

Nya vårdmöjligheter utomlands för svenska patienter bosatta i Sverige: Vilken roll bör läkare och annan vårdpersonal axla i denna utveckling?

Det är viktigt att behandlande läkare och andra vårdgivare verkligen tar sitt patientansvar och sätter sig in i gällande regelverk för att kunna informera vårdtagarna om deras rättigheter och möjligheter till vård inom EU, och därmed på bästa sätt tillgodoser patientens behov och rätt till hälsa.

BRITA LOKRANTZ-BERNITZ
doktorand, Department of public health and policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine (University of London)

brita.lokrantz@lshtm.ac.uk

ULF BERNITZ

professor i europeisk integrationsträtt, Stockholms universitet och Institute of European and Comparative Law, University of Oxford

ulf.bernitz@juridicum.su.se

En viktig förändring har skett när det gäller de legala förutsättningarna för den svenska hälso- och sjukvården. På kort tid har vi gått från en huvudsaklig nationell avgränsning till dagens hälso- och sjukvårdssituation, som blir allt mer färgad av EU-samarbetet. Efter Regeringsrättens banbrytande sjukvårdsdomar, berörda nedan, kan man i dag till och med tala om en europeiseringsprocess inom vården. Svenska patienter kan nu i stor utsträckning söka hälso- och sjukvård i andra EU-länder och sedan skicka räkningen till den svenska försäkringskassan. Svenska patienters val – men också vårdmöjligheter – har därmed ökat betydligt. Vi ser också början till en utveckling där patienterna inte bara är vårdtagare utan också vårdkonsument. Detta innebär att framtida patienter i större utsträckning kan ställa egna krav på vården när det gäller kvalitet och tillgång och, lite tillspetsat, som vilken annan välinformerad konsument som helst söka sig till det EU-land och den inrättning som erbjuder bäst vårdkvalitet.

Oklart vems ansvar det är att informera

När nu svenska patienter fått nya och utökade vårdrättigheter och -möjligheter uppkommer frågan vems ansvar och skyldighet det är att informera om dessa. Kan man verkligen begära att en sjuk person och dennes anhöriga skall vara

aktiva konsumenter och ensamma söka finna bästa möjliga möjlighet till vård? Enligt vår mening är svaret nej. Förutom de relativt givna etiska frågetecknen får vi inte glömma att de allra flesta patienter och anhöriga inte kan tillräckligt om ohälsa och sjukdom för att vara välinformerade och aktiva konsumenter. Genom sjukdomen har många också rent faktiskt en nedsatt förmåga att kunna agera. Ansvaret måste därför, i våra ögon, i stor utsträckning ligga hos behandlande läkare och annan vårdpersonal, och i viss mån hos försäkringskassan och landstinget.

Nästa fråga vi då ställer oss är varför så få svenskar verkar känna till och utnyttja sina EU-rättsliga vårdprivilegier? Är det till följd av en olycklig okunskap från vårdpersonalens, försäkringskassans och landstingets sida om den nya situationen eller är det en medveten process för att försöka tona ner en utveckling som kan visa sig vara både ekonomiskt kostsam och organisatoriskt besvärlig att hantera? Det är ju inte direkt någon nyhet att man från åtskilligt politiskt håll förhåller sig relativt skeptiskt till det tilltagande EU-samarbetet inom hälsoområdet.

När har patienter som bor i Sverige rätt till vård inom annat EU-land?

För att förstå det nya läget bör man veta att hälso- och sjukvård inom EU betraktas som en form av tjänster och att EG-fördraget vilar på huvudprincipen att det skall råda fri rörlighet för tjänster inom EU. Den högste uttolkaren av fördraget, EG-domstolen, har i ett flertal prejudice-rande domar avvisat den av många tidigare hävdade uppfattningen att medicinsk verksamhet, och då särskilt sjukhusvård, skulle falla utanför EG-fördragets tjänstebegrepp.

EG-domstolen har slagit fast att alla slag av medicinsk behandling utgör tjänster i fördragets mening och att den enskilde normalt har rätt att efterfråga

och åtnjuta både sjukvård och tandvård i annat medlemsland än det egna.

Möjliga undantag

När det gäller möjliga undantag från denna princip gör man en grundläggande skillnad mellan å ena sidan öppen sjukvård jämte annan medicinsk behandling och tandvård (öppen vård) och å andra sidan slutet sjukvård. För öppen vård gäller att det är fritt att söka och utnyttja sådan i annat EU-land. Medlemsländerna får inte ställa upp krav på förhandstillstånd. Motsvarande gäller inköp av ordinerade sjukvårdsartiklar, såsom glasögon och rullstol. Ersättning skall betalas av den svenska försäkringskassan om motsvarande vård skulle ha ersatts i Sverige (med avdrag för en summa motsvarande våra svenska patientavgifter).

Här märks Regeringsrättens dom den 30 januari 2004, Knut Stigell mot Riksförsäkringsverket. Stigell, som bodde delar av året i Tyskland, hade där gjort en omfattande tandbehandling med inläggning av proteser. Regeringsrätten gjorde i domskälen en omfattande genomgång av rättsläget mot bakgrund av EG-rätten och fann att försäkringskassan var skyldig ersätta Stigell med vad som skulle ha betalats i tandvårdsersättning om behandlingen hade gjorts i Sverige.

Ett undantag är så kallade onödiga behandlingar, t ex vissa typer av skönhetsoperationer (med andra ord behandlingar som inte omfattas av medlemsländernas sjukförsäkrings- och sjukvårdssystem). När det gäller olika typer av lindrande behandlingar blir det alltså avgörande om motsvarande behandling i

Det förefaller finnas en brist på tillräcklig information från ansvariga myndigheters sida om den nya situationen.

Sverige skulle ersättas av försäkringskassan.

När det gäller slutna vård (sjukvård över natt på sjukhus) har EG-domstolen valt att inte gå lika långt av hänsyn till de nationella sjukvårdssystemens behov av planering och finansiering. Den tidigare vanliga svenska uppfattningen att svenska patienter (med begränsade undantag) inte hade rätt till slutna vård i annat EU-land är dock felaktig. EG-domstolen har i sina avgöranden preciserat i vilka situationer en patient har rätt till slutna vård utomlands inom EU.

Reglerna

I korthet gäller följande regler för svenska patienter att söka slutna sjukvård i annat EU-land:

- Om en viss typ av hälso- och sjukvård inte återfinns i Sverige, men är, enligt gällande internationell medicinsk vetenskap och expertis, förenlig med beprövad vetenskap och erfarenhet, har svenska patienter rätt till behandling enligt denna vårdform i ett annat EU-medlemsland och sedan rätt till ersättning från den svenska försäkringskassan.

- Vidare har svenska patienter rätt till slutna sjukvård i annat EU-land om vårdköerna till den typ av behandling som de är i behov av är »acceptabelt« långa. Frågan vad som menas med »acceptabelt« lång kö har dock inte precisrats av EG-domstolen. Svenska myndigheter och domstolar får ta ställning till den närmare tolkningen. I sista hand ankommer avgörandet på Regeringsrätten.

Man kan dock utgå från att tolkningen skall ske med utgångspunkt i patienternas situation. Rör det sig om en situation där redan ett kort dröjsmål kan vara livsavgörande är med all sannolikhet även en helt kort väntetid att betrakta som oacceptabel. Rör det sig å andra sidan om ett ingrepp som utan större nackdel kan avvaktas en tid är den tillåtna tidsrymden givetvis längre.

Fick ersättning

I ett i Regeringsrätten uppmärksammat avgörande, Susanne Jelinek mot Riksförsäkringsverket av den 30 januari 2004, var huvudfrågan huruvida den behandling mot sjukdomen SLE (systemisk lupus erythematosus) som Jelinek med stor framgång fick vid en universitetsklinik i Kiel (det s k Kielprotokollet baserat på cellgiftsbehandling) hade funnits att tillgå i Sverige. Regeringsrätten godtog inte Riksförsäkringsverkets invändningar vare sig mot metoden som sådan eller om att motsvarande behandling funnits tillgänglig inom landet. Detta visar att de uppställda förutsättningarna för att kunna få slutna vård utomlands ersatt inte får tolkas alltför re-

striktivt. (Jelinek fick ersättning för fulla behandlingskosten 70 000 US-dollar med avdrag för ett belopp motsvarande svenska patientavgifter.)

Förhandstillstånd kan krävas

Enligt EG-domstolen får krav ställas på att nationella förhandstillstånd skall ges till patienter som söker slutna sjukvård i en annan EU-medlemsstat. Ett sådant tillstånd kan vägras endast om identisk behandling eller en behandling som är lika effektiv för patienten kan erbjudas i hemlandet och under förutsättning att inhemsk vård kan erbjudas utan »oacceptabelt« lång väntetid. Kravet på tillstånd har införts för att möjliggöra för medlemsländerna att planera hälso- och sjukvården och att kunna hålla sig inom vissa ekonomiska ramar.

I Sverige finns emellertid för närvarande över huvud taget inget krav på förhandstillstånd. Det bör dock nämnas att det finns tecken på att detta kan komma att ändras tämligen snart.

Vilken roll bör ankomma på svenska läkare och annan sjukvårdspersonal?

I egenskap av patientens rådgivare, och i många lägen talesman, bör behandlande läkare och annan vårdpersonal alltid sätta patientens välbefinnande och hälsa i första rummet. Eftersom de allra flesta patienter har varken kunskap eller möjlighet att vara aktiva vårdkonsumenter, torde det följaktligen vara vårdpersonalens skyldighet att informera dem om alla typer av tillgängliga behandlings- och valmöjligheter, inklusive möjligheten att söka sig till ett annat EU-medlemsland för snabbare och ibland kanske även effektivare vård. Denna förmedlande roll, och detta ansvar, ter sig extra viktig i dagens situation. Det förefaller finnas en brist på tillräcklig information från ansvariga myndigheters sida om den nya situationen. Detta har fått det bedrövlige resultatet att många av dagens patienter i onödan står kvar i oacceptabelt långa vårdköer eller kanske nekats en viktig behandling när hjälp skulle stå att få utanför våra nationella gränser.

Socioekonomisk aspekt

Det finns också en viktig socioekonomisk anledning till varför läkare och andra vårdgivare aktivt bör sätta sig in i gällande regelverk och dess möjligheter. Från ett hälsoperspektiv har EU-samarbetet lett till ett utökat vårdutbud, men när det gäller efterfrågan kan man känna oro för att vi i Sverige kommer få ett A- och ett B-lag av patienter. Vi menar att det finns en uttalad risk för att vårdtagare från mindre gynnade socioekonomiska förhållanden inte i samma utsträckning kommer att kunna utnyttja sina nya

EU-rättsligt baserade vårdrättigheter som fallet torde vara med mer välutbildade patienter, särskilt som det finns otillräcklig information om ämnet tillgänglig och det därför krävs att patienten agerar som en speciellt aktiv vårdkonsument. Det är också belagt att personer med högre utbildning lättare tar till sig ny information och mer kritiskt analyserar informationsutbudet än vad fallet är bland lägre utbildade. Sett ur detta perspektiv anser vi att det är särskilt viktigt att svenska vårdgivare axlar en mer aktiv roll när det gäller att informera sina patienter om deras rättigheter att söka vård i ett annat EU-land och därmed ge alla patienter samma chans till hälsa och välmående.

Vi hoppas att vi med denna artikel kunnat visa hur viktigt det är att behandlande läkare och andra vårdgivare verkligen tar sitt patientansvar och sätter sig in i gällande regelverk för kunna informera vårdtagarna om deras rättigheter och möjligheter till vård inom EU, och därmed på bästa sätt tillgodose patienternas behov och rätt till hälsa. Vi kan här inte nog poängtera vikten av att vårdgivare håller sig å jour med den snabba utveckling som just nu sker inom EU på hälso- och sjukvårdsområdet och vilka nya möjligheter som denna utveckling har öppnat för svenska patienter.

Praktiska problem att lösa kvarstår

Avslutningsvis vill vi understryka den stora betydelse läkarnas rådande och guidande funktion kommit att få i det nya läget. Här verkar dock finnas praktiska problem som behöver uppmärksammas och bearbetas. Antag att en läkare vill informera en cancerpatient, som hamnat i en oacceptabelt lång kö för undersökning eller behandling, om tillgängliga, förstklassiga vårdalternativ i andra EU-länder. Var och hur finns den informationen tillgänglig i användbara former? Här finns behov av nya initiativ. Här verkar också öppna sig ett nytt fält för patientföreningar och liknande frivilliga organisationer.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Källor

- Bernitz U, Kjellgren A. Europarättens grunder. 2 uppl. Stockholm: Norstedts; 2002.
Blomqvist P. Mot en gemensam europeisk sjukvårdspolitik, I: Gustavsson S, Oxelheim L, Wahl N. EU, skatterna och välfärden. Stockholm: Santerus. 2004.
Regeringsrättens domar, mål nr 5595-99 och 6790-01. 2004.