

DEN EUROPEISKE PATIENTEN

ETT VÅRDVAL EUROPA,
ELLER ALL MAKT TILL EU?

Eva Westerberg & Fredrik Johansson

www.timbro.se/innehall/?isbn=9175667126&flik=4

2009.05.18

TIMBRO

Copyright © Författarna och Timbro 2009

ISBN 978-91-7566-712-6

info@timbro.se, www.timbro.se

INNEHÅLL

Förord	5
Nackskadan som försvann i Spanien	7
Patientrörlighet – juridisk snårskog och politisk hetluft	8
Dagsläget för planerad vård i annat EU-land	10
Norrbotten ligger närmast Europa	12
Patientrörlighet i praktiken	13
Sveriges roll i patientrörligheten	15
Diskussion	17
Noter	19

FÖRORD

Läsare av både Aftonbladet och Dagens Nyheter svarar i enkäter att vård- och omsorgsfrågor hör till de viktigaste när de bestämmer sig för vilket parti de ska rösta på i valet till Europaparlamentet. Under våren 2009 har framför allt EU:s patientrörlighetsdirektiv fått uppmärksamhet.

Politiker från alla läger har synts flitigt i debatten, trots att alla partier egentligen är överens om att möjligheten att få vård i ett annat land inom EU ska finnas. Men hur det ska gå till råder det delade meningar om. Det förslag som antogs i parlamentet den 23 april har mötts med både ris och ros. Vissa har hävdats att det är ett viktigt steg närmare ett europeiskt vårdval med stärkt patientmakt, medan andra varit skeptiska, då de anser att patienterna med rådande direktiv i själva verket förlorar makten till en byråkrati, med "money talks" som bärande princip.

I reportaget *Den europeiske patienten* förklaras gällande regler för vård inom EU, vad patientrörlighetsdirektivet innebär, vad olika politiker menar är vinster och faror med en öppen marknad för vård, och vilka konsekvenser det kan få för Sverige. Reportaget har till stora delar baserats på intervjuer med experter från Försäkringskassan och Socialdepartementet samt samtal med Europaparlamentarikerna Christofer Fjellner (M) och Åsa Westlund (S). Dessutom har Antonie Elkhoury, tidigare patient i Spanien, delat med sig av sin historia och om sin längtan efter att bli frisk.

Författarna Fredrik Johansson och Eva Westerberg är båda verksamma som projektledare och skribenter vid Timbro. Fredrik Johansson har arbetat med samhälls- och opinionsfrågor som omvärldsanalytiker på United Minds. Fredrik har en examen i nationalekonomi från Lunds universitet. Eva Westerberg har en examen i kultur och kommunikation och har tidigare arbetat bland annat som informatör. Under två år var hon ordförande för Saco Studentråd, där hon arbetade med både nationell och europeisk utbildningspolitik.

Genom intervjuer och egna erfarenheter från både EU och medievärlden har Fredrik och Eva rätat ut många av de frågetecken som jag själv haft

inför det omdiskuterade patientrörlighetsdirektivet. De landar i slutsatsen att verklig valfrihet inom vården är en förutsättning för att hälsan ska bli bättre hos befolkningen. Den svenska vården är i dag bra, men ojämlig. Den lider också på många ställen av alldeles för långa köer. Med ökad konkurrens på sjukvårdsmarknaden kan industrin utvecklas, Sveriges möjligheter att ta emot fler patienter kan öka och på så sätt blir det vinster på flera nivåer. Bland annat kommer inslagen av entreprenörskap inom vård och omsorgsområdet att få chansen att växa.

Men främst kommer patienternas makt att stärkas, och deras resa från patient till frisk att kortas.

Stockholm i maj 2009

Thomas Idergard

Programansvarig, Valfärd & Reformstrategi, Timbro

NACKSKADAN SOM FÖRSVANN I SPANIEN

I maj 2003 drabbades Antonie Elkhoury från Hedemora av en nackskada. Efter drygt ett års väntetid skedde den första operationen som behövde kompletteras redan efter ett halvår. Smärtan blev hela tiden allt värre, och till slut tvingades Antonie dagligen döva smärtan med morfin. Att fortsätta arbeta som tandläkare var det inte tal om. Efter flera års allvarliga besvär träffade Antonie en svensk läkare som var verksam i Malaga. Redan fem veckor efter det mötet var Antonie på plats i Malaga, och blev opererad. Åtta månader efter operationen är han nu tillbaka på sitt arbete, och har till och med börjat spela fotboll. Han känner fortfarande av sin nackskada, men nu räcker det med värktabletter för att hålla smärtan i schack. För varje dag blir han bättre.

Det mest frustrerande är att informationen om att jag kunde bli opererad utomlands inte kom fram tidigare, säger Antonie Elkhoury. Av Försäkringskassan fick jag bara reda på mina skyldigheter, men inte mina rättigheter.

Ibland säger man att man måste vara frisk för att orka vara sjuk. Det räcker nästan inte, fortsätter han, med viss uppgivenhet i rösten. Och det märkliga är att det inte bara kan vara billigare att operera sig utomlands, utan också att det är mycket kortare kötider vilket ju den svenska sjukvården tjänar både tid och pengar på. Många sjukdomar blir värre av att man väntar, vilket måste vara en förlust för alla inblandade. Nack- och ryggsador riskerar ju att bli kroniska om man inte får behandling eller operation inom en viss tid.

PATIENTRÖRLIGHET – JURIDISK SNÅRSKOG OCH POLITISK HETLUFT

EU-kommissionens förslag till direktiv om patienträttigheter vid gränsöverskridande vård – patientrörlighetsdirektivet – syftar i första hand till att utveckla den inre marknaden genom att skapa ett tydligare rättsläge för patienters rätt till ersättning för planerad vård i andra EU-länder.

Frågan om patientrörlighet har debatterats flitigt inför Europaparlamentsvalet 2009, och har sin grund i EG-domstolens beslut att patienter som stöter på otillbörliga förseningar vid behandling har rätt att vända sig till ett annat medlemsland och där få vård som sedan ersätts i hemlandet. Den här rättigheten har utvecklats ytterligare i efterföljande domar och tolkats utifrån unionens grundfördrag. Därefter har domstolen genom praxis utformat vad som kan liknas vid en europeisk vårdgaranti. Dessa patienträttigheter finns i dag endast i form av svårtolkad domstolspraxis och inte i konkret lagstiftning. Patientrörlighetsdirektivet vill ändra på detta. Europaparlamentets ledamöter röstade i slutet av april för att införa direktivet, och för att det ska träda i kraft sommaren 2010 ska Ministerrådet vid årsskiftet 2009/2010 fatta beslut i ärendet. Detta under förutsättning att allt går som det ska. Enligt Thomas Allvin, departementssekreterare på Socialdepartementet, är det dock troligare att vi får vänta till 2010. Även om Ministerrådet lyckas ta ett första beslut före sommaren, vilket det inte kan förväntas göra, så ska ärendet sedan tillbaka till parlamentet för en andra läsning, och efter det eventuellt tillbaka till Ministerrådet.

Huvudregeln enligt förslaget är att patienter har rätt till ersättning för planerad vård i andra EU-länder om samma eller liknande vård hade ersatts i patientens hemland (landet där patienten är försäkrad). Ersättningen ska enligt förslaget uppgå till det belopp som hade ersatts om samma eller liknande vård hade givits i hemlandet.

Antonie Elkhoury förstår inte varför möjligheten att göra fler människor friska snabbare har stoppats så länge:

Varför ställer sig politiker i vägen för att vi snabbt ska kunna få hjälp?

Men "politikerna som ställer sig i vägen" menar att det handlar om att försvara rätten till vård efter behov, och inte vård efter plånbok. Europaparlamentarikerna

Åsa Westlund (S) och Jens Holm (V) skriver i en artikel i Nya Wermlands-Tidningen att Moderaterna inte bryr sig om denna princip, och att dessa dessutom vill ge EU-kommissionen i Bryssel och EG-domstolen större bestämmanderätt över sjukvården. Westlund och Holm menar att besluten om sjukvård ska fattas så nära patienten som möjligt och att EU inte ska ha makten över vem som får vård.¹

Alla ska ha rätt till den vård de behöver. Det är viktigt att eftersträva att alla får vård där de bor, även om jag inte är emot utökat samarbete mellan medlemsländerna när det gäller till exempel vård av sällsynta sjukdomar, säger Åsa Westlund. Initiativet med ett patientrörlighetsdirektiv är bra, även om jag kritiserar mycket i det aktuella förslaget.

Efter beslutet i parlamentet den 23 april kommenterade Europaparlamentarikern Eva-Britt Svensson (V) reglerna med att säga att de riskerar att bryta ner den sjukvård som står till buds för vanliga svenskar. Genom direktivet öppnar EU en gräddfil för relativt friska människor som har råd med resa och att betala för uppehälle och vård i andra länder. Den bästa vården koncentreras till vissa länder, och exempelvis äldre med stora vårdbehov och lite pengar blir hänvisade till en andra klassens vård på hemmaplan, enligt Svensson.²

Moderata Europaparlamentarikerna Christofer Fjellner och Gunnar Hökmark menar att patientens rätt i stället ska handla om att ha rätt till den vård man behöver, så att patienten slutar vara patient och i stället blir frisk.³ Makten över vården ska i så stor utsträckning som möjligt ligga hos patienten, inte hos landstingspolitikerna.

DAGSLÄGET FÖR PLANERAD VÅRD I ANNAT EU-LAND

Det finns tre vägar för att få planerad vård genomförd i något annat EU-land än Sverige. Den första går genom landstingen. Om landstinget vill kan det sända patienter till ett annat EU-land. Då betalar patienten endast svensk patientavgift. Detta liknar i hög grad tillvägagångssättet när landsting väljer att sända patienter till andra landsting inom Sverige och detta har länge varit tillåtet. Det är oklart hur många patienter landstingen skickar genom detta system, men enligt Försäkringskassan rör det sig om "inte särskilt många", eftersom det handlar om specialistvård.

Genom Försäkringskassan finns ytterligare två vägar till vård: förhandstillstånd i enlighet med förordning 1408/71 (som varit tillåtet sedan 1995 då Sverige blev medlem i EU) samt betalning i efterhand (som varit tillåtet sedan 2004). Det är det sistnämnda förfarandet som dominerar, majoriteten av de ärenden som Försäkringskassan handlägger rör betalning i efterhand. Bland förhandstillstånden är en stor andel egentligen landstingsärenden, som för att förenkla hanteringen går genom Försäkringskassan. Ett förhandstillstånd innebär att det före vårdtillfället krävs ett godkännande av den egna medlemsstaten för att med ersättning kunna söka vård i ett annat EU-land.

En övervägande del av de patienter som ansöker om betalning i efterhand får sin begäran godkänd av Försäkringskassan. Patienterna har ofta studerat reglerna noga innan de lägger ut allt ifrån några tusen till flera hundra tusen kronor för vården. Flera patienter har belånat sina hus för att frigöra kapital. När ersättning inte godkänns handlar det ofta om att den behandlingsmetod som använts inte brukas, eller är godkänd som vetenskaplig metod i Sverige. För att ersättning ska utgå krävs nämligen att den vårdmetod som används utomlands är identisk med, eller i huvudsak överensstämmer med, en behandling som används inom det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige för den sökandes sjukdom eller hälsotillstånd. Ett exempel är de steloperationer för whiplashskador som genomförs i Tyskland, men inte i Sverige och därför inte är ersättningsberättigande.

Varför är det då så få personer som använder sig av möjligheten att få vård utomlands? En viktig anledning är troligen att patienten kan behöva lägga ut mycket pengar. En annan är att pappersarbetet kan vara ganska komplicerat. En tredje anledning är att det på grund av språksvårigheter helt enkelt är svårt att få sjukhusvård i ett annat land. Detta visar sig i att de som ändå söker vård utomlands ofta har en koppling till det mottagande vårdlandet, i kombination med att väntetiden i Sverige är lång. Dessa

omständigheter har gjort att det uppkommit en marknad för företag som hjälper patienter att hitta rätt, till exempel Fecit EU Care som hjälper patienter att boka sjukhus, översätta vid behov, boka resa och kanske ordna boende för medföljande personer. Företagets mål är att vård utomlands ska vara lika enkelt som att åka på charterresa, och marknadsför sig med mottot: "Ingen svensk behöver stå i vårdkö. Fritt vårdval inom EU. Försäkringskassan ersätter."⁴

NORRBOTTEN LIGGER NÄRMAST EUROPA

Vart åker då svenskarna för att få vård när ersättningen betalas ut i efterhand? Finland är allra vanligast, cirka 44 procent av all vård utomlands sker i vårt östra grannland. Efter Finland kommer i tur och ordning Polen, Spanien, Estland och Tyskland. De flesta patienter som får planerad vård utomlands med ersättning i efterhand är bosatta i Norrbotten, som har språklig och geografisk närhet till Finland. När det gäller ålder på patienterna är majoriteten sena 1930-talister, 1940-talister eller tidiga 1950-talister och det är fler kvinnor än män som söker vård. Tandvård, ögonsjukdomar och sjukdomar i muskler och leder är vanligast.

Den planerade vården med stöd av förordning 1408/71 (med förhandstillstånd), används främst till förlossnings- och graviditetssjukdomar. Detta visar sig i statistiken, där majoriteten av patienterna är födda på 1970- och 1980-talen. Det var endast 78 personer som fick bifall för planerad vård med stöd av förordningen under 2008 (av totalt 281 sökande) vilket gör det svårt att dra några större slutsatser kring detta.

PATIENTRÖRLIGHET I PRAKTIKEN

Patientrörlighetsdirektivet vill förtydliga de regler som finns för planerad vård, säger Jonathan Olsson, som är verksamhetsutvecklare på Försäkringskassans avdelning för Internationell vård. Det innebär att nuvarande oklarheter kring när man får ersättning i efterhand för sin vård, ska försvinna. Att patientrörlighetsdirektivet kommer att krossa det svenska sjukvårdssystemet är fel, fortsätter Jonathan. Andelen patienter som använder sig av möjligheten att få vård i ett annat EU-land är försvinnande liten, och även om den skulle fördubblas eller till och med tiodubblas skulle den fortfarande vara en droppe i havet, sett till kostnaden för sjukvården i stort. År 2007 låg nettokostnaden för den inhemska sjuk- och hälsovården på 181,7 miljarder kronor. Cirka 61 miljoner patientbesök i öppenvård, hos läkare och hos annan hälso- och sjukvårdspersonal ägde rum, och cirka 1,5 miljoner vårdtillfällen i slutenvård. 2008 var ersättningen i efterhand för tandvård utomlands 2,1 miljoner kronor och för sjukvården 10,2 miljoner.

Målet med patientrörlighetsdirektivet är också att få mer enhetliga regler inom EU. Det är ett problem att reglerna för internationell sjukvård inom EU i dag skiljer sig åt, och att många länder inte ens implementerat reglerna om planerad vård. Direktivet innebär också en informationsplikt. I dagsläget hjälper Försäkringskassan inte till med information om vad som gäller för vård inom EU, mer än med schablonmässiga faktablad. I och med förslaget, som bifölls i Europaparlamentet 23 april 2009, kan Försäkringskassan nu få i uppdrag att upprätta nationella informationscentra.

Vi träffar Christofer Fjellner, moderat Europaparlamentariker, samma vecka som det ansvariga utskottet i parlamentet röstat om förslaget med patientrörlighet. Christofer är engagerad i frågan om patienters rättigheter, och framhåller att sjukvårdsköer innebär en stor samhällsekonomisk kostnad.

Den ransoneringspolitik som en del vill driva när det gäller sjukvården kan dessutom få skrämmande konsekvenser. Informationen till svenskarna om rättigheterna för EU-medborgare är bristfällig. Under en lång tid landade den svenska besökaren på en 404-sida hos Försäkringskassan (det vill säga en sida utan information) när han eller hon besökte EU:s hälsportal.

Men hur kommer en ökad patientrörlighet fungera i praktiken?

Det är viktigt med transparens, säger Christofer. Det ska vara tydliga regler och definitioner om vad som gäller. Jag ska kunna ta min pengapåse och använda den till sjukvård i ett annat

land, men pengapåsen ska ju vara lika stor åt båda håll. Annars finns det risk för att man av inresande vill ta mer betalt för en höftledsoperation än för en utresande. En annan viktig sak är att det bör vara ett diagnosbaserat system, inte ett behandlingsbaserat. I dag får du ersättning för identisk eller i huvudsak liknande behandling som används i Sverige, det vill säga ett behandlingsbaserat system. Om Ministerrådet antar patientrörlighetsdirektivet kommer ersättningen att bli diagnosbaserad. Patienter har rätt att söka vård var de vill, och även den typ av vård patienten behöver för just sin diagnos. Vårdmetoder som inte används i Sverige, som till exempel vård vid nackskador, viss cancervård och vård vid livets slutskede, kan nu genomföras i andra länder där behandlingen finns och är accepterad enligt vetenskaplig praxis. På så sätt kommer färre personer att förvägras betalning i efterhand på grund av att metoden inte är godkänd.

SVERIGES ROLL I PATIENTRÖRLIGHETEN

Sverige är det medlemsland som varit mest positivt till förslaget om patientrörlighet inom EU. Många medlemsländer har varit skeptiska, till exempel Storbritannien, Irland, Spanien, Portugal och Belgien, berättar Thomas Allvin, departementssekreterare på Socialdepartementet. Hälso- och sjukvården är en klassisk medlemskompetens som ska hanteras på nationell nivå. Samtidigt handlar patientrörligheten om den inre marknaden, vilket gör den till en relevant EU-fråga. Genom att förslaget nu ger vidare definitioner av när medlemsstaterna kan begära förhandstillstånd, är fler länder positiva.

I Sverige har frågan om patientrörlighet och gränsöverskridande vård blivit en tydlig höger/vänster-fråga. Det gör Sverige unikt. Det tycks som om motståndarna till förslaget, oavsett land, vill hålla de egna medborgarna hemma och behålla kontrollen över dem och över det egna landets sjukvårdsköer. Det verkar finnas en rädsla för att okontrollerat många patienter ska åka utomlands för vård och att detta ska urholka det egna systemet. Eller omvänt, att många patienter från EU-länder ska komma hit och "utnyttja" det svenska sjukvårdssystemet. Men är dessa farhågor realistiska? Vi frågar Thomas Allvin, som förklarar:

Nej, Sverige vill inte förstöra patientrörligheten, och troligtvis kommer det inte heller att vara något problem, eller finns det anledning att skapa olika köer. Är det lång kö till en behandling i Sverige, kommer ju ingen att vilja ställa sig i just den kön.

Christofer Fjellner har i EU-parlamentet arbetat aktivt för att förslaget ska gå igenom, och har stött på mycket motstånd. Förslaget har stoppats flera gånger och ESP, den socialistiska gruppen i Europaparlamentet, har bland annat skrivit brev till alla nationella parlament med budskapet att direktivet leder till social dumpning och social turism. Även den svenska kommissionären Margot Wallström har varit en drivande motståndare. Under resans gång har förslaget urvattnats. Exempelvis är det förslag som antogs i parlamentet i april 2009 mycket vidare i sin definition av vad som kräver förhandsbesked än tidigare utkast. Detta innebär att medlemsländerna själva ska ange vad som kräver förhandsbesked. Det var en seger för socialdemokrater och socialister, men trots detta valde de socialdemokratiska parlamentarikerna att lägga ned sin röst vid voteringen.

Många vill göra det här till en valfråga, tror Christofer Fjellner.

Att Socialdemokraterna lade ner sin röst vid omröstningen i parlamentet den 23 april, kommenterar Åsa Westlund så här:

Det är bra att patienterna får de här rättigheterna men beslutet kan innebära att EU får för mycket makt att besluta i dessa frågor i stället för att medlemsländerna får möjlighet att sätta upp reglerna.⁵

Men hur stort är egentligen intresset för vård utanför det egna landets, eller ens det egna landstingets, gränser? Det innebär resor till ett annat land, där man kanske inte kan språket, och övriga omkostnader tillkommer vilket gör att det för de allra flesta förmodligen inte är aktuellt.

För den mindre grupp patienter som inte tycker att vården fungerar är det ett stort steg. Och Sverige vill gärna ta emot patienter. Vi har möjlighet att göra det, säger Thomas Allvin. Att intresset kan finnas inom den svenska sjukvården märktes bland annat då Akademiska sjukhusets sjukhusdirektör Marie Beckman på en presskonferens visade hur Sverige kunde konkurrera på sjukvårdsmarknaden genom att de multiresistenta bakterierna är så mycket mindre vanliga här än i många andra europeiska länder.⁶

Enligt Health Consumer Powerhouses rankning av den europeiska sjukvården ligger Sverige i topp också när det gäller vårdkvalitet inom EU och i Schweiz.⁷ En mindre smickrande placering fick Sverige i OECD:s rankning av jämlik vård i 21 länder. I denna omfattande undersökning från 2004 hamnade Sverige på jumboplats.⁸ De sociala skillnaderna i den svenska sjukvården har inte förbättrats sedan dess, visar en studie av Sveriges Kommuner och Landsting. På ett flertal områden förekommer det ojämlig behandling till de sämst ställdas nackdel. Högutbildade hjärtsviktspatienter har till exempel en tendens att behandlas med nyare och dyrare preparat, medan KOL-patienter med låg utbildningsnivå oftare än andra behandlas med äldre och mer omoderna metoder.⁹

I Sverige är köerna till vissa behandlingar långa, men med fler vårdföretag spår Vårdföretagarna att patientrörlighetsdirektivet kan vara ett sätt att bidra till att lyfta Sverige ur den pågående ekonomiska krisen. I dag kommer ungefär 1 000 patienter från hela Europa till Sverige för planerad vård, och med rätt marknadsföring kan antalet öka. Enligt Vårdföretagarna ligger intäkterna redan i dag på 150 miljoner kronor årligen. Här tycks finnas en konkurrenskraft som inte bara europeiska patienter tjänar på, utan samhället i stort.

DISKUSSION

Sedan 2004 har svenska medborgare haft rätt att söka vård utomlands och få ersättning i efterhand av Försäkringskassan. Försäkringskassans siffror visar att denna möjlighet främst används av människor som bor i Norrbotten och är födda mellan 1930 och 1950, och som i de flesta fall har åkt till Finland för att få vård. Vänsterpartiets Eva Olofsson sade i en riksdagsdebatt i december 2008:

Förslagen i patientrörlighetsdirektivet riskerar att rubba allas lika rätt till vård och vård efter behov, eftersom yngre, rikare och friskare patienter kan söka sig utomlands. Samtidigt saknar till exempel äldre, personer med kroniska sjukdomar och/eller många diagnoser och personer med svårare psykiatriska sjukdomar i realiteten den möjligheten.¹⁰

Argument som dessa är byggda på ren spekulatation, inte på fakta. De patienter som i dag söker vård utomlands – redan innan Försäkringskassan har informationsplikt – befinner sig oftast i pensionsåldern eller strax därunder.

Makten lämnas över till EU-byråkraterna, opponerar sig Åsa Westlund i ett blogginlägg.¹¹ Socialdemokraterna argumenterar vidare att direktivet innebär att patienten inte får någon trygghet utan förhandsbesked. Socialdemokraterna vill att medlemsstaten ska godkänna vården i förväg för att ersättning ska utgå, något man menar ger en säkerhet för alla patienter oavsett storlek på plånboken.¹²

Vi tror att det är precis tvärtom, att makten tas från landstingspolitiker och lämnas över till patienterna. I dagsläget är informationen om vård i ett annat land snarig och svårtillgänglig. Med de nya reglerna blir de europeiska vårdsystemen mer lättöverskådliga. Tanken är att man i framtiden inte ska behöva vara stark och frisk för att orka vara sjuk. Genom Försäkringskassans informationsplikt stärker patientrörlighetsdirektivet patientens rättigheter. Köerna till vården kan i bästa fall balanseras något över hela Europa, vilket kan sänka trycket på de nationella sjukvårdssystemen. Det tjänar alla på, även de med kroniska sjukdomar som för närvarande har svårt att få vård i andra länder. Och rädslan för sjukvårdsturism och social dumpning är ogrundad, det finns ju ingen anledning att åka till ett land där köerna är långa.

Patientrörlighetsdirektivet innebär nya möjligheter för de europeiska patienterna att enklare få vård utanför hemlandet. Förhandsbeskedet, som i den socialdemokratiska retoriken verkar vara nyckeln till jämlik vård, innebär att en patient ska ha landstingets

godkännande innan han eller hon får vården. Det kommer också att vara medlemslandets ansvar att bestämma när förhandstillståndet ska användas och ges. I dag tar Försäkringskassan till exempel hänsyn till hur långa köer det är för aktuell behandling i Sverige. Ett förhandstillstånd innebär förvisso att du endast behöver betala det aktuella landets patientavgifter, och inte ligga ute med mer pengar, men det kan också innebära stora hinder i rörligheten för patienterna. Dessutom får du tillbaka pengarna för vården i efterhand.

Professor emeritus Gunnar Eliasson menar att den svenska och europeiska sjukvården präglas av ställföreträdande kunder/patienter, som består av sjukvårdspolitiker, vårdsektorns tjänstemän och läkarna. I rapporten *Svensk sjukvård som en framtida exportindustri*, som publicerats av Globaliseringsrådet, skriver han:

Jag talar inte om brist på forskningssamarbete och studieresor utan om innovativ produktutveckling under konkurrens vars framgång avgörs i marknaden. Detta handlar i sin tur om existensen av en lokal svensk konkurrensetsatt marknad för sådana behandlingar och för detta är den svenska vårdregimen i dag helt oförberedd. Detta illustreras inte minst av de vändor svensk vård visat prov på när patienter i långa köer på eget initiativ söker snabbare och inte sällan bättre vård i andra EU-länder. Om kostnadsfixerade myndigheter i det centralistiska svenska sjukförsäkringssystemet får fortsätta att styra så kommer inte dyr individualiserad sjukvård att prioriteras hur stora hälsoeffekterna än är för individens livskvalitet, hälsa och arbetsförmåga.¹³

Patientrörlighetsdirektivet är alltså inte bara ett sätt att snabbt ge människor den vård de behöver, det kan också ses som en möjlighet att ge ytterligare utrymme för konkurrens på sjukvårdsmarknaden. En internationellt konkurrenskraftig hälsoindustri behöver inslag av spontant entreprenörskap för att hälsan ska bli bättre hos befolkningen. Verklig valfrihet i vården är en förutsättning för att detta ska bli verklighet. Som Gunnar Eliasson slår fast i sin rapport: *Kundorienterad innovativ produktutveckling är en god förebild för den framtida hälsoindustrin, inte politisk styrning.*

Med patientrörlighetsdirektivet är vi en bit på väg.

NOTER

1. "Sjukvård efter plånbok", Åsa Westlund och Jens Holm, Nya Wermlands-Tidningen 16 april 2009.
2. "Den bästa vården flyttar utom räckhåll för vanligt folk", <www.vguengl.org/showPage.php?ID=1893>.
3. "Rösta för en europeisk sjukvårdsgaranti", Gunnar Hökmark och Christofer Fjellner, *Nya Wermlands-Tidningen* 31 mars 2009.
4. <www.fecit.se>.
5. <www.svd.se/nyheter/inrikes/artikel_2786553.svd>.
6. Presskonferens, Svensk sjukvård som en framtida exportindustri? 20 april 2009, Stockholm.
7. <www.healthconsumerpowerhouse.se/hcp/apps/hcp.jsp?pid=352&lang=sv>.
8. <www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf>.
9. Sveriges Kommuner och Landsting, *Vård på (o)lika villkor*, 2009.
10. <www.vansterpartiet.se/index.php?option=com_content&view=article&id=1922:inga-grfiler-pu-niv-sjukv-efter-behov&catid=310:sjukv&Itemid=246>.
11. <www.asawestlund.se/blogg/enklare-att-soka-var-d-utomlands/>.
12. Åsa Westlund (S) och Ylva Johansson (S), "M vill ge makten över sjukvården till EU:s byråkrater". *Sundsvalles Tidning* 4 april 2009.
13. <www.regeringen.se/sb/d/5146/a/124729>.

TIMBRO VÄLFÄRD & REFORM, KUNGSGATAN 60, BOX 3037, 103 61 STOCKHOLM
TEL 08 587 898 00, WWW.TIMBRO.SE, INFO@TIMBRO.SE

