

Eva Edwardsson*

Nya regler om fri rörlighet för patienter

Sammanfattning

EG-domstolen har sedan 1998 utvecklat sin praxis vad gäller gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Härigenom har patienter inom EU getts långtgående möjligheter att erhålla sjukvård i annat EU-land som bekostats av hemlandets socialförsäkringssystem. Men utvecklingen har skett i ett regulatoriskt vakuum, det vill säga utan vägledning från EU:s lagstiftare. På grundval av EU-kommissionens förslag ska nu medlemsstaterna och Europaparlamentet försöka enas om gemensamma EU-regler.

Om förslaget antas kan det förmodas att patientrörligheten över gränserna kommer att öka. I denna Europapolitiska analys redogörs för förslaget och diskuteras vilka konsekvenser det kan få för EU och Sverige. Vilka patienter kan till exempel förväntas utnyttja den ökade rörligheten och vad händer när makten över beslutet om vård flyttas från läkare till patienter? Förslaget innebär också ökade administrativa kostnader. Är det värt pengarna?

Inledning

Kommissionen lade den 2 juli 2008 fram ett förslag till direktiv om tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.¹ Direktivförslaget innehåller 24 artiklar uppdelade på fem kapitel. Syftet med direktivet är att skapa tydliga riktlinjer för unionsmedborgares möjligheter att få ersättning för planerad sjukvård som utförts i en annan medlemsstat.²

De två största nyheterna med direktivförslaget är för det första en betydande inskränkning av medlemsstaternas hittillsvarande möjligheter att ha system med förhandstillstånd i fråga om vård på sjukhus i andra medlemsstater. I praktiken får möjligheterna att kräva förhandstillstånd anses avskaffade om förslaget antas oförändrat. För det andra begränsas samtidigt patientens rätt till ersättning från sin försäkringskassa till det belopp som vården hade kostat i hemlandet. Därigenom ska vårdutgifterna för medlemsstaterna inte bli större än om vården hade getts

i hemlandet. EU-kommissionen anser inte att det finns belägg för att omfattningen av den gränsöverskridande vården vare sig idag eller i den närmaste framtiden är så stor att den ekonomiska balansen i medlemsstaternas sjukvårds- och sjukförsäkringssystem hotas.³

Det återstår att se hur förslaget kommer att tas emot av medlemsstaterna. Den svenska regeringens generella hållning är positiv.⁴ Emellertid påverkar förslaget i vissa delar medlemsstaternas organisation av den egna hälso- och sjukvården, vilket tillhör medlemsstaternas exklusiva kompetens. Det framgår nämligen av artikel 152.5 i EG-fördraget att gemenskapen ska respektera att det är medlemsstaterna som ansvarar för att organisera och ge sjukvård. Men samma fördrag föreskriver samtidigt fri rörlighet för tjänster.

Bland medlemsstaterna fanns länge ett motstånd mot att se medicinska tjänster och i synnerhet sjukhusvård som en tjänst. EG-domstolens praxis är emellertid sedan

* Eva Edwardsson är lektor i offentlig rätt vid Uppsala universitet.

¹ KOM(2008) 414/3 Europaparlamentets och rådets direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (förslaget).

² Med gränsöverskridande hälso- och sjukvård avses situationer då patienten beger sig till en vårdgivare utomlands, men även gränsöverskridande vårdtillhandahållande (till exempel telemedicin, fjärrdiagnoser och utskrivning av läkemedelsrecept på distans), etablering av vårdgivare i en annan medlemsstat eller tillfällig närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal för att ge vård i en annan medlemsstat, se ingressen i kommissionens förslag, punkt 10.

³ Förslaget, s. 13.

⁴ Faktapromemoria från Socialdepartementet 2007/08:FPM 134, s. 2.

länge entydig. Sjukvård ska ses som en tjänst och omfattas därmed av den fria tjänsterörligheten. Det gäller även om vården är skattefinansierad och patienten inte själv betalar för vården. Medlemsstaterna har alltså rätt att organisera sin hälso- och sjukvård efter eget tycke, men de får inte göra det på ett sätt som står i strid med den fria rörligheten för tjänster.

EG-domstolen har sedan 1998 utvecklat sin praxis vad gäller gränsöverskridande hälso- och sjukvård i ett regulatoriskt vakuum. Det är nu dags för medlemsstaterna och Europaparlamentet att tillgripa lagstiftningsinstrumentet. Frågan är om de önskar lagstifta på grundval av just det här förslaget.

Allmänt om direktivförslaget

Bakgrunden

Det politiskt känsliga hälso- och sjukvårdsområdet har varit föremål för lagstiftningsförsök från EU:s sida redan tidigare. I det första och sedermera förkastade förslaget till tjänstedirektiv fanns en artikel som rörde gränsöverskridande sjukvård.⁵ Förslaget hade i princip medfört en kodifiering av EG-domstolens praxis kring hälso- och sjukvård. I den allmänna turbulensen kring tjänstedirektivet ansågs förslaget ändå vara för långtgående. I det nuvarande tjänstedirektivet 2006/123 är hälso- och sjukvård ett område som ligger utanför direktivets tillämpningsområde.

Direktivförslagets tre huvudområden

Förslaget till patientrörlighetsdirektiv bör läsas mot bakgrund av den rättspraxis som EG-domstolen har skapat.⁶ Det som EU-kommissionen föreslår är dock inte enbart en kodifiering av praxis, utan till viss del även nya regler.

EU-kommissionen har disponerat direktivet kring tre huvudområden:

1. Gemensamma principer och regler om vilken medlemsstat som är ansvarig i det enskilda fallet att de gemensamma principerna för hälso- och sjukvård följs (artikel 1-5).
2. Materiella regler för gränsöverskridande hälso- och sjukvård (artikel 6-12).
3. Övrigt hälso- och sjukvårdssamarbete gällande samarbete i gränsregioner, erkännande av recept som har utfärdats i andra länder, skapandet av europeiska referensnätverk, utvärdering av medicinska metoder samt samarbete kring kvalitet och säkerhet (artikel 13-18).

Direktivets syfte

EU-kommissionen menar att det är osäkerheten om tillämpningen av rätten till ersättning för vård i andra medlemsstater som i praktiken hindrar den fria rörligheten för patienter.⁷ Detta är säkert en riktig iakttagelse. När den fria rörligheten hindras, är det brukligt i europeiska integrationssammanhang att efterfråga gemensamma regler. Enligt EU-kommissionen ska de gemensamma reglerna i det här fallet klargöra för det första vem som är ansvarig och för det andra vad patienterna har rätt till.

Artikel 95 som rättslig grund för direktivet - subsidiaritetsprincipen

Den rättsliga grunden för ett patientrörlighetsdirektiv föreslås vara artikel 95 i EG-fördraget, vilket betyder att det ska ses som lagstiftning som underlättar den inre marknadens funktionssätt. Genom att direktivet tar sikte på den gränsöverskridande hälso- och sjukvården undviks möjligen det faktum att artikel 152.4.c, som möjliggör stimulansåtgärder för att skydda och förbättra människors hälsa, uttryckligen utesluter all harmonisering av medlemsstaternas lagar på folkhälsoområdet. Inom områden där EU inte har kompetens gäller inte heller subsidiaritetsprincipen. EU-kommissionen framhåller som skäl för att artikel 95 ska användas att medlemsstaterna inte själva kan skapa en klar och tydlig gemenskapslagstiftning, utan detta måste ske på EU-nivå.⁸

Direktivförslagets relation till annan sekundärrätt

Det föreliggande förslaget till patientdirektiv ska inte ändra något i annan redan gällande sekundärrätt. Först och främst gäller detta grundförordningen 1408/71 om social trygghet för personer som reser och flyttar mellan medlemsstaterna (se dock om skillnader i ersättningsnivåer nedan). I fråga om relationen till annan sekundärrätt som ska gälla oförändrad av införandet av ett patientrörlighetsdirektiv, gäller detta även yrkeserkännandedirektivet 2005/36, personuppgiftsdirektivet 95/46, direktiv 2000/31 om elektronisk handel samt likabehandlingsdirektivet 2000/43.

Vilka är patienternas rättigheter?

Sett ur patienternas perspektiv innehåller direktivförslagets tredje kapitel (artikel 6-12) de viktigaste bestämmelserna. Enligt artikel 6 gäller ett generellt krav på medlemsstaterna att inte hindra försäkrade personer att resa till en annan medlemsstat och där få hälso- och sjukvård.⁹ Artikel 6-12 innehåller sedan mer specificerat vad som kommer att bli medlemsstaternas skyldigheter och patienternas rättigheter.

⁵ KOM(2004) 2, från den 13.1.2004, artikel 23.

⁶ För en beskrivning av utvecklingen i praxis se Edwardsson, Sieps-rapport 2007:5, Fri rörlighet för välfärd? Rättsutvecklingen gällande den fria rörligheten för sjukvårdstjänster.

⁷ Förslaget, s. 7, 9.

⁸ Förslaget, s. 8.

⁹ Med försäkrad person avses den definition som gäller i förordning 1408/71 och senare förordning 883/2004 när den har blivit tillämplig.

Fler möjligheter att resa till annat EU-land för planerad vård?

Sedan tidigare gäller att förordning 1408/71 ger patienter rätt att under vissa förutsättningar få kostnader för planerad vård utomlands helt finansierad med offentliga medel.¹⁰ I dessa fall slipper patienten dessutom att själv betala den utländska vårdgivaren. Istället ingår hemlandets försäkringskassa en betalningsförbindelse med. Däremot begränsas patientens val av vårdgivare till sådana som är anslutna till medlemsstatens allmänna sjukvårdssystem. Eftersom villkoren sammantaget är mer positiva för patienten i förordning 1408/71 jämfört med det som nu föreslås av EU-kommissionen, slås det uttryckligen fast i direktivförslaget att tillämpningen av det kommande direktivet är utesluten om villkoren i förordning 1408/71 är uppfyllda.¹¹

Utöver rätten till vård utomlands på grundval av förordning 1408/71 föreligger enligt EG-domstolens praxis också en rätt till vård grundad direkt på den fria tjänsterörligheten i artikel 49 EG. Det har alltså hittills funnits två ”spår” vad gäller rätten till patientrörlighet.¹² Det är högst sannolikt inte EU-kommissionens avsikt att förslaget till patientrörlighetsdirektiv ska innebära ett tredje spår. Snarare är nog förhoppningen att direktivförslaget – som ju är en lagstiftningsåtgärd – ska tillämpas utan att patienter framöver ska ha anledning att åberopa artikel 49 EG.¹³

Vilken vård?

En viktig förutsättning för att en patient ska kunna åberopa det kommande direktivet om patientrörlighet är att behandlingen i fråga som i nuvarande rättspraxis ingår i de förmåner som omfattas av lagstiftningen i den medlemsstat där patienten är försäkrad och som den försäkrade personen har rätt till (artikel 6.1). I direktivförslagets allmänna motivering betonas att medlemsstaternas rätt att själva avgöra vilka sjukförmåner de ska erbjuda inte påverkas. Det sägs också ”Om en viss behandling inte ingår i de förmåner en medlemsstat erbjuder sina medborgare hemma, införs med detta direktiv inga nya rättigheter för patienterna att få behandlingen utomlands och få kostnaderna ersatta”.¹⁴

Detta bör kunna tolkas så att om ett par med fertilitetsproblem endast får tre försök med fertilitetsbehandling ersatta i hemlandet, kan de sedan inte resa utomlands med anspråk på att få ytterligare behandlingar ersatta. Däremot framstår det inte som helt klart om patienten har rätt att resa utomlands enbart för att få en annan

behandling än den som föreskrivs i hemlandet för en viss diagnos.

Den medlemsstat där patienten är försäkrad kan kräva av patienterna att de ska uppfylla samma villkor, kriterier och administrativa formaliteter för att få ersättning som om vården hade getts i hemlandet, till exempel vad gäller krav att en patient får träffa en specialist först efter att ha kontaktat en allmänläkare (artikel 6.3).

Ersättningsnivån

För vård med stöd av det kommande patientrörlighetsdirektivet begränsas rätten till ersättning för vård utomlands upp till det belopp som skulle ha betalats ut för vården i hemlandet, utan att överskrida de faktiska vårdkostnaderna (artikel 6.2). Alla extrakostnader måste vårdtagaren själv stå för.¹⁵ Vad som avses med extrakostnader klargörs inte i direktivet. Däremot påpekas i punkt 24 i ingressen att patienten genom att välja vård utomlands inte ska uppnå en ekonomisk fördel av detta.

Om vården utomlands är dyrare än ju den överskjutande delen en ”extrakostnad”, som då måste täckas av patienten själv. Kostnaden för resa, logi sam eventuell medföljande person är också extrakostnader och dessa berörs inte alls i direktivet. Det går inte med direktivets nuvarande utformning att avgöra om en patient får räkna in kostnader för resa och logi som ”faktisk kostnad” för vård.

Ur medlemsstaternas synvinkel är dock väsentligt att en patients resa utomlands för vård enligt direktivet aldrig kan medföra en högre kostnad jämfört med om vården hade getts i hemlandet. På det här sättet kan den gränsöverskridande sjukvården öka i omfattning, samtidigt som medlemsstaterna i och för sig inte drabbas av högre kostnader. Kommissionen menar att ett kommande direktiv därför inte kommer att urholka medlemsstaternas sjukvårds- och socialförsäkringssystem.¹⁶

Samtidigt bör påpekas att vårdköer uppstår därför att sjukvården inte har tillgång till obegränsade resurser. Ett krasst konstaterande är ju att om vårdvolymen ökar till följd av att patienter reser utomlands istället för att stanna i en vårdkö i hemlandet, kan de totala sjukvårdskostnaderna komma att öka, vilket blir en fråga som sjukvårdspolitikerna måste hantera. Skulle omfattningen av inflödet av patienter från andra medlemsstater bli stort, påpekas i ingressens punkt 12 att direktivet inte kräver att vårdgivarna ska prioritera patienter från andra medlemsstater till nackdel för de egna patienterna med liknande vårdbehov.

¹⁰ I fråga om akut vård gäller andra regler, som inte berörs närmare här.

¹¹ Förslaget artikel 3.2.

¹² Edwardsson, s. 22.

¹³ Medlemsstaterna kan dock inte genom att utfärda sekundärrätt ändra i den primära EG-rätten eller EG-domstolens tolkning av den. Avgörandet om det ska finnas två eller tre ”spår” för patientrörlighet ligger därför hos EG-domstolen själv.

¹⁴ Förslaget, s. 13.

¹⁵ På sidan 5 nämns extrakostnader. I ingressens punkt 18 och 32 sägs att kostnadsersättningen ska vara minst på den nivå som om vården hade utgått i hemlandet.

¹⁶ Förslaget, s. 8.

Erkännande av recept

Patienter har rätt enligt artikel 13 att i hemlandet få ut de mediciner som skrivits ut på recept av en ansvarig läkare i ett annat EU-land. Detta kan vara till fördel för en enskild patient, men kommer till exempel kunna motverka den svenska sjukvårdens försök att begränsa vad som anses vara för generös förskrivning av penicilliner. Det finns även andra områden där det kan uppstå konflikter. I Sverige är till exempel förskrivningen av metadon till drogmissbrukare hårt reglerad. Kan svenska apotek vägra att godkänna recept på metadon som skrivits ut av en läkare i ett annat EU-land? En sådan fråga måste prövas i domstol och en begäran om förhandsavgörande till EG-domstolen blir förmodligen nödvändig.

Vilka skyldigheter får medlemsstaterna?

Mekanism för beräkning av vårdkostnader

Medlemsstaterna åläggs i direktivförslaget att skapa en mekanism som gör att kostnaderna för vård kan beräknas. Denna mekanism måste vara baserad på objektiva, icke-diskriminerande kriterier som är kända på förhand. Kostnaden får inte understiga kostnaden för samma eller liknande vård som ges i medlemsstaten (artikel 6.4). En del EU-länder har redan fastställt taxor med vilken viss vård ersätts. För de svenska landstingen återstår möjligen en del arbete på denna punkt. Det gäller att kunna ange exakt vad en viss behandling kostar, för det är detta belopp som en patient ska ersättas med. Besluten om belopp måste i det enskilda fallet kunna överklagas i domstol.

Vård på och utanför sjukhus

Artikel 7. Vård utanför sjukhus

För vård utanför sjukhus får medlemsstaten där patienten är försäkrad inte kräva förhandstillstånd, vilket är i enlighet med EG-domstolens praxis allt sedan målen C-158/96 Kohll och C-120/95 Decker. I den allmänna motiveringen kan emellertid utläsas att medlemsstater ju ifråga om vård utanför sjukhus kan begränsa valet av vårdgivare eller tillämpa andra planeringsåtgärder inom landets gränser.¹⁷ Sedan anges att dessa begränsningsåtgärder också kan gälla gränsöverskridande vård utanför sjukhus, förutsatt att de respekterar friheterna på den inre marknaden. Det framstår inte som helt klart vad detta innebär i praktiken.

Artikel 8. Sjukhusvård, specialistvård, förhandstillstånd

I artikel 8.1 anges att enligt direktivförslaget avses med sjukhusvård sådan hälso- och sjukvård som kräver att patienten läggs in minst en natt. Dessutom skapas en särskild förteckning, vilken ska sammanställas och regelbun-

det uppdateras av kommissionen, för vård som inte kräver att patienten läggs in mer än en natt. Förteckningen får endast innehålla sådan hälso- och sjukvård som kräver högt specialiserad och kostandsintensiv medicinsk infrastruktur eller i fråga om hälso- och sjukvård som innebär behandlingar som utgör en särskild risk för patienten eller allmänheten.

I artikel 8.3 och 8.4 formulerar EU-kommissionen ett förslag som måste sägas avvika från det hittills gällande rättsläget. EG-domstolen har medgett att medlemsstaterna håller sig med krav på tillstånd för att patienter ska kunna få planerad sjukhusvård i andra medlemsländer. Samtidigt får medlemsstaterna inte avslå ansökningar om tillstånd om vården inte kan ges i tid.¹⁸

I direktivförslaget vill EU-kommissionen införa följande villkor för att medlemsstaterna ska få införa (och behålla) systemet med förhandstillstånd:

- om vården hade getts på medlemsstatens territorium så skulle de ha ersatts,
- syftet med förhandstillståndet är att hindra att utflödet av patienter allvarligt försvagar eller sannolikt allvarligt försvagar den ekonomiska balansen i medlemsstatens system för social trygghet och/eller planering och rationalisering som gjorts inom sjukhussektorn för att undvika överkapacitet, obalans i utbudet av sjukhusvård, slöseri med ekonomiska och logistiska resurser etc. Systemet med förhandstillstånd ska enligt artikel 8.4 begränsas till vad som är nödvändigt och får inte heller utgöra ett medel för förtäckt diskriminering.

Skrivningarna i punkt 8.3a och 8.3b är direkt hämtade från EG-domstolens praxis. Emellertid är den väsentliga skillnaden att EU-kommissionen vill att medlemsstaterna ska kunna använda sig av krav på tillstånd i förhand endast om det finns ett pågående eller sannolikt hot mot den ekonomiska balansen i medlemsstatens sjukvårdssystem. Med tanke på hur låg patientrörligheten faktiskt är, kommer ett land som Sverige inte kunna införa ett system med förhandstillstånd med mindre än att Sverige kan visa att utflödet av patienter redan blivit eller är på väg att bli ett allvarligt hot. Samma sak gäller förmodligen för alla medlemsstater, utom dem som blev medlemmar 2004. Systemet med förhandstillstånd vid vård på sjukhus avskaffas därmed i praktiken.

Organiseringen av hälso- och sjukvården

Medlemsstaterna ges ett ansvar för att organisera sin sjukvård så att den stämmer överens med direktivets bestämmelser. Artikel 5 i direktivet innehåller ett flertal krav på medlemsstaterna. En del av dessa framstår som självklara, medan andra mycket väl kan ses som frågor gällande hälso- och sjukvårdens organisering, som alltså inte är en uppgift för gemenskapen.

¹⁷ Förslaget, s. 15.

¹⁸ Vad som anses vara vård "i tid" framgår av p. 68 i målet C-372/07 Watts. Tiden i vårdkö får inte överskrida den tid som enligt en objektiv medicinsk bedömning av patientens vårdbehov är godtagbar. Vid denna bedömning skall hänsyn tas till patientens individuella hälsotillstånd, sjukdomshistoria, sjukdomens sannolika förlopp, smärta och/eller typ av handikapp vid tidpunkten för tillståndsansökan. Väntetiderna skall också vara flexibla och anpassningsbara, det vill säga om patienten blir sämre skall tiden i vårdkö kunna kortas.

Bland skyldigheter som mer direkt berör medlemsstaternas exklusiva kompetens att organisera hälso- och sjukvård i sig kan nämnas:

- att det finns arrangemang som säkrar att vårdgivarna kan uppfylla sådana normer med beaktande av internationell medicinsk vetenskap och allmänt vedertagen god medicinsk praxis,
- att vårdgivarnas praktiska tillämpning av sådana normer regelbundet övervakas och att lämpliga åtgärder vidtas om relevanta normer inte följs med beaktande av nya medicinska rön och metoder,
- att patienterna har möjlighet att klaga och garanteras prövning och kompensation när de lider skada på grund av den vård de fått,
- att det för den vård som bedrivs på deras territorium finns system med yrkesansvarsförsäkring eller en garanti eller liknande arrangemang som är likvärdiga eller i allt väsentligt jämförbara när det gäller syftet och som är anpassade till riskens art och omfattning,

Mer självklara punkter i listan över medlemsstaternas ansvar är:

- att den grundläggande rätten till personlig integritet vid behandling av personuppgifter skyddas i överensstämmelse med nationella åtgärder som genomför gemenskapens bestämmelser om skydd av personuppgifter, särskilt direktiven 95/46/EG och 2002/58/EG,
- att patienter från andra medlemsstater behandlas på samma villkor som medborgarna i den behandlande medlemsstaten, vilket även omfattar skydd mot diskriminering enligt gemenskapsrätt och nationell lagstiftning i den behandlande medlemsstaten.

Direkt relaterad till den gränsöverskridande hälso- och sjukvården är endast en punkt:

- att vårdgivarna ger patienterna all relevant information så att de kan fatta välgrundade beslut, särskilt information om vårdens tillgänglighet, kostnad och resultat och uppgifter om deras försäkringsskydd eller annat personligt eller kollektivt skydd rörande yrkesansvar.

EU-kommissionen menar att artikel 5 inte påverkar medlemsstaternas förmåga att själva organisera sin sjukvård. Det kan i och för sig också hävdas att EU-kommissionen kan sägas följa intentionerna i artikel 95.3, det vill säga i fråga om hälsa och säkerhet, så ska kommissionen i sina förslag utgå från en hög nivå. Resonemanget är emellertid inte invändningsfritt. Är det till exempel en fråga för EU att reglera frågor om patientskadeersättning? Kommissionen anför att 78 % av EU:s medborgare anser att medicinska misstag är ett stort problem. Därtill kommer att undersökningar tyder på att skador orsakade av vården i sig står för 10 % av vårdfallen. EU-kommissionens slutsats blir att för att inte medborgarna ska avskräckas från att söka gränsöverskridande vård, måste det finnas regler på

EU-nivå om skyldigheterna att hantera fall med skador i vården samt regler om yrkesansvar för vårdpersonal.¹⁹ Här bör man ändå ställa frågan om genomförandet av direktivet och all den administrativa överbyggnad som det i dessa delar kommer att skapa behov av, står i proportion till de problem som direktivet avser att motverka.

Förvaltnings- och förvaltningsprocessuella regler

Handläggningsgarantier

EU-kommissionen föreslår i artikel 9 att det ska ställas krav på medlemsstaternas handläggning av ärenden som gäller vård i en annan medlemsstat. Alla system för rutiner ska vara lätt tillgängliga och garantera att ansökningarna behandlas objektivt och opartiskt. Dessutom ska det finnas tidsfrister som medlemsstaterna fastställer och offentliggör på förhand. Även om det är medlemsstaterna som avgör tidsfristerna, anfördes i ingressen att 15 dagar är ett riktmärke för den tid som en patient ska behöva vänta på ett beslut om gränsöverskridande vård.²⁰ Kriterier för avslag på ett eventuellt förhandstillståndssystem ska finnas tydligt angivna i förväg. När medlemsstaterna fastställer tidsfrister ska de ta hänsyn till sjukdomen i fråga, patientens smärta, funktionshindrets art och patientens arbetsförmåga. Samtliga beslut ska vara överklagbara.

Information till patienterna från hemlandet

Direktivförslaget ålägger i artikel 10 medlemsstaterna att tillhandahålla information om hur vård utomlands kan erhållas och på vilka villkor. Informationen ska vara lätt tillgänglig och finnas även i elektronisk form. EU-kommissionen avser att ta fram ett standardformat för hur sådan information ska se ut.

Nationella kontaktpunkter

Liksom fallet är med andra direktiv som gäller den inre marknaden, så ska det enligt artikel 12 finnas nationella kontaktpunkter där patienter ska kunna finna information om sina rättigheter. När varje medlemsland skapar en sådan kontaktpunkt, är tanken att det ska bildas ett nätverk av kontaktpunkter som EU-kommissionen avser att leda. I den utsträckning informationen kommer att läggas ut på internet, vilket ju framstår som mest adekvat, kommer även vårdföretag kunna dra fördel av att få snabb och uppdaterad information om vilka ersättningsnivåer som gäller i olika länder.

Det anges att det ska vara enkelt för en patient att finna information om kvalitetsgarantier, hur personuppgifter skyddas, hur man gör för att överklaga etc. Dessutom ska kontaktpunkterna kunna bistå enskilda patienter i händelse av skada på grund av hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat. Här nämns i artikel 12.2.b relativt långtgående skyldigheter för medlemsstaterna. Kontaktpunkterna ska i nära samarbete med varandra kunna hjälpa enskilda välja lämplig tvistlösningsmetod utöver domstolsprövning samt vid behov hjälpa dem (patienterna) att följa upp ärendet.

¹⁹ Förslaget, s. 11-12.

²⁰ Ingressen p. 33.

Övriga bestämmelser

Medlemsstaterna åläggs i artikel 13 en uttrycklig skyldighet att samarbeta i den utsträckning som krävs för att förverkliga direktivet.

Ett konkret område där sådant samarbete kommer att krävas är frågor om erkännande av recept som utfärdats i en annan medlemsstat. Varje medlemsstat ska erkänna recept som har utfärdats av en behörig person i en annan medlemsstat för en namngiven patient. Begränsningar av erkännande av recept är som huvudregel förbjudna, men sådana begränsningar kan ändå tolereras om de är begränsade till vad som är nödvändigt och proportionellt för att skydda människors hälsa och är icke-diskriminerande. Dessutom går det att begränsa erkännande av "utländska" recept om det finns "legitima och berättigade" tvivel angående äktheten eller innehållet i ett enskilt recept.

Europeiska referensnätverk för vårdgivare ska inrättas. Dessa är inte öppna för alla, utan endast de vårdgivare som uppfyller en lång rad kriterier, som berör områden som tillräcklig kapacitet, att de arbetar tvärvetenskapligt, att de kan erbjuda expertis på hög nivå, att de bedriver forskning, samarbetar med såväl expertcentra som patientföreningar etc. De vårdgivare som ingår i referensnätverken bildar tillsammans en gigantisk gemensam sjukvårdsorganisation. Patienter som lider av sjukdomar som kräver särskilda resurser och expertis får därigenom ett större utbud av högkvalitativ vård. Referensnätverken bidrar till kunskapsutbyte vårdgivare emellan. Det sägs också att medlemsstater som inte har så många patienter med en viss sjukdom eller som saknar teknik och expertis ska kunna bli hjälpta av dessa nätverk (artikel 15.2.f). Det ska även bildas nätverk mellan myndigheter som är ansvariga för utvärdering av medicinska metoder.

Analys

Om direktivet antas, kan det förmodas att patientrörligheten över gränserna kommer att öka. Eftersom vård utomlands ersätts endast med det belopp som hade utgått i hemlandet, kan det också inträffa att patienter inte kommer att kunna söka vård utomlands. En del individer kommer att finna att de inte har råd att betala mellanskillnaden mellan faktisk vårdkostnad och det som de erhåller i ersättning. Är detta ett problem? Frågan diskuteras inte alls i förslaget till direktiv, vilket är en brist. Enligt 1966 års FN-konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter ska vård vara tillgänglig för alla på lika villkor. Självklart har det alltid varit möjligt för mer välbeställda medborgare att själva betala sin vård. Utvecklingen av den fria patientrörligheten leder dock till att den allmänna sjukvårdens ekonomiska medel i högre grad än tidigare ska gå till individer som är tillräckligt mobila och välinformerade för att kunna ta vara på sina rättigheter. Samtidigt är väl tanken att de patienter som vill lägga sina ekonomiska resurser på att få vården snabbare och kanske bättre i utlandet, inte ska hindras från en sådan prioritering. De som inte vill eller har resurserna blir kvar i hemlandets värdkö, som i alla fall marginellt kan kortas av att några patienter faller

bort. Det ska även påminnas om att möjligheterna till vård utomlands enligt förordning 1408/71 kvarstår.

Om någon skulle vilja anföra argumentet att patientrörlighetsdirektivet kommer att kunna bidra till en mindre jämlik vård, blir säkert motargumentet att då är det bara för medlemsstaterna att bli mer generösa med sina ersättningsnivåer och alltid ersätta faktisk vårdkostnad och gärna även kostnader för resa, logi och medföljandeperson. Kanske finns det också förespråkare för ett sådant synsätt. Här och var i direktivförslaget kan nämligen motsättningar mellan skilda synsätt anas. Det sägs till exempel i den inledande texten att syftet med direktivet är att på grundval av EG-domstolens praxis lägga fram ett förslag till tydliga regler för gränsöverskridande hälso- och sjukvård "i de fall den vård patienterna behöver bäst kan ges i en annan medlemsstat än deras hemland".²¹ Patienträttigheter till gränsöverskridande sjukvård formulerad på detta sätt låter som att patienter ska ges en generell rätt att resa till den bästa vården varhelst den ges inom EU.

Något som diskuteras mycket litet av EU-kommissionen är om vårdvolymen kommer att öka om medlemsstaterna inte längre kan vägra tillstånd till patienter som faktiskt kan ges vård på sjukhus i tid i hemlandet. Vanligen är det ju så att värdköer uppstår, inte för att det är praktiskt omöjligt att till exempel operera alla höftledspatienter, utan för att resurserna är begränsade. Svenska landstingsdrivna sjukhus får inte operera fler än ett visst antal patienter, eftersom det på politisk väg har gjorts en prioritering mellan olika vårdbehov. I den skattefinansierade vården där vård ges efter behov och inte efter betalningsförmåga finns det också en fråga som sällan diskuteras, nämligen den att en del patienter överkonsumerar vård. Ett genomförande av direktivet bidrar till att makten över beslutet om vård ska ges flyttas från läkarna till patienterna, vilket inte nödvändigtvis enbart är till godo.

Däremot kommer förmodligen antalet mål som gäller vård på grundval av artikel 49 att minska. Nu införs ju gemensamma regler för gränsöverskridande vård utomlands. Inte på någon punkt är direktivförslaget mindre förmånligt än EG-domstolens praxis. Därför kan det förväntas att EG-domstolen inte har samma invändningar på det kommande direktivet jämfört med hur domstolen har betonat den självständiga betydelsen av artikel 49 trots existensen av förordning 1408/71.

Direktivet kommer sannolikt att medföra att de allmänna förvaltningsdomstolarna kommer att konfronteras med en mängd nya mål. Målen kan säkert komma att inrymma bedömning av bevis gällande om en behandling är i enlighet med vetenskap eller beprövad erfarenhet. Vidare kommer de mekanismer som landstingen tar fram vad gäller vilka ersättningsnivåer som ska gälla att bli föremål för prövning i domstol, oavsett hur de utformas. Det är hög tid för landstingen att se över de ersättningsnivåer som ändå gäller inom ramen för vårdgarantin.

Det är också en öppen fråga om vi genom direktivet får en lösning på problem när patienter vill ha en annan behandling än den som svensk läkarexpertis vill ge. Här

²¹ Förslaget, s. 4.

är ju whiplashskadade patienter ett bra exempel. Svensk sjukvård verkar i första hand rekommendera sjukgymnastik och värktabletter. Det förekommer endast steloperationer av nacke på försök bland svenska läkare. I Tyskland finns emellertid läkare som erbjuder sådana steloperationer. Om en svensk patient önskar genomgå en operation i Tyskland, vilken är då ersättningen upp till det belopp som hade ersatts om vården hade getts i Sverige? Är det kostnaden för värktabletter eller är det priset för en liknande operation som faktiskt genomförs i Sverige om än inte allmänt?

Det pågående lagstiftningsarbetet i Sverige i fråga om att införa ett system med förhandstillstånd för sjukhusvård utomlands verkar ha avstannat.²² Om det alls är någon idé att gå vidare med lagstiftning måste avgöras mot bakgrund av en bedömning om vad förhandlingarna om direktiv-

förslaget om patientrörlighet kommer att resultera i. Så länge som andra länder kräver sina patienter på tillstånd, finns egentligen inga skäl för Sverige att inte göra detsamma.

EU-kommissionens förslag till direktiv får gärna tas emot positivt, bara det också förs en kritisk diskussion. Den byråkratiska överbyggnaden i form av kontaktpunkter och även de europeiska referensnätverken kommer att innebära en del kostnader. Måste läkarexpertisen börja utbyta erfarenheter under EU-kommissionens ledning, istället för att förlita sig på det utvecklingsarbete som redan sker inom ramen för vetenskaplig forskning och internationella läkarkonferenser? Är EU-kommissionens förslag värt pengarna? Eller är det bättre med ett nollalternativ, det vill säga att det nuvarande rättsläget bibehålls? Detta är angelägna frågor för sjukvårdspolitikerna på både nationell och regional nivå. ●

²² Det senaste steget i lagstiftningsprocessen var lagrådsremissen Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land från den 22 januari 2007.