet kring hälso- och sjukvård på gemenskapsnivå. År 2004 antog emellertid Europaparlamentet och Ministerrådet en ny förordning, (EG) nr 883/2004, för att konsolidera det gällande regelverket, samt förtydliga avsnitt med tillämpningsproblem. Den nya förordningen kan dock inte träda i kraft innan medlemsstaterna också enats om en ny tillhörande tillämpningsförordning. Enligt Försäkringskassan tidigast i januari 2009. Ett

¹¹¹ de Búrca, s. 116 f.

¹¹² de Búrca, s. 119 ff.

förslag till ny tillämpningsförordning presenterades av Europeiska kommissionen i januari 2006, och har legat ute på remiss.¹¹³

I det följande kommer jag att jämföra regleringen av planerad vård och akuttvård i förordning 1408/71 och i förordning 883/2004. Frågan är om förändringar gjorts som påverkar den enskilde patientens möjligheter att erhålla akuttvård eller förhandstillstånd till planerad vård.

7.2.1. Förhandstillstånd för planerad vård

Artikel 22.1/c, artikel 22.2 stycke 2 och artikel 22a i förordning 1408/71 har slagits samman till artikel 20 i nya förordning 883/2004. Sammanslagningen gör artikeln mer lättläst. Till exempel framgår numera direkt ur artikeln att den omfattar var och en som är försäkrad i en medlemsstat, inte bara anställda och egenföretagare. Vidare reglerar artikel 20 enbart planerad vård, medan gamla artikel 22 omfattade både planerad vård och akuttvård.

Den största förändringen som skett är att man bytt ut formuleringen ”vård inom normal tid” till ”vård inom en tid som är medicinskt försvarbar.” Frågan är om den nya formuleringen kan få betydelse vad gäller svenska försäkrades möjligheter att erhålla förhandstillstånd. Medicinskt försvarbar tycks vara ett bredare begrepp än normal tid, eftersom vård som kan erbjudas inom en onormalt lång tid fortfarande kan anses vara medicinskt försvarbar. Formuleringen signalerar vidare att man har byggt in en etisk avvägning i paragraf 20. Kanske vill man att beslutsfattarna, när de beviljar eller avslår ansökningar om förhandstillstånd, skall bry sig mindre om längden på den lokala sjukvårdskön och i större utsträckning göra individuella bedömningar, baserade exempelvis på hur svåra smärtor patienten har eller hur funktionsbegränsande tillståndet är i det enskilda fallet.

7.2.2. Akuttvård

Bestämmelserna om akuttvård i artikel 22.1/a, artikel 22.1.i och artikel 22/a i förordning 1408/71 har införlivats i nya artikel 19. Innehållet har inte förändrats i sak, även om vissa mindre justeringar gjorts för att göra artikeln mer lättläst. Till exempel omfattade gamla artikel 22 både akut- och planerad vård, medan artikel 19 i förordning 883/2004 enbart gäller akuttvård. Vidare har förtydligandet i artikel 22/a om att bestämmelsen inte bara skall tillämpas på egenföretagare och anställda, utan på var och en som är försäkrad i en medlemsstat, förts in direkt i artikel 19.

7.3. Tillämpningsförordning 574/72 byts ut

Tillämpningsförordningens viktigaste funktion är att den gör det möjligt att reglera återbetalning av vårdkostnader mellan EU/EES-länderna. Alla de rutiner som Försäkringskassan utarbetar bör ha sin grund i vad förordning 1408/71 och tillämpningsförordning 574/72 föreskriver.

Nedan kommer jag att jämföra nuvarande tillämpningsförordning 574/72 med förslaget till ny sådan, huruvida det genomförts några förändringar, och i så fall vilken betydelse dessa torde få för den enskilde vårdtagaren.

7.3.1. Planerad vård

Tillämpningsförordning 574/72 behandlar förhandstillståndet. I artikel 22.3 stadgas att patienten, för att få vårdförmåner, till institutionen i vårdlandet måste lämna ett intyg från Försäkringskassan som styrker hans rätt därtill.

I förslaget till ny tillämpningsförordning regleras även frågor om vad som skall ersättas och vilken storleken på ersättningen skall vara. Förslaget innehåller två nyheter av betydelse för

¹¹³ http://www.forsakringskassan.se/omfk/analys/vardersattningar/sjukvard_internat/, 2007-02-13

den enskilde vårdtagaren. Enligt artikel 26/B.5 skall Försäkringskassan, om förhandstillstånd beviljats, ersätta behandlingen enligt den högsta taxan. Om jag tolkat artikeln rätt så innebär den att en vårdresenär måste ersättas enligt de tariffer som gäller för motsvarande behandling i hemlandet. Skulle de faktiska kostnaderna i vårdlandet undergå denna summa har patienten rätt till mellanskillnaden.¹¹⁴ Artikeln är i linje med EG-domstolens avgörande i Vanbraekel. I artikel 26/C.6 stadgas att Försäkringskassan skall ersätta patientens och medföljande persons utgifter för resor och uppehälle om utgifterna har direkt samband med behandlingen. Idag ersätts utgifter för resor, kost och logi enbart för vårdtagaren, och inte för medföljande anhörig.

7.3.2. Akutvård

Enligt Försäkringskassan är tillämpningsförordningens viktigaste funktion att reglera återbetalning av vårdkostnader mellan medlemsstaterna. Artikel 34 styr efterhandsersättning för kostnader i samband med akutvård inom gemenskapen. Någon motsvarande artikel finns inte för planerad vård. Efterhandsersättning för planerad vård baseras i stället på bestämmelser i EGF.

Enligt artikel 21.1 i tillämpningsförordning 574/72 är huvudregeln att en akutpatient måste lämna ett intyg från Försäkringskassan till den behöriga institutionen på vistelseorten om att han har rätt till vårdförmåner. Gör patienten det behandlas han som om han vore försäkrad i vårdlandet och betalar enbart eventuella patientavgifter. Intyget utgörs av patientens personliga EU-kort. Om en patient inte kan visa upp EU-kortet riskerar han att få betala hela vårdkostnaden själv. Emellertid finns, enligt artikel 34, möjlighet att söka efterhandsersättning från Försäkringskassan.

I förslaget till ny tillämpningsförordning behandlas återbetalning för akutvård i artikel 25. Precis som tidigare är huvudregeln, formulerad i 25/A.1-2, att patienten skall visa upp en handling, det så kallade EU-kortet, som styrker hans rätt till vårdförmåner. Om inte EU-kortet visas upp, och patienten själv måste betala hela vårdavgiften, finns i nya tillämpningsförordningen två vägar till efterhandsersättning. För det första kan vederbörande, enligt artikel 25/B.5, lämna in en ansökan om efterhandsersättning till behörig institution i vårdlandet. I så fall skall institutionen lämna ersättning direkt till den försäkrade enligt den taxa för ersättning som tillämpas i vårdlandet, det vill säga med avdrag för inhemska patientavgifter. För det andra kan patienten, enligt 25/B.6, söka efterhandsersättning hos Försäkringskassan. Patienten kan i så fall välja om han vill bli ersatt med avdrag för svenska patientavgifter för motsvarande behandling, eller enligt den taxa som tillämpas i vårdlandet, artikel 25/B.6-7. Om svenska patientavgifter tillämpas krävs den försäkrades samtycke. Om det, som till exempel i Spanien, inte föreskrivs några taxor för ersättning i vårdlandet utges ersättning med avdrag för svenska patientavgifter utan patientens samtycke.

Skulle den enskilde haft särskilt stora utgifter för vården kan Försäkringskassan, enligt artikel 25/B.8, betala ut ett förskott på efterhandsersättningen så snart ansökan lämnats in.

Förslaget i nya tillämpningsförordningen om att efterhandsersättning kan lämnas ut av behörig institution i vårdlandet är helt nytt. För den enskilde skulle väntetiden för efterhandsersättning minska avsevärt. Dock torde inte alternativet komma alla patientgrupper till dels, eftersom språksvårigheter kan omöjliggöra vissa patienters kontakt med institutionen i vårdlandet. Regeln om förskott innebär förhoppningsvis lättnader för personer med små ekonomiska medel som insjuknat eller skadats under en utlandsvistelse.

¹¹⁴ Detta kan jämföras med efterhandsersättning på grundval av EG-fördraget, där patienten aldrig kan bli ersatt för mer än de faktiska kostnaderna. Allt för att förhindra så kallad medicinsk turism inom gemenskapen.

7.4. Överlappning av regelverk

Ibland överlappar flera regelverk för återbetalning av vårdkostnader varandra. Den som är berättigad till efterhandsersättning enligt gränssjukvårdsförordningen för vård i ett nordiskt land är i de flesta fall samtidigt berättigad till ersättning på grundval av EGF. Vidare kan en patient som betalat hela vårdkostnaden i samband med akutvård inom EU/EES eller Schweiz få efterhandsersättning från Försäkringskassan, antingen enligt artikel 34 i tillämpningsförordning 574/72, eller enligt EGF. Dock är bara möjligt att bli ersatt enligt ett regelverk per vårdtillfälle, och det är vårdtagaren som väljer vilket. Försäkringskassan skall informera den enskilde om vilka skillnader en prövning enligt de olika regelverken innebär.

Tiden för handläggning och storleken på den patientavgift som den enskilde måste betala kan variera beroende på vilket regelverk som väljs. Vad gäller akutvård skriver Försäkringskassan i sin vägledning att ersättning enligt EGF kommer den försäkrade fortare till hands. Det beror på att vårdtagaren då alltid betalar den patientavgift som gäller i hans hemlandsting. Om man istället väljer att få ersättning enligt artikel 34 kan vårdlandets patientavgift tillämpas, vilket innebär mer administrativt arbete och ökad handläggningstid.¹¹⁵

Fördelen med överlappande regelverk är, i fallet med artikel 34, att en patient som har möjlighet att vänta på efterhandsersättning kan dra nytta av om patientavgifterna i vårdlandet är lägre än i hans hemlandsting. Vad gäller gränssjukvårdsförordningen, så kan den enskilde vinna på att välja att få ersättning enligt förordningen istället för enligt EGF. Den förra ersätter ju även resekostnader, en kostnad som vanligtvis hamnar på hemförsäkringen eller på en privat reseförsäkring.

Således kan val av tillämpligt regelverk innebära vissa mindre ekonomiska fördelar. Trots det tror jag att både patienter och handläggare skulle föredra om ett gemensamt regelverk för återbetalning av vårdkostnader för hela EU/EES-området skapades. Det skulle underlätta Försäkringskassans administration i ärenden om efterhandsersättning och göra det enklare för vårdtagaren att sätta sig in i vilka regler för återbetalning som gäller.

7.5. Nytt direktiv för hälso- och sjukvårdstjänster

7.5.1. Utlandsvårdens inverkan på nationell hälso- och sjukvård

Att en ökad utlandsvård kan innebära problem för den svenska hälso- och sjukvården diskuterades redan i Ds 2006:4. Även i lagrådsremissen behandlas frågan. Ett orosmoment är de fasta kostnader för lokaler och utrustning som landstingen varje år betalar för de nationella sjukvårdsinrättningarna. Dessa kostnader minskar inte, även om färre patienter i framtiden skulle komma att utnyttja den svenska vårdapparaten. I många fall befäras utlandsvården också bli dyrare än sin svenska motsvarighet. Vidare kan en ökad efterfrågan på utlandsvård innebära att patienttillströmningen till vissa svenska sjukhus ökar, medan den minskar till andra. Slutligen finns risk att möjligheten till utlandsvård går stick i stäv med principen om vård på lika villkor. Språkkunskaper och god ekonomi hos vissa patientgrupper kan göra att dessa lättare får tillgång till alternativet utlandsvård. Införandet av ett förhandstillstånd för planerad sjukhusvård är tänkt att jämna ut orättvisorna.

Vad gäller tandvården skulle en billigare utlandstandvård kunna pressa de svenska tandvårdspriserna. Till exempel i Stockholmsregionen finns ett visst överskott av tandläkare. En ökad konkurrens på europeisk nivå kanske tvingar svenska tandläkare att sänka sina avgifter.¹¹⁶

7.5.2. Gemensamma åtgärder

Sverige är inte ensamt om att uppmärksamma hur en ökad gränsöverskridande vård kan komma att påverka nationella hälso- och sjukvårdssystem. Problemet tas upp som en del av

¹¹⁵ 2001:10, s. 60 ff.

¹¹⁶ LRM, s. 18, s. 38

den samrådsprocess kring hälso- och sjukvårdstjänster som den Europeiska kommissionen inledde under hösten 2006. Kommissionen sände då ett meddelande till samtliga medlemsstater för att inhämta yttranden över hur gemenskapen i framtiden bör agera kring hälso- och sjukvårdstjänster. Tanken är att någon form av bindande reglering skall etableras, och kommissionen vill fastställa vad som skall regleras och hur regleringen skall se ut.

I januari publicerade Socialdepartementet den svenska regeringens svar på kommissionens meddelande. I det följande skall jag redogöra för Sveriges inställning till innehållet i en eventuell gemenskapsrättslig reglering på vårdområdet, men även kort beskriva ställningstaganden som Danmark, Estland, Finland, Polen, Spanien och Tyskland gjort. De är de vanligaste destinationsländerna för svenska vårdresenärer. Även Frankrike tillhör denna grupp medlemsstater, men den franska regeringen har tyvärr inte lämnat något officiellt svarsmeddelande till kommissionen ännu, och därför måste jag bortse från det franska perspektivet.

7.5.2.1. Vad skall regleras?

Grundtanken hos majoriteten av medlemsstaterna tycks vara att frågor om finansiering och organisation, till exempel prioriteringar, kostnader för vården och vilka tariffer som tillämpas skall hanteras nationellt. På det hela taget är man överens om att subsidiaritetsprincipen bör råda fullt ut på hälso- och sjukvårdsområdet.

För att möjliggöra för en långsiktig planering, och för att undvika finansiella problem i den nationella sjukvården, vill Sverige att de enskilda medlemsstaterna skall kunna införa förhandstillstånd för utlandsvård. Idag tillåter EG-rätten förhandstillstånd bara för planerad vård på sjukhus, men allt mer avancerad- och högspecialiserad vård sker utanför sjukhusen, inom öppenvården. Inte minst gäller detta tandvård. Sverige vill att EU skall omvärdera definitionen av sjukhusvård och icke-sjukhusvård, då det på sikt även kan behövas förhandstillstånd för öppenvård.¹¹⁷

Också Danmark anser att förhandstillstånd bör kunna tillåtas för öppenvård, och vill att EU tittar närmare på hur skiljelinjen mellan sjukhusvård och icke-sjukhusvård dras. Finland anser att om förhandstillståndet även i fortsättningen skall vara knutet till begreppet ”vård på sjukhus”, så bör det betalande landet definiera begreppet. Olika länder har nämligen skilda uppfattningar om vad som utgör sjukhusvård. Den tyska regeringen skriver att, istället för att utröna om en behandling ges på eller utanför sjukhus, man bör avgöra hur kostsam och planeringskrävande den är.

Danmark och Spanien vill hindra patienter från att på egen hand söka sjukhusvård i annan medlemsstat. Danskarna vill att förhandstillstånd bara skall beviljas om den danska vårdinrättningen dessförinnan ingått ett avtal med behörig institution i vårdlandet. Spanien skriver, att förutom beviljat förhandstillstånd från det betalande landet, bör vårdlandet ha accepterat att ta emot en patient.¹¹⁸

Flera länder, däribland Tyskland och Polen, önskar att EU fastställer vad som är normal väntetid för en behandling.¹¹⁹

Sverige vill att förutsättningarna för att få ersättning regleras närmare på EU-nivå. Enbart utlandsbehandlingar som ersätts i det betalande landet bör medföra ersättningsansvar för

¹¹⁷ Sveriges svar, s. 4 ff.

¹¹⁸ *Danmark*, Reply to the Commission's "Consultation regarding Community action on health services", s. 4 ff. / *Finland*, Commission Communication on consultation regarding Community action on health services: Response of the Finnish Government, s. 3 f. / *Spanien*, Response from the Spanish Ministry of Health and Consumer Affairs to the European Commission's consultation on Community action on health services, s. 8 / *Tyskland*, Answer from the German Federal Government in Co-operation with the Laender on the Commission Communication on Community Action on Health Services, s. 3

¹¹⁹ *Polen*, Polish position on the Communication from the Commission of 26 September 2006/SEC (2006) 1195/4/ Consultation regarding Community action on health services, s. 7 / Tysklands svar, s. 4 f.

behörig institution. Sverige vill inte tvingas att betala för behandlingar som inte är medicinskt eller etiskt försvarbara, till exempel kosmetiska ingrepp och dödshjälp. Även Danmark och Finland finner det avgörande för om en vårdkostnad skall ersättas att behandlingen omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet i det betalande landet.

Vidare önskar den svenska regeringen bara ersätta behandlingar som används nationellt eller är erkända av den internationella vetenskapen. Också Finland och Danmark anser att en förutsättning för ersättning skall vara att en behandling används i det betalande landet. Däremot nämner man inte en metods överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet som alternativ förutsättning för ersättning.

Slutligen bör regleras vilka kostnader som ersätts. Sverige anser att EU bör slå fast om det är det betalande landets kostnader/tariffer som skall fungera som underlag, eller om det är vårdlandets. Även danskarna menar att den nuvarande ordningen med att efterhandsersättning antingen kan utgå enligt de ersättningsnivåer som gäller i det betalande landet enligt artikel 49 EGF, eller beräknas efter de villkor och nivåer som är i kraft i det vårdgivande landet enligt förordning 1408/71, är förvirrande.¹²⁰ Vidare vill den svenska regeringen klarlägga det betalande landets skyldighet att genomföra för- och efterbehandling, samt var den medicinska bedömningen, där den enskildes vårdbehov definieras, skall vara utförd för att ersättning skall utgå.¹²¹

Spanien efterfrågar en EU-mekanism för att säkerställa kontinuiteten hos den gränsöverskridande vården. Man påpekar att bara de faktiska kostnaderna för utlandsbehandlingen bör ersättas. Annars finns risk att vårdgivare börjar behandla fler vårdresenärer än inhemska patienter. Ofta kan motsvarande behandling vara dyrare i vårdresenärens hemland, och ersättningen till vårdgivaren därmed bli högre än när han behandlar en inhemsk patient. Spanien är inte ensamt om att poängtera att enbart de faktiska behandlingskostnaderna bör ersättas. Även Polen och Estland skriver att en sådan regel är en förutsättning för ett ökat EU-samarbete på vårdområdet.

Frågan om en Europeisk kompensationsfond behandlas i Estlands och Spaniens svar till kommissionen. Fonden är tänkt att gottgöra medlemsstaterna för eventuella merkostnader till följd av utlandsvård, till exempel kostnader för tolkhjälp och diverse extra administrationsarbete.¹²²

7.5.2.2. *Regleringens form*

Sverige påpekar att regler för utlandsvård idag återfinns både i EG-domstolens praxis och i förordning 1408/71. Istället för att tolka praxis välkomnar Sverige en EU-reglering vid sidan av förordning 1408/71 som ”är så heltäckande och överensstämmande med gemenskapsrätten att det inte kan uppstå ytterligare en regelkälla parallellt med gällande regler.” Denna bör omfatta både akut och planerad vård. Den svenska regeringen önskar ett direktiv för den gränsöverskridande vården och frågor som där bör regleras är vilka personer som omfattas av direktivet, när en person har rätt till ersättning, ansvar för tillsyn av vården, ansvar vid felbehandling, ansvar för information, ansvar vid för- och efterbehandling, vilka förvaltningsrättsliga principer som gäller, samt vad som är nationell kompetens.

Som komplement till direktivet föreslår Sverige ett stärkt EU-samarbete för hälso- och sjukvården. Information, patientinformation, kvalitet- och kvalitetsindikatorer, statistik kring patientflöden och nationell avtalsskrivning är områden man anser vara lämpade för samarbete.¹²³

¹²⁰ Danmarks svar, s. 6

¹²¹ Danmarks svar, s. 2 / Finlands svar, s. 4 / Sveriges svar, s. 4

¹²² *Estland*, Public consultation on Community action on health services, s. 4 / Polens svar, s. 8 /

Spaniens svar, s. 7 f.

¹²³ Sveriges svar, s. 4 ff.

Övriga länder vill också ha en reglering genom direktiv. Ett direktiv anses flexibelt, lätt att anpassa till olika medlemsstaters hälso- och sjukvårdssystem, och bör innehålla grundläggande regler i form av ramlagstiftning. Finland understryker dock att många problem kan lösas redan i dagsläget med en mer enhetlig tillämpning av dagens regelsystem.

Samarbete bör prioriteras. Estland skriver att lagstiftning inte alltid är den bästa lösningen och att lagreglering inte nödvändigtvis ger de resultat man hoppats på. Många problem kan överkommas genom samarbete, till exempel inom ramen för högnivågruppen för hälso- och sjukvård, eller genom arbetsgrupper knutna till Europeiska kommissionens och Europeiska unionens råd.¹²⁴

8. Patientsäkerhet

Ett av målen i EG-fördraget är en förbättring av folkhälsan inom gemenskapen. En folkhälsostrategi är under utveckling. Europeiska kommissionen har inrättat en arbetsgrupp, den så kallade högnivågruppen, med representanter från flera medlemsstater, däribland Sverige. Högnivågruppen är ett slags diskussionsforum där erfarenheter kring gränsöverskridande sjukvård utbyts, exempelvis kring patientsäkerhet. Vidare inledde kommissionen i september 2006 en samrådsprocess i syfte att låta medlemsstater och andra aktörer yttra sig över hur gemenskapen skall agera kring hälso- och sjukvårdstjänster. En av de frågor som tas upp i samrådsprocessen är vilka regler som skall gälla kring patientsäkerhet. Tanken är att etablera en bindande reglering på området, det vill säga en förordning eller ett direktiv.¹²⁵ I höstas sände kommissionen ut ett meddelande till samtliga medlemsstater i ämnet, och i januari publicerade Socialdepartementet ett svar på meddelandet, efter att först ha låtit det ligga ute på nationell remiss.

I det följande kommer jag att ta upp olika delar av begreppet patientsäkerhet, se hur frågor om patientsäkerhet regleras idag, samt reflektera över hur liknande spörsmål är tänkta att hanteras vid ett utökat EU-samarbete. De ämnen jag kommer att behandla är: ansvar vid behandlingsskada, ansvar vid läkemedelsskada, sekretess, patientinformation och kvalitetskontroll. Vidare kommer jag att redogöra för de etiska principer som det svenska hälso- och sjukvårdssystemet bygger på, och vilka principer och värden som är tänkta att fungera som ledstjärnor i ett vårdssamarbete på EU-nivå. Avslutningsvis tänker jag beskriva ett antal medlemsstaters syn på frågor om patientsäkerhet. Det gäller stater som är populära destinationer för svenska vårdresenärer. Till Tyskland och Finland åker många svenska försäkrade, både för att erhålla vård på grundval av EGF och efter förhandstillstånd enligt förordning 1408/71. Frankrike, Spanien och Danmark är vanliga vårdländer för patienter med förhandstillstånd. För tandvårdspatienter är Estland, Polen och Spanien vanliga destinationsländer. Frankrike har tyvärr inte lämnat svar till kommissionen ännu. Övriga uppräknade medlemsstater finns dock representerade i det följande.

Konventionsvården behandlas inte närmare i det här kapitlet. Emellertid överensstämmer vissa regler om patientsäkerhet med de som gäller inom EU, till exempel omfattas inte vårdtagaren av PSL:s bestämmelser.

8.1. Ansvar vid behandlingsskada

8.1.1 Skilda regler för olika former av utlandsvård

I Sverige omfattas alla patienter genom patientskadelagen (1996:799) av en patientskadeförsäkring som ger rätt till ersättning vid felbehandling av olika slag. Det är en så

¹²⁴ Estlands svar, s. 6 / Finlands svar, s. 7

¹²⁵ *Socialdepartementet*, Faktapromemoria / *SKL*, yttrande över meddelande från kommissionen – Samråd om gemenskapsåtgärder som rör hälso- och sjukvården, Dnr 2006/2583, s. 8

kallad ”no fault-försäkring” som ersätter den skadelidande utan att han behöver visa att skadan orsakats av fel eller försummelse från sjukvårdspersonalens sida. Man kan också anmäla vårdgivare till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. Varken HSAN:s tillsynsfunktion eller patientskadeförsäkringen omfattar dock vård som erhålls utomlands. Patientskadelagens tillämpningsområde är enligt 3 § begränsat till skador som uppkommit i samband med sjuk- och tandvård i Sverige.

Således erhåller varken patienter som vårdas utomlands enligt förordning 1408/71 eller de som själva bekostar utlandsvården svenskt patientskydd. Det är här upp till den enskilde att undersöka om vårdgivaren omfattas av en försäkring och om man som utländsk vårdtagare omfattas av denna, alternativt kan inleda en skadeståndsprocess om något går fel.¹²⁶

Vad gäller vård efter landstingsremiss, så har landstingen tecknat en tilläggsförsäkring hos Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Patienter på utlandsremiss omfattas i dagsläget alltså inte av PSL, utan av detta tilläggsavtal. Om landstinget hänvisat en patient utomlands, och svarar för vårdkostnaderna, har vederbörande rätt till behandlingsskadeersättning för kroppsskada som orsakats honom i samband med den utländska hälso- och sjukvården.¹²⁷ Den största skillnaden mellan tilläggsavtalet och PSL är att tilläggsavtalet enbart gäller kroppsskada, medan PSL erbjuder skydd mot personskada. Personskada är ett vidare begrepp och innefattar även psykiska skador.

I sin översyn av patientskadelagen föreslog Patientskadeutredningen under 2004 att PSL skulle utvidgas till att även gälla vård efter landstingsremiss. I utredningens förslag till ny patientskadelag återfinns förändringen i 3 §. Om vårdtagare på remiss i framtiden inkluderas i PSL kommer det vidare begreppet personskada även att gälla dem.

8.1.2. Patientförsäkring och EU

Systemet med patientförsäkringar är begränsat till Norden. När svenska försäkrade erhåller vård utomlands är det vårdlandets nationella juridiska system för skador inom sjukvården som tillämpas. Om jag förstått rätt är tanken att så skall vara fallet även efter utökat EU-samarbete. Åtminstone är Sveriges ståndpunkt i frågan att det land där vården utförs ansvarar för eventuella patientskador. Utanför Norden är culparegeln vanligt förekommande. Den innebär att patienten själv måste visa på att den behandlingsskada han ådragit sig orsakats av fel eller försummelse från sjukvårdspersonalens sida. Culparegeln anses ha en preventiv funktion, det vill säga att risken för skadeståndsskyldighet gör personalen mer försiktig. Enligt det svenska tankesättet uppnås dock samma preventiva resultat genom diciplinansvaret för vårdpersonalen, och i grövre fall genom straffansvar. I Frankrike tillämpas dock ett system där man kan få ersättning ur socialförsäkringen oberoende av fel eller försummelse hos vårdpersonalen. Emellertid är en förutsättning för ersättning att skadan medför invaliditet med minst 25 procent.¹²⁸

I många fall kommer således svenska vårdresenärer mötas av ett system för patientskadeersättning mycket olikt vårt eget. För att vinna framgång i en process som bygger på culpaansvar krävs initiativ från den enskilde att sätta sig in i ett främmande juridiskt system, det krävs att han har goda ekonomiska möjligheter, gott om tid, fina språkkunskaper samt ett kompetent juridisk ombud. Olika medlemsländer torde ha skilda regler om preskription och storlek på ersättningsbelopp för olika behandlingsskador.

Borde inte svenska myndigheter erbjuda någon typ av rådgivning och hjälp till vårdresenärer som står inför en process om patientskada i utländsk domstol? Kanske förmedla kontakt med en svensk jurist, internationellt skolad i skadeståndsrättsliga frågor, som kan assistera före, under och efter en domstolsprocess. Åtminstone i de fall där vården är initierad

¹²⁶ Slutrapport, s. 30

¹²⁷ SOU 2004:12, s. 42

¹²⁸ SOU 2004:12, s. 107

av landstinget, det vill säga vid utfärdande av landstingsremiss eller när landstinget gått över tiden för vårdgarantin och ett förhandstillstånd om utlandsvård enligt förordning 1408/71 utfärdas, anser jag att det allmänna har ett ansvar.

Regeringen verkar dock inte ha reflekterat över frågan. I sitt svar på kommissionens meddelande skriver man att Sverige vill arbeta på gemenskapsnivå för att förbättra medlemsstaternas nationella övervakningsrutiner för kvalitet och tillsyn i vården och att Sverige, i egenskap av betalande land, skall kunna gå in och påtala brister i vårdens kvalitet och utförande. Vidare efterfrågas att fler medlemsstater involveras i ett samarbete kring hur man på bästa sätt utformar avtal som skyddar patienter och tydliggör ansvarsfördelning.¹²⁹ Således önskar regeringen arbeta för att så långt som möjligt undvika att patientskador överhuvudtaget uppstår. Tyvärr glömmar man att skapa rutiner för att kunna tillmötesgå behov hos de patienter som redan skadats vid behandling utomlands, och borde ha rätt till ersättning.

8.2. Ansvar vid läkemedelsskada

I Sverige har den enskilde möjlighet att vända sig till läkemedelsförsäkringen vid läkemedelsskada. Läkemedelsförsäkringen är en frivillig ansvarsförsäkring som bygger på ”no-fault” principen och omfattar skador orsakade av läkemedel, tillhandahållna i Sverige, av tillverkare eller importörer som är medlemmar av Läkemedelsförsäkringsföreningen (LLF). Drygt 99 procent av de företag som tillverkar eller importerar till den svenska markanden är medlemmar i föreningen. Till skillnad från patientförsäkringen är läkemedelsförsäkringen inte lagreglerad. Ersättning för läkemedelsskada kan enbart utgå för kroppsskada och inte för psykisk skada som i patientförsäkringen.

Vad gäller läkemedelsskada efter utlandsvård torde ansvaret regleras olika beroende på i vilket land patienten har medicinerats. Om patienten till exempel fått ett recept utskrivet och väljer att hämta ut medicinen i Sverige borde Läkemedelsförsäkringen gälla eftersom läkemedlet tillhandahållits nationellt. Enbart recept från länder inom EU/EES kan hämtas ut på svenska apotek och då under vissa förutsättningar, bland annat att receptet kan tillhandahållas skriftligt, att det är tydligt utformat, att läkemedlet finns både i Sverige och i vårdlandet, samt att samma tillverkare tillhandahåller preparatet i båda länderna.¹³⁰

Ofta medicineras dock patienter direkt eller i nära anslutning till en behandling på utländskt sjukhus. I så fall gäller vårdlandets bestämmelser om skydd mot läkemedelsskador. I de flesta västeuropeiska länder gäller samma regler för läkemedelsskador som för patientskador. Det innebär att det är upp till den enskilde vårdtagaren att visa fel eller försummelse från någon ansvarig person för att kunna erhålla ersättning. Skyddet mot läkemedelsskador är ofta knutet till produktansvarslagstiftningen.¹³¹

En stor grupp svenska vårdresenärer söker behandling i Finland och Danmark. Regleringen kring läkemedelsskador i dessa nordiska länder skiljer sig från den i övriga EU. I Finland finns, precis som i Sverige, en frivillig läkemedelsskadeförsäkring. Till skillnad från i Sverige ersätts även psykiska skador. Danmark har en lag om ersättning för läkemedelsskador som ålägger läkemedelsbolagen en försäkringsplikt och ersättningskyldighet.¹³²

8.3. Sekretess

8.3.1. Nationella regler

I Sekretesslagen (1980:100) behandlas sekretess kring den enskildes hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden bland annat i 7 kap. 1 c § och i 7 kap. 7 §. Exempel på ”andra

¹²⁹ Sveriges svar, s. 5 f.

¹³⁰ Apotekets kundcentrum, Rådfrågning per telefon, ca kl. 15, 2007-04-20

¹³¹ SOU 2004:12, s. 107

¹³² SOU 2004:12, s. 98 ff.

personliga förhållanden” är uppgifter om den enskildes adress, arbetsförmåga eller hans ekonomiska förhållanden.¹³³

I normalfallet gäller inte sekretessen mot den enskilde själv, 14 kap. 4 § SekrL. Om den enskilde är sökande i ett myndighetsärende har han rätt att ta del av handling eller annat material i ärendet, 14 kap. 5 § SekrL. Denna partsinsyn omfattar allt material som tillförts ett ärende.¹³⁴

Graden av sekretess varierar beroende på var i beslutskedjan man befinner sig. På sjukvårdsinrättningen gäller till exempel ett omvänt skaderekvisit, det vill säga att det råder en presumtion för sekretess. På Försäkringskassan och i domstol är skaderekvisitet istället rakt, vilket innebär en presumtion för offentlighet.

Innan kassan lämnar ut en handling genomförs menprövning. För ett rakt skaderekvisit prövas om den aktuella uppgiften typiskt sett kan medföra men för det intresse som skall skyddas. Utlämnande av identitetsuppgifter, till exempel namn, personnummer, civilstånd, adress och yrke anses typiskt sett inte medföra men för den enskilde. Man kontrollerar även vem uppgifterna lämnas ut till och vad de skall användas till. Uppgifter om en försäkrads hälsotillstånd enligt läkarintyg eller medicinska journaler betraktas normalt som hemliga.¹³⁵

Som huvudregel gäller sekretess mellan myndigheter. I förslaget till lag om ersättning för kostnader för vård i annat EES-land har man infört en regel i 6 § stycke 2 om sekretessbrott för att landstingen och Försäkringskassan skall kunna utbyta uppgifter utan hinder av sekretess.

När ett beslut från Försäkringskassan överklagas till Förvaltningsdomstol följer i regel sekretessen med från kassan, så kallad överföring av sekretess.¹³⁶

8.3.2. Inom EU

För att underlätta hanteringen av patientinformation och minska pappersexercisen pågår arbete med att ta fram ett europeiskt elektroniskt patientkort, det så kallade eEHIC. Kortet är bland annat tänkt att innehålla information om innehavarens hälsotillstånd, en slags elektronisk patientjournal. Ett liknande EU-kort finns redan vad gäller vård vid tillfällig vistelse i en medlemsstat. Förhoppningen är att eEHIC skall medföra en säkrare och snabbare hantering av patientinformation, att den enskilde får bättre kontroll över de uppgifter som följer med honom på vårdresan och att kontinuiteten inom EU-vården ökar.¹³⁷

För ett optimalt utnyttjande av e-tjänster inom sjukvården krävs sannolikt lättnader i sekretessen. Normalt är elektroniskt lagrade journaluppgifter tillgängliga för betydligt fler personer än pappersbaserade. Risken för att journalerna manipuleras eller förstörs är större. Eftersom digitala journaler inte kan låsas in fysiskt ökar risken för exponering genom obehörig åtkomst, missbruk eller spridning. Det är därför viktigt att EU reglerar frågor om integritet och sekretess inom ramen för ett eventuellt kommande direktiv.

8.4. Patientinformation

8.4.1. Nationella regler

I Sverige är det Försäkringskassan som är informationsansvarig för utlandsvården. Kassan har tagit fram faktabladet ”Söka sjukvård i EU/EES och i Schweiz” samt ”Söka tandvård i EU/EES”, som nås genom Försäkringskassans hemsida eller på lokalkontoren. Faktabladet förklarar på ett enkelt och överskådligt sätt under vilka förutsättningar en person kan erhålla förhandstillstånd eller efterhandsersättning. De innehåller även hänvisning till aktuell EU-

¹³³ *Försäkringskassan*, vägledning 2001:3 – Offentlighet eller sekretess?, s. 25

¹³⁴ 2001:3, s. 33 f.

¹³⁵ 2001:3, s. 36 f.

¹³⁶ 2001:3, s. 27

¹³⁷ http://ec.europa.eu/information_society/europe/2005/all_about/ehealth/index_en.htm, 2007-03-23

lagstiftning på området. Dock går kassan inte in i detalj på vilket material som skall bifogas ansökan, de exakta ersättningsnivåerna, patientsäkerhet eller hur den enskilde gör för att överklaga ett kassobeslut.

För de patienter som vill ha fördjupad information finns sådan att tillgå på Försäkringskassans hemsida. Bäst är att titta på vägledningarna, men för den som inte vet att sådana existerar kan det vara krångligt att hitta dem. Man länkas inte automatiskt till vägledningarna från webbplatsen för utlandsvård.

Vilka beslutsunderlag i form av kvitton eller skuldförbindelser från den utländske vårdgivaren som Försäkringskassan vill ha framgår av ansökningsblanketterna. Dessa finns tillgängliga på kassans hemsida. Information om att man kan ompröva eller överklaga ett beslut finns i vägledningen för vård i internationella förhållanden. Det finns även en särskild vägledning för omprövning, ändring och överprövning av Försäkringskassans beslut.

Patienter inom Västra Götalands regionen har två instanser att kontakta för information, råd och hjälp i sjukvårdsfrågor. Den ena är Vårdslussen, dit man kan vända sig i väntan på operation. De informerar patienter om vilka garantier som finns till vård, och hur man bäst utnyttjar dem. Vårdslussen erbjuder inte något eget material om utlandsvård, men från deras hemsida¹³⁸ finns en direktlänk till Försäkringskassans webbplats. Vid rådgivning via telefon hänvisar man till Försäkringskassans EU-enhet.¹³⁹

En annan informationsinstans för västsvenska patienter är Patientnämnden, en klagoinstans utan rättsliga befogenheter. Relativt få patienter vänder sig till Patientnämnden angående utlandsvård. De som tar kontakt vill oftast ha information om regelverket kring utlandsvård, då de är missnöjda med långa väntetider i Sverige och att den nationella vårdgarantin inte upprätthållits. Man erbjuder ingen egen information om gränsöverskridande vård, utan hänvisar i samtliga fall till Försäkringskassan. Vad gäller upplysningar om patientsäkerhet upplever nämnden att få personer vänder sig till dem med klagomål, till exempel efter behandlingsskada hos en utländsk vårdgivare. På Patientnämnden konstaterar man dock att problemen med tillgång på information är stort på alla nivåer, inte minst när det gäller frågor om patientsäkerhet. Vanligen är det upp till den enskilde att ta reda på vad som gäller. Nämnden brukar alltid råda vårdresenären att se över sitt personliga försäkringsskydd innan avresan.¹⁴⁰

8.4.2. Inom EU

EU manar enskilda myndigheter i medlemsländerna att aktivt arbeta för att informera försäkrade om deras rättigheter. Samtidigt diskuteras inom högnivågruppen hur informationen till patienter kan förbättras, nationellt och inom gemenskapen. I sitt svar på kommissionens meddelande skriver den svenska regeringen att det är upp till varje medlemsstat att bestämma hur information skall lämnas och vad den skall omfatta. Föredragen ordning är att såväl det betalande landet, vårdlandet samt vårdgivarna ansvarar för att lämna nödvändig info till patienterna.

Internet är den huvudsakliga informationskällan för vård i internationella förhållanden. Inom EU pågår en satsning på e-hälsovård inom ramen för folkhälsostrategin. Före utgången av 2008 skall huvuddelen av Europas hälso- och sjukvårdsorganisationer tillhandahålla webbaserade tjänster. Ett andra läkarutlåtande, elektroniska recept, elektroniska remisser, distansövervakning och distansvård för patienter i hemmet skall kunna erhållas på elektronisk väg.¹⁴¹ Kommissionen håller för närvarande på att utforma en hälsoportal på EU-nivå, länkad från kommissionens hemsida. Portalen skall bland annat innehålla jämförande information om

¹³⁸ http://www.vgregion.se/vgrtemplates/Page___28323.aspx#, ca kl 11, 2007-03-29

¹³⁹ Mail från Maria Bengtsson, Vårdslussen, ca kl 12, 2007-03-29

¹⁴⁰ Telefonintervju med Karin Norlin-Nilsson, Patientnämnden, Göteborg, ca kl. 13.30, 2007-03-29

¹⁴¹ <http://europa.eu/scadplus/leg/sv/lvb/l24226f.htm>, ca kl 12, 2007-03-28

vårdgivare, sjukhus m.m. för att underlätta patientens beslut om vårdval.¹⁴² I dagsläget innehåller portalen dock ingen jämförande information. Istället förses användaren med allmän information kring ämnesområden som hälsa, livsstil, miljö, EU-samarbete, vanliga sjukdomar, förebyggande åtgärder, forskning m.m. Avsnittet ”min vård” torde vara av särskilt intresse för den enskilde patienten. Det beskriver grundprinciper för bland annat patientrörlighet, sjukförsäkring, patientsäkerhet, e-hälsa, kvalitetssäkring m.m. inom gemenskapen.¹⁴³

8.5. Kvalitetskontroll

8.5.1. Nationella regler

Inom den svenska sjukvården är vårdpersonalen genom hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att ta en rad faktorer i beaktande när en medicinsk bedömning görs. Exempel är lagens bestämmelser om prioriteringar, förnyad medicinsk bedömning, samt patientens behov av behandling. Ytterligare faktorer är förekomsten av evidensbaserad vård och Socialstyrelsens riktlinjer på beslutsområdet.¹⁴⁴

Arbetet med kvalitetssäkring hänger nära samman med utformningen av e-tjänster inom vården. Då IT-användningen varierade kraftigt mellan olika vårdsektorer, och de olika IT-stöd som fanns hade problem att kommunicera med varandra, enades de svenska landstingen under 2004 om att utarbeta en nationell strategi för e-hälsa. Tanken bakom strategin är att den enskilde patienten enkelt skall kunna skaffa sig personligt anpassad information om sin vård och sin hälsosituation. Service, råd och hjälp till egenvård skall kunna erbjudas via Internet. Vidare skall sjukvårdspersonalen kunna använda IT-stöd på daglig basis, till exempel i form av elektroniska patientjournaler och läkemedelsrecept, vilket bör underlätta arbetet och förhoppningsvis förbättra patientsäkerheten. När patientinformation finns lagrad digitalt blir det även lättare för de som ansvarar för verksamheten att följa upp och utvärdera kvalitet och patientsäkerhet i vården, varför verksamhetsstyrning och resursfördelning förenklas.¹⁴⁵

8.5.2. Inom EU

Arbetet med IT som en viktig del av kvalitetssäkringen inom svensk hälso- och sjukvård sker på initiativ av kommissionen. Man har upprättat en handlingsplan för e-hälsa, och som en del av denna uppmanat de enskilda medlemsstaterna att utveckla nationella IT-strategier. En annan del av kommissionens arbete för att förbättra kvaliteten hos den europeiska sjukvården är upprättandet av nätverk för europeiska referenscentra för högspecialiserad vård och för sällsynta sjukdomar. Vidare skall evidensbaserade metoder för beslutsfattande utvecklas, samarbetet kring evidensbaserad vård utökas, och gemensamma indikatorer och statistik tas fram. Det finns behov av ett gemensamt rapporteringssystem, och den svenska regeringen anser att fler medlemsstater bör involveras i ett samarbete kring hur man bäst upphandlar vård och skriver avtal som klart fastställer patientsäkerhet och ansvarsfördelning.

Med evidensbaserade metoder menas metoder som är verksamma på det aktuella sjukdomstillståndet. Ökad statistikinsamling innebär en möjlighet att följa kostnader för EU-vård, patientflöden, vilka grupper som söker vård i annan medlemsstat, samt skälen för vården.

Hur skall då kvalitetssäkringen gå till? Sverige vill att vårdlandet till fullo skall ansvara för vårdens kvalitet. Vårdlandet bör även se till att särskilda krav ställs på utövare av hälso- och sjukvårdstjänster, och man välkomnar ett europeiskt samarbete på området för att undvika att olika högt ställda krav i olika medlemsstater skall förhindra den fria rörligheten inom unionen. Vidare anser den svenska regeringen att det land som betalar vården skall kunna påtala brister i dess kvalitet och utförande. I en eventuell framtida EU-reglering på vårdområdet anser

¹⁴² Slutrapport, s. 33

¹⁴³ http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/index_sv.htm, 2007-03-28

¹⁴⁴ SKL, Yttrande, s. 6

¹⁴⁵ SKL m.fl., Nationell IT-strategi för vård och omsorg, s. 1 ff.

regeringen att ett allmänt stadgande om att varje medlemsstat skall ha ett patientvänligt system för att hantera eventuella patientskador bör införas.¹⁴⁶

8.6. Värden och principer

De nationella sjukvårdssystemen har utformats på grundval av etiska ställningstaganden. I Sverige är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, vilket manifesteras i 2 § HSL. En vård på lika villkor innebär att alla, oavsett bosättningsort, ålder, kön, nationalitet, initiativförmåga och ekonomiska förutsättningar skall kunna få ta del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Samhället bör värna om särskilt utsatta grupper, till exempel äldre och handikappade. Ytterligare två viktiga principer inom den svenska vården är människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen. Den förra klargör alla människors lika värde, att rätten till vård inte får bli beroende av personliga egenskaper eller patientens funktion i samhället. Den senare att resurser bör fördelas efter behov. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad föregående principer och går ut på att vårdgivaren skall eftersträva en rimlig relation mellan behandlingens kostnader och behandlingens effekt, i form av förbättrad hälsa och livskvalitet, hos patienten.¹⁴⁷

Som en del av kommissionens samrådsprocess efterfrågas ökad klarhet kring frågan om det finns gemensamma värden för hälso- och sjukvård som skall gälla alla medborgare i EU.¹⁴⁸ I början av juni 2006 höll Europeiska unionens råd ett möte under beteckningen ”Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs.” Man enades då om ett antal principer, vilka betraktades som grundläggande för samtliga europeiska hälso- och sjukvårdssystem.

De aktuella principerna är: values of universality, access to good quality care, equity and solidarity. I fri svensk översättning: allomfattning, tillgänglighet till god vård, rättvisa och solidaritet. Med allomfattning menas att ingen skall nekas hälso- och sjukvård. Begreppet solidaritet hänger samman med att också de med små ekonomiska medel skall kunna erhålla sjukvård. Rättvisa betecknar att vård skall ges efter behov, och inte utifrån andra faktorer som exempelvis kön, ålder, ras, social- eller ekonomisk status.

Förutom de grundläggande värdena enades rådet om ett antal så kallade ”operating principles”, driftsprinciper, vilka skall gälla i alla europeiska hälso- och sjukvårdssystem. Det är principer om kvalitet, säkerhet, evidensbaserad och etisk försvarbar vård, patientens medbestämmande, upprättelse och sekretess.

Kvalitet i sjukvården uppnås genom tydliga nationella regler, träning av sjukvårdspersonal, genom utveckling av kliniska övervakningssystem och arbete med patientsäkerhet. Säkerhet innebär till exempel övervakning av riskfaktorer och skydd mot missledande reklam kring verkningslösa behandlingsmetoder och medicinska preparat. Patientens medbestämmande syftar till den enskildes möjlighet att välja vårdgivare, patientens rätt till information, samt att han inte skall behöva undergå en behandling mot sin vilja. Vad gäller upprättelse skall patienten informeras om vem som bär ansvaret när något går fel i en vårdssituation och vilka förutsättningarna är för att erhålla ekonomisk kompensation.¹⁴⁹

8.7. Europeiska perspektiv på frågor om patientsäkerhet

8.7.1. Danmark

Den danska regeringen talar mycket om ett utökat samarbete mellan medlemsstaterna kring patientsäkerhet och forskning. Som huvudregel bör nationell kvalitetsövervakning inom hälso- och sjukvården åligga varje medlemsstat. Vid gränsöverskridande vård bör dock

¹⁴⁶ *Socialdepartementet*, Faktapromemoria 2006, s. 4 ff. / Sveriges svar, s. 5 f.

¹⁴⁷ *Sahlin Jan*, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, 7:de upplagan, Stockholm, 2006, s. 52 ff.

¹⁴⁸ Faktapromemoria, s. 4

¹⁴⁹ *Council of the European Union*, Press Release, Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs, 2733rd Council Meeting, 9658/06, s. 33 ff.

behörig institution i det betalande landet kunna uppmärksamma behörig institution i vårdlandet på om det förekommit brister i vården.

Vad gäller patientskada anser Danmark att klagan om ansvar och ersättning bör ske i vårdlandet, men att det betalande landet och vårdlandet skall samarbeta för att underlätta patienters möjligheter att föra talan. Exempelvis bör nationella kontaktpunkter upprättas där information om hur man klagar på vård i olika medlemsstater införs.

Danmark framhåller att en gränsöverskridande vård bör bygga på de principer och värden som Europeiska unionens råd enades om sommaren 2006.¹⁵⁰

8.7.2. Estland

Regeringen i Estland anser att informationen kring alternativet utlandsvård bör öka. Till allmänheten genom en hälsoportal på EU-nivå, och mellan de behöriga institutionerna i medlemsstaterna genom ett särskilt nätverk. Också tillgången på patientinformation bör underlättas, främst genom ett vidareutvecklat arbete med e-hälsa och med det europeiska sjukförsäkringskortet. Patientinformationen bör ges i en internationellt förståbar form.

När det gäller arbete med kvalitetssäkring, patientsäkerhet och frågor om kompensation efter behandlingsskada anser Estland att detta bör vara varje enskild medlemsstats ansvar. Dock föreslår man att en obligatorisk försäkring (Professional Liability Insurance) bör införas för vårdgivarna. På så sätt skulle skyddsnivån vid patientskada bli den samma i samtliga medlemsstater.

Estland är positiva till ett EU-samarbete kring erkännande av läkemedelsutskrivningar, till exempel i form av en databas där formen för olika nationella förskrivningar och vilka yrkesgrupper som får skriva ut läkemedel, presenteras.

Slutligen anser den estländska regeringen att utvecklingen av europeiska referenscentra för högspecialiserad vård är av särskild vikt. Tillgängligheten till dessa bör bestämmas enligt principen om vård på lika villkor och väntelistor upprättas.¹⁵¹

8.7.3. Finland

Finland uppmärksammar i sitt svar kommissionen på att det i dagsläget inte finns någon EU-lagstiftning på området patientskada. Bestämmelser bör därför utformas kring vilken medlemsstat som ansvarar för att den enskilde blir ersatt efter skada. Som huvudregel anser den finska regeringen att patientsäkerhet är vårdlandets ansvar. Dock bör det betalande landet ansvara vid behandling på remiss, eller när man inte kan erbjuda behandling i tid, till exempel på grund av långa nationella vårdköer.

Finland vill se ett ökat informationsutbud kring patientskador. Från kommissionens hälsoportal bör information kunna ges om vilka ersättningssystem som gäller vid patientskada i olika medlemsstater. Även i övrigt bör informationen kring gränsöverskridande vård öka. Enligt Finland är problemet att medlemsländerna i nuläget samlar information om vårdgivare, väntetider, patienträttigheter, behandlingsmetoder, vårdkvalitet, patientavgifter, ersättningsnivåer, överprövning m.m. nationellt. Insamlandet bör ske på EU-nivå och vara tillgängligt för hela gemenskapen, till exempel genom kommissionens hälsoportal.

En annan typ av info är patientinformation, exempelvis i form av elektroniska journaler. Finland anser att samarbetet kring e-hälsa bör intensifieras och man efterfrågar gemensamma standarder för elektroniska patientjournaler och hälsodatasystem. Inte sällan sker eftervården till en utlandsbehandling i det betalande landet, och därför är viktigt att patientinformation överförs mellan medlemsstaterna i en enkel och förståbar form.

¹⁵⁰ Danmarks svar (Samtliga svar som behandlas i uppsatsen finns tillgängliga på http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm)

¹⁵¹ Estlands svar

Kvalitetssäkring bör skötas av nationella myndigheter i vårdlandet. Dock välkomnar Finland nätverk, till exempel för bedömning av ny teknologi och funktion hos nya läkemedel inom gemenskapen.¹⁵²

8.7.4. Polen

Vad gäller behovet av information på gemenskapsnivå anser Polen att man bör skapa en EU-informationsbank som visar vilka möjligheter som finns att få en viss behandling i olika medlemsstater, samt kvaliteten på behandlingen. Banken bör även innehålla uppgifter om vilka europeiska referenscentra för högspecialiserad vård som finns att tillgå, förekomsten av specialisttjänster i enskilda medlemsstater, kostnader för olika behandlingar, samt om väntetider. Banken är tänkt att i första hand vända sig till läkare och personal på de nationella försäkringsinstitutionerna, eftersom dessa har en nyckelroll i arbetet med att informera patienter. Ett ökat informationsflöde mellan medlemsstaterna när praktiska och rättsliga ändringar av betydelse för utlandsvården sker i de nationella sjukvårdssystemen efterfrågas också. Vidare föreslår Polen att en EU-lista skapas, där olika sjukdomstillstånd räknas upp och det redogörs för om en behandling av det aktuella tillståndet bör ske omedelbart, eller om den kan skjutas fram. Genom tillämpning av en dylik lista skulle patienter i samtliga medlemsländer bedömas utifrån likadana kriterier.

Polen talar mycket om att förutsättningarna för vård skall vara de samma inom hela EU, och att detta mål skall nås genom ökad standardisering. Man vill införa standarder för utformningen av sjukvårdsinrättningar och för krav på sjukvårdspersonal. Vårdkvalitet och tillgänglighet skall överensstämja inom gemenskapen. Ekonomisk hjälp bör ges till de medlemsländer som själva inte kan nå upp till kraven. Man vill även införa etiska standarder inom EU, behjälpliga till exempel vid gränsöverskridande medicinska experiment. Vidare önskar man en standardisering kring metoder för innehav, överföring och skydd av patientinformation. Standardisering för medicinska testmetoder efterfrågas också. Idag skiljer sig metoderna mellan olika länder, vilket innebär fara för att testresultat misstolkas, eller att kostsamma test måste göras om.

Enligt den polska regeringen är varje medlemsstat skyldig att svara för nationell kvalitet och patientsäkerhet i vården. Dock bör finnas kvalitetskriterier på EU-nivå som tillsammans med EU-listan, underlättar den enskilde patientens val av vårdland och vårdinrättning vid utlandsbehandling. Möjligheterna att klaga på en given behandling, samt vårdgivarens ansvar för komplikationer, bör regleras inom gemenskapen. Även vem som skall stå kostnaderna när eftervård ges i den skadade patientens hemland.

Slutligen föreslår Polen att en särskild institution med ansvar för patientsäkerhet skapas i varje medlemsland. Institutionen kan till exempel arbeta med uppföljning efter felbehandlingar. Standardiserade ersättningssummor och enkla ansökningsprocedurer för ersättning bör införas inom hela gemenskapen.¹⁵³

8.7.5. Spanien

Spanien vill att ett utökat vårdssamarbete inom EU skall bygga på de värden och principer man enades om under Europeiska unionens råd i juni 2006. Majoriteten av alla europeiska sjukvårdstjänster skall vara tillgängliga genom kommissionens hälsportal, samt från kontaktpunkter i medlemsländerna. Spanien anser att tillgängligheten på sjukvård är beroende av korrekt information om behandlingsmetoders kvalitet och lämplighet. Man föreslår en katalog över vårdtjänster inom EU, i vilken medlemsstaterna skall publicera information till exempel om vilka vårdtjänster de erbjuder, om behörig försäkringsinstitution, prioriteringar, kvalitetsstandarder, kostnader, villkor för ersättning m.m. Man föreslår även en EU-

¹⁵² Finlands svar

¹⁵³ Polens svar

klassificering av apotek. Det är inte tänkt att hela katalogen skall vara tillgänglig för enskilda vårdtagare. Begränsningar till vårdpersonal, myndigheter eller försäkringsbolag kan komma att göras.

Vad gäller kvalitet bör varje medlemsstat ha nationellt fastställda standarder, till exempel för hälso- och sjukvårdspersonal. Även frågor om patientsäkerhet och kompensation vid patientskada bör skötas enligt vårdlandets principer. Däremot bör det betalande landet ansvara för patientsäkerheten om man remitterat en patient, alternativt köpt en utländsk sjukvårdstjänst på grund av att de nationella väntelistorna sträckt sig för långt. Spanien välkomnar ett system med gemensamma europeiska taxor och avgifter, vilket man hoppas skall underlätta samarbetet mellan behörig institution och utländsk vårdgivare.¹⁵⁴

8.7.6. Tyskland

Även Tyskland vill utveckla EU-vården på grundval av de värden och principer Europeiska unionens råd enades om under 2006. Vad gäller tillgången på information anser den tyska regeringen att det inte skall krävas att en enskild medlemsstat skall ha information om sjukvårdsinrättningar i alla andra medlemsstater. Enligt Tyskland är det upp till patienten själv, i samråd med läkare eller behörig institution i hemlandet, att skaffa önskad information.

Ansvar för patientsäkerhet och kvalitetssäkring bör ligga hos det vårdgivande landet. Den tyska regeringen skulle vilja se ett frivilligt EU-nätverk för patientsäkerhet, nära länkat till WHO och Europarådet. Man påpekar att regelsystemet kring obligatoriska och utomobligatoriska skadeståndsansvar inom gemenskapen för närvarande är under utredning. Tyskland föreslår att denna översyn också skall inkludera kompensation och ansvar vid gränsöverskridande vård.¹⁵⁵

9. Avslutande diskussion

9.1. Möjligheter att medvetandegöra alternativet utlandsvård?

9.1.1. Planerad vård

Den enklaste vägen till en god vård utomlands är behandling efter läkarinitierad landstingsremiss. Då slipper patienten att ta egna initiativ och landstinget betalar för behandlingen i sin helhet, inklusive kostnader för resa, kost och logi. Emellertid erbjuds remiss bara för högspecialiserad vård, och följaktligen endast i få fall. I och med att europeiska referenscentra för högspecialiserad vård är under utveckling är dock möjligt att vård på remiss kommer att öka, och att fler svenska patienter i framtiden får ta del av detta vårdalternativ.

Vid behandling efter förhandstillstånd, och framförallt på grundval av EGF, krävs ett större engagemang från den enskilde patienten. Det handlar till exempel om att i samråd med läkare, eller på egen hand, komma fram till destination för behandling, behandlingstyp, sköta administration gentemot Försäkringskassan, skaffa eventuell finansiering till vårdresan, kontrollera försäkringsskydd, undersöka kanaler för klagomål i vårdlandet m.m. Ett välutvecklat informationsutbud kring den gränsöverskridande vården skulle här underlätta patientens arbete.

Det är ofrånkomligt att patienter med hyfsad ekonomi, bra utbildning och god initiativförmåga har, och alltid kommer att ha, en bättre åtkomst till vård utomlands. Det är en direkt följd av att tand- och sjukvård betraktas som tjänster. Samtidigt måste man, när nu alternativet gränsöverskridande vård existerar, arbeta för att systemet skall bli mer rättvist och lättillgängligt. I 2 § HSL stadgas om en vård på lika villkor, en princip som bland annat

¹⁵⁴ Spaniens svar

¹⁵⁵ Tysklands svar

innebär att möjligheterna till att få behandling inte skall påverkas av förhållanden som förmåga att ta initiativ, utbildning eller ekonomi.¹⁵⁶ Nyckeln till en vård på lika villkor tror jag ligger i tillgång på information.

Information till vårdtagare bör ges på flera nivåer. Det första steget är att medvetandegöra patienten om att alternativet utlandsvård finns att tillgå. Här har media, sedan Regeringsrättens domar föll under 2004, rapporterat en del om vilka förutsättningar som gäller. Vidare erbjuder Försäkringskassan informationsmaterial på sin hemsida och på lokalkontoren. Det är också till kassan som patienter, vilka vänder sig till Vårdslussen eller Patientnämnden med frågor om utlandsvård, hänvisas. För att ge den enskilde en ännu bättre möjlighet att urskilja de olika alternativen till vård utomlands borde information även finnas att tillgå på sjukhus. Skulle en regel om automatiskt förhandstillstånd när den nationella vårdgarantin överskridits införas borde en informationsplikt även påföras läkarna.

Nästa steg bör vara att säkra tillgången på jämförande information. Frågan blir i så fall vilken typ av information som skall erbjudas. Relevant information torde utgöras av uppgifter om olika behandlingars kvalitet, var de ges, samt behandlingsresultat. Vidare skulle information om väntetider, kostnader, ersättningsvillkor, system för prioriteringar och klagomål i vårdlandet behövas. I dag kan sådana uppgifter inhämtas om behandlingar i Sverige, men det finns ingen nationell databas som jämför behandlingsresultat och behandlingsalternativ hos utländska vårdgivare. Situationen tycks vara liknande i många andra EU-länder, varför informationsinsamlingen bör centraliseras. Det är här idén om en hälsoportal för gemenskapen kan förbättra vårdtagarnas situation. Hälsoportalen skall vara tillgänglig från kommissionens hemsida och meningen med portalen är att underlätta patienters vårdval.

Arbetet med hälsoportalen omges emellertid av en del oklarheter. Till exempel tycks flera medlemsstater anse att enskildas åtkomst till portalen skall begränsas. Man ser hellre att informationsöverföring sker mellan vårdpersonal, sjukvårdsinrättningar och institutioner, och att dessa ansvarar för att informationen vidarebefordras till enskilda patienter. Måhända kan en liknande ordning försvaras utifrån ett rättviseperspektiv. Att vissa patienter är mer initiativtagande och språkbegåvade, och därför lättare tar till sig informationen från en hälsoportal än andra, skall inte medföra att de får enklare och bättre tillgång på vård. Samtidigt innebär en utestängning av den enskilde vårdtagaren från hälsoportalen att denne helt får förlita sig på sin läkares eller försäkringsinstitutioners förmåga att hålla sig uppdaterade kring ett europeiskt utbud av vårdtjänster. Således blir patientens tillgång på information beroende av vilket försäkringskontor han tillhör, vilket sjukhus han besöker och vilken läkare han tilldelas. Bäst rättvisa skulle uppnås om alla europeiska patienter hade tillgång till samtliga jämförande uppgifter i hälsoportalen på sitt eget språk. Enskildas användning av portalen skulle dock kunna begränsas på särskilt känsliga områden, exempelvis vad gäller patientinformation och sekretess.

I arbetet med hälsoportalen ingår även utveckling av så kallade kontaktpunkter, tänkta att upprättas i enskilda medlemsländer. Förhoppningsvis kommer kontaktpunkterna inte bara komma vårdinstitutioner och myndigheter till hjälp, utan vara en plats där den enskilde kan få råd och hjälp med hur han hittar rätt i portalens informationsutbud.

Slutligen borde inom EU införas minimikrav på vilken typ av information som medlemsstaterna skall erbjuda vårdresenärer, samt på vilket sätt denna skall tillhandahållas. Skulle alla medlemsstater själva få bestämma omfattningen av informationsutbudet finns risk att utbud och kvalitet på uppgifterna kommer att variera inom gemenskapen.

¹⁵⁶ Sahlin, s. 52

9.1.2. Akutvård och konventionsvård

Den enskilde kan före avresan hämta uppgifter från Försäkringskassan om vilka ersättningsregler som gäller vid skada eller sjukdom under en tillfällig utlandsvistelse. Information finns då tillgänglig på kassans hemsida och på lokalkontor genom särskilda blanketter. Svenska försäkrade torde således ha goda möjligheter att sätta sig in i hur den gränsöverskridande akutvården regleras, kravet på EU-kort m.m. Hur en patient som glömt sitt EU-kort, eller av annan anledning tvingats betala hela vårdavgiften, går till väga för att bli ersatt finns också beskrivet på kassans hemsida, även om dessa uppgifter inte är lika lättillgängliga som den allmänna informationen.

Vad som däremot saknas är bra information om överlappande regelverk, det vill säga vilka fördelarna eller nackdelarna, i form av tidsåtgång och storleken på ersättningen, blir för den enskilde vårdtagaren om han väljer att bli ersatt enligt förordning 1408/71 eller på grundval av EGF. För att förstå skillnaderna bör man titta på kassans vägledning för vård i internationella förhållanden. Kassan nämner inget om överlappande regelverk i sina faktablad.

Utbudet av information om konventionsvård är ganska sparsmakat. Åter igen är det på Försäkringskassans hemsida uppgifter kan hämtas. Fördjupad information återfinns i vägledningen om vårdförmåner i internationella förhållanden. Patienter uppmanas även ta kontakt med respektive lands ambassad. För att ta reda på villkoren för konventionsvård måste patienten således vara ganska aktiv i sitt informationssök. Dock finns chansen att många av de som beger sig till dagens konventionsländer har familj där, eller på annat sätt kontakt med personer som befinner, eller tidigare befunnit sig i konventionslandet. Förhoppningsvis sprids information från individ till individ.

9.2. Möjligheter att genomföra en vårdresa?

Diverse faktorer påverkar den enskildes möjligheter till gränsöverskridande vård. Nedan kommer jag att redogöra för några av dem. Också här är min övertygelse att ett ökat informationsutbud kan jämna ut eventuella orättvisor.

Den gränsöverskridande vården tycks ha fått störst genomslagskraft i storstads- och gränsregionerna. Försäkringskassans slutrapport visar att flest förhandstillstånd beviljas i Stockholm, medan flest efterhandsersättningar betalas ut i Norrbotten. Således verkar den enskildes bostadsort ha betydelse för hans tillgång på utlandsvård. Förklaringen är måhända att specialistkompetensen finns i storstäderna, att människor från hela Sverige får vård där och att specialisläkare generellt är uppdaterade och kunniga om vilka behandlingsalternativ som finns inom Europa. Vad gäller gränsregionerna har patienter där ofta de nödvändiga språkkunskaperna för att kunna söka vård på andra sidan gränsen, många utnyttjar alternativet utlandsvård och information om olika vårdgivare och behandlingsmetoder sprids från mun till mun.

Vidare påverkar patientens fysiska status dennes möjligheter till gränsöverskridande vård. Ålderspensionärer, allvarligt sjuka, handikappade m.fl. lär ha svårare än den genomsnittlige försäkrade, både att tillgodogöra sig information om utlandsvården och att förflytta sig över gränser för behandling. Bland annat av hänsyn till denna grupp måste den nationella sjukvårdsapparaten hållas intakt, även vid ett utökat vårdssamarbete inom EU. Jag har tidigare nämnt en eventuell framtida ordning med ett automatiskt förhandstillstånd för utlandsvård när vårdgarantin inte upprätthålls. För att ett sådant förslag också skall komma de äldre och handikappade till dels måste landstingen, och inte den enskilde, stå för kostnader och organisation av vårdresan. Detta i linje med landstingens plikt enligt Hälso- och sjukvårdslagen att erbjuda en god vård åt alla

En annan faktor är den enskildes ekonomiska status. För att kunna erhålla planerad vård i ett land inom EU/EES krävs dels att den enskilde kan betala vården i sin helhet, dels att han kan ligga ute med summan i väntan på efterhandsersättning från Försäkringskassan. Han måste

även räkna med att kassan efter utredning kan komma fram till att förutsättningarna för ersättning inte är uppfyllda, och att utgifterna i så fall inte ersätts alls. Vid vård efter förhandstillstånd betalar den enskilde bara eventuella patientavgifter i vårdlandet. Emellertid kan väntan på vård bli lång, vilket kan medföra ökat lidande för penningssvaga och allvarligt sjuka vårdtagare.

Även akutpatienter gynnas av en god personlig ekonomi. Försäkringskassan står inte kostnaderna för eventuell hemtransport som följer på sjukdomsfallet eller skadan. Om inte patienten har en privat försäkring som täcker denna post kan vederbörande få en oväntad och dyr utgift, till exempel för ambulansflyg. Regeringen talar om en likabehandling mellan patienter som behandlas nationellt och i utlandet. Eftersom resekostnader för akutpatienter mellan olika landsting ersätts i Sverige borde kostnaderna för utlandspatienters hemtransport ersättas från den internationella sjukförsäkringen.

Enskilds möjlighet till utlandsvård påverkas vidare av att patientskadelagen inte gäller vid gränsöverskridande vård. Patienten måste själv ordna försäkringsskydd, samt undersöka möjligheterna till att inleda en eventuell skadestandsprocess. Jag anser att det svenska patientskyddet bör utvidgas till att omfatta patienter som söker vård utomlands på grund av att de nationella vårdköerna sträcker sig så långt att behandling inte kan ges inom vårdgarantin. När vårdgarantin bryts har landstingen svikit sin lagstadgade plikt att erbjuda sjukvård, och detta får inte gå ut över den enskilde patientens rätt till ett fullgott skydd i händelse av felbehandling.

Läkemedelsförsäkringen gäller för mediciner som tillhandahålls i Sverige. Det medför att eventuella skador efter medicinering utomlands inte omfattas av försäkringen. Det kan bli svårt, att som i fallet med behandlingsskada, utvidga skyddet till att gälla också gränsöverskridande vård när vårdgarantin överskrids. Försäkringsskyldigheten gäller ju här inte landstinget, utan tillverkare och importörer av läkemedel. Kanske borde landstingen, om utlandsbehandlingen är följd av en brusten vårdgaranti, påläggas en skyldighet att föra den enskildes process i utländsk domstol i händelse av läkemedelsskada.

Både vad gäller behandlings- och läkemedelsskador bör utbudet av information ses över. Exempelvis LÖF, LLF och Patientförsäkringen erbjuder information, men jag tror att många vårdtagare inte känner till, eller vet mycket lite om dessa instanser. Informationen bör länkas till Försäkringskassans material om utlandsvård, så att den enskilde blir varse gällande regler innan behandlingen äger rum. Jag tror tyvärr att många patienter upptäcker, till exempel avsaknaden av patientförsäkring, först efter utlandsvården gått snett och man börjar söka möjliga vägar till ersättning. För fler perspektiv på problematiken kring patient- och läkemedelsskador utomlands hänvisas till avsnitt 7.1. och 7.2.

Innan en person söker gränsöverskridande vård bör han vara införstådd med att vissa behandlingar genererar kortare väntetid och ersätts i större utsträckning än andra. Enligt Försäkringskassan beviljas till exempel så gott som alltid förhandstillstånd för förlossningsvård och för vård som bygger på betalningsförbindelse från landstinget. Vad gäller efterhandsersättning så ersätts tandvård i störst utsträckning, antagligen beroende på att tandvårdskostnader generellt är låga. Med tanke på att antalet beviljade förhandstillstånd är betydligt färre än antalet efterhandsersättningar torde den enskilde ha större chans att bli ersatt på grundval av EGF än enligt förordning 1408/71. Slutligen bör en patient som vill vara säker på att få ersättning inte välja en utlandsbehandling som är på experimentstadiet, eller som sällan tillämpas.

Idag utgår ersättning för en behandling som inte används i Sverige bara om metoden i flera avseenden överensstämmer med den svenska vården, samt är i linje med vetenskap och beprövad erfarenhet. Eftersom majoriteten avslag på ansökningar om efterhandsersättning beror på att den aktuella behandlingen inte anses nå upp till kraven på vetenskaplighet bör vårdresenären göras medveten om innebörden av nämnda begrepp. Försäkringskassan borde

sammanställa nationell domstolspraxis i ämnet på sin hemsida, alternativt länka vidare till de förvaltningsrättsliga domar som finns.

Ytterligare en faktor att ta i beaktande vid gränsöverskridande vård är möjligheterna att klaga på Försäkringskassans beslut. Landstingen har idag inte en lagstadgad skyldighet att yttra sig över ärenden om utlandsvård. Således kan den enskilde i initialskedet inte vara garanterad en rättvis medicinsk bedömning. Vidare verkar det som om enbart handläggare, och inte den medicinska expertisen, byts ut vid en omprövning. Kvaliteten på den medicinska bedömningen vid omprövningen kan därför ifrågasättas. Slutligen gäller i regel inte rättsskyddet vid tvister om Försäkringskassans beslut. Därmed kan det bli svårt för den enskilde att föra talan i mål om uteblivna vårdförmåner.

9.3. Vilken betydelse kommer en nationell lagstiftning att ha för den enskilde?

För efterhandsersättning för akut- och öppenvård kan en ny lag innebära lättnader på så sätt att det inte kommer krävas att den aktuella behandlingen, eller en snarlik sådan, används i Sverige. Det skall räcka med att metoden antingen används här *eller* anses erkänd av den internationella vetenskapen. Vilka metoder som idag betraktas som internationellt erkända tycks dock till hög grad färgas av vilka åsikter nationell expertis har på området. Troligt är att både domstolar och Försäkringskassa, även i framtiden, kommer lyfta fram nämnda experters uttalanden med följderna att få behandlingsmetoder som inte används nationellt betraktas som internationellt vedertagna.

Annars är det i första hand tillgången på planerad sjukhusvård utomlands som påverkas av ny lagstiftning. Konventionsvården berörs inte alls. För öppen- och akutsjukvård kommer i stort samma regler gälla som idag, med undantag för vad som beskrivs i stycket ovan. Vidare utgör majoriteten av den tandvård som efterfrågas utomlands behandlingar inom öppenvården, varför inte heller tandvården påverkas nämnvärt av lagförslaget. I det följande kommer jag därför att koncentrera mig på vilka verkningar ett införande av förhandstillstånd för planerad sjukhusvård inom EU/EES kan få.

Vad gäller förhandstillstånd för planerad sjukhusvård är lagförslagets förutsättningar för att tillstånd skall beviljas mycket lika förutsättningarna enligt förordning 1408/71. Undantaget är att det nya tillståndet skall kunna sökas även för privat vård. Statistik från Försäkringskassan visar på att betydligt färre ansökningar om förhandstillstånd än om efterhandsersättning godkänns. Således kan befaras att antalet beviljade ansökningar om efterhandsersättning kommer att sjunka när en ny lag om förhandstillstånd träder i kraft. Emellertid anges i lagrådsremissen att Försäkringskassan för närvarande genomför en översyn av sin tillämpning av förordning 1408/71, och att denna översyn kan leda till att fler förhandstillstånd beviljas enligt förordningen i framtiden.

En viktig skillnad mellan tillstånd enligt förordning 1408/71 och tillstånd enligt lagförslaget är att patienterna i förordningen ersätts av det allmänna innan behandlingen utförs, medan de i lagförslaget får vänta tills behandlingen avslutats. Jag förstår inte varför en patient som är garanterad ersättning skall behöva ligga ute med pengar. Det bästa vore att i båda fallen ersätta patienten direkt när tillstånd beviljas.

Ett problem med dagens förhandstillstånd är att väntetiderna ibland blir långa. I lagrådsremissen skriver regeringen att väntetider över vårdgarantins 90 dagar skall betraktas som onormala, och att väntetiden skall kunna omprövas om patientens tillstånd försämras. Förhoppningsvis kommer detta, tillsammans med nämnda översyn av tillämpningen av förordning 1408/71, leda till att väntetiderna minskar något. Regeringens ovilja att införa ett skyndsamhetskrav på kassans handläggning talar dock emot en sådan förbättring.

Ett annat problem vid handläggningen har varit att bedömningarna, till exempel kring vad som är normal väntetid, en methods vetenskaplighet, eller om en viss behandling omfattas av det svenska sjukvårdssystemet varierat från län till län. I kommentaren till lagförslaget skriver

regeringen att dylika skillnader måste försvinna. Det kan därmed antas att orättvisor i bedömning, grundade på vårdtagarens bostadsort, kommer att bli mer ovanliga när den nya lagen träder i kraft.

Själva idén med förhandstillstånd bygger, liksom kraven på enhetliga bedömningar i hela landet, på tanken om en vård på lika villkor. Skulle ett förhandstillstånd för planerad sjukhusvård införas får även patienter med begränsade ekonomiska medel en möjlighet att erhålla sjukhusvård utomlands. Den nya möjligheten gäller framförallt vård på privat klinik, eftersom förhandstillstånd för vård inom det allmänna sjukvårdssystemet redan tidigare kunnat sökas enligt förordning 1408/71. Om systemet med förhandstillstånd skall bli riktigt rättvist måste dock de patienter som beviljas ett tillstånd slippa ligga ute med pengar, och bli ersatta redan innan resan.

Samtidigt får man inte glömma att regeringens huvudlinje är att minimera antalet vårdresenärer, och att införandet av förhandstillstånd, tillsammans med skapandet av vårdgarantin, är tänkt att öka svenskarnas incitament till att behandlas nationellt. Således utgör förhandstillståndet inte enbart ett medel för att skapa rättvisa mellan patientgrupper, utan även ett ekonomiskt styrinstrument.

Slutligen innebär systemet med förhandstillstånd att de patienter som erhåller planerad sjukhusvård kommer att bli ersatta för fler poster än idag. För närvarande ersätts till exempel inte kringkostnader, något som blir fallet med ny lagstiftning. Vidare skriver regeringen att man, så länge EU inte enats om ansvarsfördelning vid behandlingsskador, eventuellt kan tänkas ersätta också kostnader för återbesök vid felbehandling.

9.4. Hur påverkas den enskilde vårdtagaren av ett utökat EU-samarbete kring hälso- och sjukvårdstjänster?

Gemenskapens inverkan på arbetet med gränsöverskridande vård är tvådelad. Dels träder inom kort en ny förordning, (EG) nr 883/2004, med tillämpningsförordning ikraft. Dels har kommissionen inlett en samrådsprocess som i förlängningen kan leda till att en ny reglering, till exempel i form av ett direktiv, formas på vårdområdet.

Övergången till förordning 883/2004 tycks inte komma att innebära några stora förändringar för den enskilde. De nya artiklarna överensstämmer nästan helt med den gamla förordningens. Förslaget på ny tillämpningsförordning innehåller dock positiva nyheter för vårdtagaren. Exempelvis kommer denne kunna ansöka om efterhandsersättning för akutvård direkt till behörig institution i vårdlandet. Vidare kommer den som sökt och beviljats förhandstillstånd kunna få ersättning, inte bara för kringkostnader som har samband med vården, utan också för medföljande anhörig.

Arbetet med ett direktiv för den gränsöverskridande vården innebär sannolikt fördelar för patienten. Kodifiering och utökat samarbete länder emellan torde medföra att tillgången och tillgängligheten på utlandsvård ökar, och att eventuella fallgropar i systemet försvinner. Genom reglering vill man skapa tydlighet och förutsebarhet. Exempelvis skall dagens förvirrande ordning med att patienten ersätts enligt hemlandets tariffer när vården ges på grundval av EGF, och enligt vårdlandets om behandlingen sker enligt förordning 1408/71, arbetas bort. Kanske införs även gemensamma europeiska taxor och avgifter på vårdtjänster. Ett ökat samarbete kring evidensbaserad vård medför förhoppningsvis att frågetecknen kring innebörden av begreppet ”erkänd av den internationella vetenskapen” försvinner inom gemenskapen.

Andra områden som lär bli föremål för reglering är till exempel väntetider, sjukhusbegreppet, förutsättningar för ersättning och patientsäkerhet. Vad gäller väntetiderna finns förslag på att upprätta en EU-lista över olika sjukdomstillstånd och över vilka minimitider för väntan på behandling som rekommenderas för dessa. Enskilda patienter skulle då kunna kontrollera vad som utgör normal väntetid för just deras sjukdomstillstånd, och

basera en eventuell ansökan om förhandstillstånd för utlandsvård på denna information. På patientsäkerhetsområdet kommer exempelvis regler om ansvar efter patientskada, om förskrivning av läkemedel, om information och om kvalitetssäkring att utvecklas. Förslag finns också på att i varje medlemsland inrätta en särskild institution för patientsäkerhet, samt på en ordning där det betalande landet skall kunna påtala eventuella brister i utlandsbehandlingar.

För svenska försäkrade borde utformningen av bestämmelser kring ansvar vid behandlingsskador och tillgång på information vara av särskilt intresse. Frågan om organisation och kostnadsansvar vid eftervård bör snarast ses över. Detta gäller även eftervård för patienter som inte skadats under behandling.

På området patientskada finns för närvarande ingen gemenskapsreglering alls, och utbudet av information på gemenskapsnivå är begränsat. I framtiden kommer kommissionens hälsportal att förbättra vårdtagarens tillgång på allmän- och jämförande information. I händelse av patientskada kommer den enskilde genom portalen kunna finna uppgifter om ersättningssystem och klagoforum i de olika medlemsländerna. Kanske kan till och med en obligatorisk försäkring för vårdgivare inom gemenskapen införas.

Hälsportalen är ett led i gemenskapens satsning på e-hälsa. Satsningen går till exempel ut på att erbjuda elektroniska recept, elektroniska journaler, ett andra läkarutlåtande, remisser, hemvård m.m. över nätet. Utveckling av e-tjänster inom gemenskapen innebär ett steg framåt för den gränsöverskridande vården, och lär medföra lättnader för vårdresenären, då säkerhet, tillgänglighet och tillgång på information förbättras.

De patienter som kommer att märka av EU-samarbetet mest torde vara de i gränsregionerna och de med allvarligare sjukdomstillstånd. Gränsinvånarna, bland annat därför att flera medlemsstater uttryckt önskemål om utbyte av lediga vårdplatser mellan grannländer i syfte att förkorta nationella vårdköer. De allvarligt sjuka, eftersom kommissionen arbetar med att utveckla europeiska referenscentra för specialistvård. Blir dessa center verklighet skulle svenska landsting kunna remittera patienter med ovanliga sjukdomstillstånd direkt dit, med förkortad väntetid för patienter och minskade kostnader vad gäller inköp av specialutrustning för landstingen, som följd.

9.5. Slutord

Det finns mycket som talar för att allt fler svenska patienter kommer att söka planerad öppenvård utomlands framöver. Statistik från Försäkringskassan visar på en positiv trend under de tre senaste åren, där antalet beviljade efterhandsersättningar för både sjukvård och tandvård ökat. Vad gäller vård efter förhandstillstånd går utvecklingen dock i motsatt riktning. Antalet bifall var redan vid toppnoteringen under 2005 få, men minskade ytterligare under 2006. När regeringen inom kort inför förhandstillstånd för all planerad sjukhusvård innebär detta troligtvis, beaktat gällande vårdgaranti, att den planerade vården på sjukhus utomlands kommer att minska.

Till följd av det utökade vårdssamarbetet inom gemenskapen har flertalet konventioner Sverige haft med de nordiska länderna och andra europeiska stater spelat ut sin roll. Det ökade intresset för europeisk hälso- och sjukvård tycks i viss mån ha inneburit att Sveriges vårdssamverkan med utomeuropeiska länder avstannat. Nästa steg i arbetet med gränsöverskridande vård borde därför bli en utveckling av konventionsvården, till exempel genom att överenskommelser sluts med länder varifrån invandringen varit hög under senare år.

För att återknyta till EU-vården förefaller det naturligt att någon typ av sekundärlagstiftning, till exempel ett direktiv, skapas för att kodifiera EG-domstolens hittillsvarande praxis. Genom ett direktiv skulle gemenskapens fortsatta arbete med koordinering och harmonisering av regler för hälso- och sjukvård vinna nödvändig legitimitet i de olika medlemsstaterna. Samtidigt skulle direktivet innebära ökad förutsebarhet för den enskilde patienten och att

områden som tidigare stått oreglerade, exempelvis bestämmelser kring patientskador och kvalitetsstandarder inom unionen, ses över. Först genom ett direktiv blir den gränsöverskridande vården ett fullgott alternativ till den inhemska.

Genom utbyggnaden av ett vådsamarbete på gemenskapsnivå förstärker EU sin sociala dimension. Att hälso- och sjukvård numera omfattas av Fördragets grundläggande princip om fri rörlighet för tjänster får en mängd konsekvenser, varav enbart en bråkdel behandlats inom ramen för denna uppsats. Förutom fri rörlighet för patienter väcks frågor till exempel om fri rörlighet för sjukvårdspersonal, etableringsfrihet och konkurrensfördelar vårdgivare emellan.

De nya möjligheter som vådsamarbetet frambringar bör i första hand tas till vara av nationella myndigheter, till exempel genom etablering av system för utbyte av vårdplatser i gränsregioner och genom uppbyggnad av kostnadseffektiva centra för högspecialiserad vård i länder där specialkunskap finns. Även privata initiativ bör gagnas av utbyggnaden av en europeisk marknad för hälso- och sjukvård. Utförsäljning av nationella vårdplatser eller kanske etablering av privata specialistsjukhus i låglöneländer lär bli vanligt förekommande. Av de senare skulle offentliga vårdgivare kunna köpa vårdtjänster till ett stigande antal åldriga europeiska vårdtagare.

Klart är att EG-domstolen genom avgöranden i Decker och Kohll och i efterföljande mål tvingat fram översyn, reflektion och revision av nationella vårdssystem. Oaktat den ställning som principen om tjänsterörlighet har inom unionen, är det dock i sista hand medlemsstaterna som är fria att bestämma hur långt en europeisk vådsamverkan skall sträcka sig och vad den skall innefatta. Medlemsstaterna är "Fördragets herrar" och en framtida utbyggnad av den gränsöverskridande vården kräver att Domstolens reformarbete åtnjuter stöd från en majoritet av dem.

Källförteckning

Svenskt offentligt tryck

SOU 2004:12 Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn

SOU 2007:19 Friskare tänder till rimliga kostnader

Socialdepartementet, Ds 2006:4 – Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, en översyn (Cit. Ds 2006:4)

Socialdepartementet, Lagrådsremiss – Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land (Cit. LRM)

Socialdepartementet, Faktapromemoria 2006/07: FPM5, Samråd om reglering av hälso- och sjukvårdstjänster (Cit. Faktapromemoria)

Socialdepartementet, Promemoria – Svar på kommissionens meddelande, S 2007/1117/HS (Cit. Sveriges svar)

Utrikesdepartementet, Konvention med Turkiet om social trygghet jämte slutprotokoll och administrativ överenskommelse om tillämpning av konventionen, SÖ 1981:3

Utrikesdepartementet, Tilläggsöverenskommelse till konventionen den 30 juni 1978 med Turkiet rörande social trygghet (SÖ 1981:3), SÖ 2002:4

Utrikesdepartementet, Konvention med Israel om social trygghet jämte administrativ överenskommelse om tillämpningen av konventionen, SÖ 1983:39

Utrikesdepartementet, Överenskommelse med Algeriet om sjukvårdsförmåner, SÖ 1987:77

Utrikesdepartementet, Överenskommelse med Australien om sjukvård åt tillfälliga besökande, SÖ 1989:33

Utrikesdepartementet, Konvention med Kanada om social trygghet, SÖ 2003:1

Försäkringskassan, Slutrapport – Kartläggning av gränsöverskridande planerad vård inom EU/EES finansierad av Försäkringskassan 2004-2005 (Cit. Slutrapport)

Försäkringskassan, vägledning 2001:3 – Offentlighet eller sekretess? (Cit. 2001:3)

Försäkringskassan, vägledning 2001:7 – Omprövning, ändring och överklagande av Försäkringskassans beslut (Cit. 2001:7)

Försäkringskassan, vägledning 2001:10 – Vårdförmåner i internationella förhållanden (Cit. 2001:10)

Försäkringskassan, vägledning 2002:5 – Tandvårdsförsäkringen (Cit. 2002:5)

SKL, Vård av personer från andra länder, 4:de omarbetade upplagan, Stockholm 2006

SKL, rekommendation AC 35/82

SKL, pressmeddelande: Sjukvården blir ännu bättre med vårdgarantin

SKL, yttrande över meddelande från kommissionen – Samråd om gemenskapsåtgärder som rör hälso- och sjukvården, Dnr 2006/2583 (Cit. Yttrande)

SKL m.fl., Nationell IT-strategi för vård och omsorg

SBU, remissvar till promemorian ”Rätten till ersättning för vård i annat EES-land - en översyn”, Dnr 2006-29/2

Svenska rättsfall

Regeringsrätten mål nr. 5595-99

Regeringsrätten mål nr. 6396-01

Regeringsrätten mål nr. 6790-01

Kammarrätten i Stockholm mål nr. 3593-04

Kammarrätten i Jönköping mål nr. 360-04

Kammarrätten i Jönköping mål nr. 2992-05

Kammarrätten i Jönköping mål nr. 4282-05

Kammarrätten i Sundsvall mål nr. 1019-05

Kammarrätten i Stockholm, mål nr. 2762-06

Offentligt tryck från EU

Rådets förordning (EEG) nr. 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen

Rådets förordning (EEG) nr. 574/72 av den 21 mars 1972 om tillämpningen av förordning 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen

Europaparlamentets och Rådets förordning (EG) nr. 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen

Förslag till Europaparlamentets och Rådets förordning om tillämpningsbestämmelser till förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen

EU-dokument

Council of the European Union, Press Release, Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs, 2733rd Council Meeting, 9658/06

Danmark, Reply to the Commission's "Consultation regarding Community action on health services" (Cit. Danmarks svar)

Estland, Public consultation on Community action on health services (Cit. Estlands svar)

Finland, Commission Communication on consultation regarding Community action on health services: Response of the Finnish Government (Cit. Finlands svar)

Polen, Polish position on the Communication from the Commission of 26 September 2006/SEC (2006)1195/4/ Consultation regarding Community action on health services (Cit. Polens svar)

Spanien, Response from the Spanish Ministry of Health and Consumer Affairs to the European Commission's consultation on Community action on health services (Cit. Spaniens svar)

Tyskland, Answer from the German Federal Government in Co-operation with the Länder on the Commission Communication on Community Action on Health Services (Cit. Tysklands svar)

Rättsfall från EG-domstolen

Mål C-117/77, Judgement of 16 March 1978, Pierik I

Mål C-182/78, Judgement of 31 May 1979, Pierik II

Mål C-120/95, Judgement of 28 April 1998, Decker v. Caisse de maladie des employés privés

Mål C-158/96, Judgement of 28 April 1998, Kohll v. Union des caisses de maladie

Mål C-368/98, Judgement of 12 July 2001, Vanbraekel and others

Mål C-157/99, Judgement of 12 July 2001, Smits and Peerbooms

Mål C-385/99, Judgement of 13 May 2003, Müller-Fauré and van Riet

Mål C-8/02, Judgement of 18 March 2004, Leichte v. Bundesanstalt für Arbeit

Mål C-372/04, Judgement of 16 May 2006, the Queen

Litteratur

Búrca de Gráinne, EU Law and the Welfare State-In Search of Solidarity, Oxford, 2005

Mossialos Elias & McKee Martin, EU Law and the Social Character of Health Care, 2nd printing, Brussels 2004

Erhag Thomas, Fri rörlighet och finansiering av social trygghet - En rättslig studie av EG-rättens inverkan på medlemsstaternas uttag av avgifter för finansiering av social trygghet, Stockholm 2002

Sahlin Jan, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, 7:de upplagan, Stockholm 2006

Westerhäll Lotta, Social trygghet och migration - Kommentar till förordningen 1408/71, Stockholm 1995

Artiklar

Cabral Pedro, Cross-border medical care in the European Union, European Law Review, 1999:4

Läkartidningen, nr 11 2006: Allt fler patienter söker vård utomlands

Mossialos Elias & McKee Martin, Is a European healthcare policy emerging? *British Medical Journal*, No.323, s. 248

Socialdepartementet, artikel i *Norra Västerbotten m.fl.*, 2006-03-17,

Vahlne-Westerhäll Lotta, Regeringsrättens domar om ersättning för vårdkostnader i annan medlemsstat i Europeiska Unionen, *Europarättslig tidskrift*, 2004:2

Intervjuer & mailkontakter

Telefonintervju med Hasse Knutsson, SKL, ca kl. 10, 2007-02-19

Telefonintervju med Ylva Boström, chefsjurist, Rättshjälpsmyndigheten, ca kl. 15.30, 2007-03-14

Telefonintervju med Karin Norlin-Nilsson, Patientnämnden Göteborg, ca kl. 13.30, 2007-03-29

Telefonintervju med Gunilla Sandberg, Försäkringskassans huvudkontor, ca kl. 14, 2007-04-16

Telefonintervju med Sandra Lindfeldt, Försäkringskassans huvudkontor, ca kl. 10.30, 2007-04-19

Rådfrågning per telefon, Apotekets kundcentrum, ca kl. 15, 2007-04-20

Mail från Hasse Knutsson, SKL, 2007-02-21

Mail från Victoria Sjöberg, försäkringsjurist, Försäkringskassans Länskontor Gotland, 2007-02-22

Mail från Maria Bengtsson, Vårdslussen, ca kl. 12, 2007-03-29

Försäkringskassan, mail från huvudkontoret, StatistikEGFE112Sammanställning200401-200612, 2007-02-09

Internet

www.forsakringskassan.se, Sjukvård i internationella förhållanden – försäkringsanalys, 2007-02-12

http://www.forsakringskassan.se/omfk/analys/vardersattningar/sjukvard_internat/, 2007-02-13

[http://www.domstol.se/templates/DV_InfoPage___741.aspx /](http://www.domstol.se/templates/DV_InfoPage___741.aspx/), 2007-03-09

http://www.vgregion.se/vgrtemplates/Page___28323.aspx#, 2007-03-29

http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/2005/all_about/ehealth/index_en.htm, 2007-03-23

<http://europa.eu/scadplus/leg/sv/lvb/l24226f.htm>, 2007-03-28

http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/index_sv.htm, 2007-03-28

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm, 2007-04-11