

Regeringens proposition

2007/08:XX

Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land

Prop.

2007/08:XX

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den XXXX 2008

Fredrik Reinfeldt

Göran Hägglund
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås en ny lag om ersättning för hälso- och sjukvård eller tandvård som, med stöd av EG-fördraget, givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).

För att en patient ska få ersättning för sina kostnader för vård i ett annat EES-land föreslås den första förutsättningen vara att patienten är bosatt i Sverige eller tillhör den personkrets som efter sådant tillstånd som avses i artikel 22.1.c i förordningen 1408/71 äger rätt till vård utomlands. Den andra förutsättningen föreslås vara att ansökan gäller behandling av en sjukdom eller ett tillstånd som helt eller delvis skulle ha bekostats av det allmänna om vården givits i Sverige. Den sista förutsättningen för att få ersättning föreslås vara att behandlingsmetoden överensstämmer med en behandling som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet eller är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen och användningen av den inte är förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning.

Vidare föreslås att det i den nya lagen ska införas ett krav på att en patient i vissa fall måste ha begärt och beviljats en betalningsförbindelse för att han eller hon ska få sina kostnader ersatta för vård som givits i ett annat land inom EES-området. När ett landsting har beviljat en begäran om betalningsförbindelse för vård i annat EES-land ska patienten endast behöva betala sedvanlig egenavgift. Vårdgivaren i det andra EES-landet ska istället fakturera landstinget för de kostnader som vården har föranlett. En betalningsförbindelse ska krävas för planerad sjukhusvård. Förbindelsen ska beviljas endast om förutsättningarna för att få ersättning är uppfyllda och vården eller en lika effektiv sådan inte kan erbjudas av det landsting som prövar frågan om betalningsförbindelse inom en tid som med beaktande av den sökandes aktuella hälsotillstånd och

sjukdomens sannolika förlopp är normal för vården i fråga. En betalningsförbindelse ska inte krävas för planerad vård utanför sjukhus, för vård som söks akut eller för tandvård som enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring ersätts av staten. I de fall en patient har fått sådan vård i ett annat EES-land ska patienten, om övriga förutsättningar för ersättning är uppfyllda, ersättas i efterhand för sina kostnader för vården.

I propositionen föreslås vidare att det ska vara landstinget som fattar beslut om betalningsförbindelser. Det ska även vara i huvudsak landstinget som fattar beslut om ersättning för kostnader uppkomna i samband med mottagen vård utanför sjukhus eller akut vård.

Det är det landsting där patienten är bosatt som ska ersätta kostnader uppkomna i samband med vård i ett annat land inom EES-området. Detta ska gälla oavsett om vården givits med stöd av 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 (förordning 1408/71), eller med stöd av EG-fördraget.

För sådan tandvård som omfattas av 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring ska Försäkringskassan pröva och fatta beslut om ersättning för akut eller planerad tandvård.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2008.

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	5
2	Lagtext.....	6
2.1	Förslag till lag om ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård eller tandvård som givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) med stöd av EG-fördraget	6
2.2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	9
3	Ärendet och dess beredning.....	10
4	Bakgrund	10
5	EES-området och Schweiz	11
6	Ersättning för planerad vård i ett annat land inom EES-området och Schweiz.....	11
6.1	Ersättning enligt rådets förordning 1408/71	11
6.2	Ersättning efter remiss från landstinget	12
6.3	Ersättning med stöd av EG-fördraget	12
7	Ersättning för akut vård i ett annat land inom EES-området och Schweiz.....	16
7.1	Ersättning enligt rådets förordning 1408/71	16
7.2	Ersättning med stöd av EG-fördraget	17
8	En betalningsförbindelse för rätt till bekostad planerad sjukhusvård	17
9	Förutsättningar för att få ersättning	21
10	Förutsättningar för att en betalningsförbindelse ska beviljas	26
11	Ersättning för vårdkostnader	29
12	Övriga kostnader hänförliga till vård som givits i ett annat land inom EES-området	34
13	Beslut om betalningsförbindelse och om ersättning.....	36
14	Kostnadsansvar för hälso- och sjukvård eller tandvård och resekostnader m.m.	38
15	Preskription och överklagande	41
16	Ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	43
17	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	44
18	Ekonomiska konsekvenser	45
19	Författningskommentar	48
19.1	Förslaget till lag om ersättning för utgifter för hälso- och sjukvård eller tandvård som givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) med stöd av EG-fördraget	48
19.2	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	55

Bilaga 1	Förslag till lag om ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård eller tandvård som givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) i departementspromemorian 2006:4	51	Prop. 2007/08:xx
Bilaga 2	Förteckning över remissinstanser som avgett yttrande över promemorian Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land (Ds 2006:4)	55	
Bilaga 3	Lagrådets yttrande		
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 7 februari 2008		

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2007/08:xx

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård eller tandvård som givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) med stöd av EG-fördraget,
2. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård eller tandvård som givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) med stöd av EG-fördraget

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelse

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om patientens rätt till ersättning från det allmänna för kostnader för hälso- och sjukvård eller tandvård som med stöd av EG-fördraget givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).

Bestämmelser om rätt till vårdförmåner finns även i 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 (förordning 1408/71).

Definitioner

2 § I denna lag avses med

hälso- och sjukvård: sådana åtgärder som avses i 1 § första stycket första meningen hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

tandvård: sådana åtgärder som avses i 1 § tandvårdslagen (1985:125),

vård på sjukhus: sådan hälso- och sjukvård eller tandvård som kräver

1. intagning i vårdinrättning, eller

2. att den ges på en vårdinrättning där det finns särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens,

landsting: även en kommun som inte ingår i ett landsting,

betalningsförbindelse: ett åtagande i förhand från landstinget om att bekosta en patients planerade vård på sjukhus.

Med vård på sjukhus avses enligt denna lag dock inte tandvård som ges på sådan inrättning som sägs i första stycket 1 eller 2 och som enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring ersätts av staten.

Förutsättningar för ersättning

3 § Ersättning enligt denna lag ges endast om

1. patienten är bosatt i Sverige, eller är kvarskrivnen enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget, eller patienten tillhör den personkrets som efter sådant tillstånd som avses i artikel 22.1.c i förordning 1408/71 äger rätt till vård utomlands,

2. kostnaderna uppkommit i samband med behandling av sjukdomar och skador som helt eller delvis skulle ha bekostats av det allmänna om vården givits i Sverige, och

3. behandlingsmetoden överensstämmer med den som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet eller om den är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen och användningen av metoden inte är förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning.

4 § Kostnader i samband med en patients planerade vård på sjukhus ska betalas av landstinget endast om patienten i förväg hos landstinget har begärt och sedan beviljats en betalningsförbindelse för sådan vård.

En betalningsförbindelse får endast beviljas om förutsättningarna i 3 § är uppfyllda och vården eller en lika effektiv sådan inte kan erbjudas av det landsting som prövar frågan om betalningsförbindelse inom en tid som, med beaktande av patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, är normal för vården i fråga.

5 § Om förutsättningarna i 3 § är uppfyllda ska landstinget ersätta patientens utgifter för akut eller sådan planerad hälso- och sjukvård eller tandvård som inte kräver en betalningsförbindelse enligt 4 § samt för läkemedel och förbrukningsartiklar som han eller hon mottagit under själva vårdtiden.

Om förutsättningarna i 3 § är uppfyllda ska Försäkringskassan ersätta patientens utgifter för akut eller planerad tandvård, som enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring ersätts av staten om sådan tandvård givits i Sverige, samt för läkemedel och förbrukningsartiklar som han eller hon mottagit under själva vårdtiden.

Ersättning enligt första och andra styckena ska ges med ett belopp som motsvarar patientens utgifter, om inte beloppet är uppenbart oskäligt.

6 § En patient ska bekosta de egenavgifter som han eller hon skulle ha betalat om vården givits i Sverige, oavsett om vården givits med stöd av 4 eller 5 §.

Beslut om betalningsförbindelse och om ersättning

7 § Begäran om betalningsförbindelse enligt 4 § eller om ersättning enligt 5 § första stycket prövas, med undantag för vad som sägs i andra stycket, av det landsting inom vars område patienten är bosatt. Om patienten inte är bosatt inom något landstings område ska det landsting inom vars område han eller hon är kvarskrivnen och stadigvarande vistas, eller är förvärvsverksam i enlighet med 3 § 1 pröva begäran.

Landstinget ska, innan det prövar en begäran enligt första stycket, lämna uppgift om ärendet till Försäkringskassan.

Begäran om ersättning enligt 5 § andra stycket prövas av Försäkringskassan.

8 § Beslut som ett landsting i ett enskilt fall meddelar enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

9 § I ärenden enligt 7 § andra stycket gäller följande bestämmelser i 20 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring:

- 5 § om preskription,
- 10 och 10 a §§ om omprövning och ändring, och
- 11–13 §§ om överklagande.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.
 2. För hälso- och sjukvårds- eller tandvårdsbehandling som påbörjats före ikraftträdandet tillämpas inte bestämmelserna i denna lag.

2.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 3 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)² ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse
3 a §³

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget ska ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Patienten har inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Landstinget ska ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten ska erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

² Lagen omtryckt 1992:567.

³ Senaste lydelse 1998:1660.

En promemoria har upprättats inom Socialdepartementet, Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land – en översyn (Ds 2006:4) med förslag till en ny lag om ersättning för hälso- och sjukvård eller tandvård som, med stöd av EG-fördraget, givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES). Promemorian har remissbehandlats. Promemorians lagförslag finns i bilaga 1. En förteckning över remissinstanserna finns i bilaga 2. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2006/1272/HS).

Lagrådet

Regeringen beslutade den 18 januari 2007 att inhämta Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i *bilaga 3*.

Lagrådets yttrande finns i *bilaga 4*. Regeringen återkommer till Lagrådets synpunkter under avsnitt 8, 9 och 15 samt under 3 § i författningskommentaren. Till följd av Lagrådets förslag har det skett vissa ändringar i den lagtekniska utformningen samt vissa redaktionella ändringar i övrig text.

4 Bakgrund

Genom Sveriges medlemskap i EU har svenska medborgares rätt till vård utomlands utvidgats väsentligt. Härutöver har Sverige ingått bilaterala konventioner och sjukvårdsavtal med ett antal länder.

I Sverige är 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 (EGT L 149, 5.7.1971, s. 2, Celex 31971R1408) tillämplig (förordning 1408/71). Förordningen syftar till att samordna olika socialförsäkringsförmåner för personer som flyttar inom EES-området och underlätta den fria rörligheten för arbetskraft. Personer som omfattas av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har enligt förordningen bl.a. möjlighet att ansöka om förhandstillstånd hos Försäkringskassan för planerad utländsk vård. Om ansökan om förhandstillstånd beviljas ersätter sedan Försäkringskassan den utländska vårdgivaren, eller försäkringsinrättningen, för dennes utgifter hänförliga till den vård som givits.

Vid sidan av förordning 1408/71 har personer som omfattas av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet en på EG-fördraget direkt vilande rättighet att motta hälso- och sjukvård och tandvård i ett annat land inom gemenskapen och därefter under vissa förutsättningar få sina utgifter för vården ersatta av sjukförsäkringen. Av EG-domstolens praxis framgår att det i vissa fall kan vara motiverat och nödvändigt att medlemsstaterna inför bestämmelser som innebär att den som söker vård i en annan medlemsstat i förväg ska ansöka om tillstånd för att få vården ersatt av det allmänna. Svensk nationell lagstiftning innehåller inte något sådant krav

på tillstånd. Personer som omfattas av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kan därför med stöd av EG-fördraget söka såväl planerad som akut vård utomlands utan sådant tillstånd och därefter under vissa förutsättningar få utgifterna för vården ersatta.

5 EES-området och Schweiz

Schweiz omfattas inte av gemenskapens regler om den inre marknaden

EES-området består av medlemsländerna i Europeiska unionen samt genom EES-avtalet Island, Norge och Liechtenstein. Europeiska gemenskapen ingick 1993 EES-avtalet med de dåvarande EFTA-länderna, varvid Schweiz valde att, efter en folkomröstning, stå utanför avtalet. EES-avtalet trädde i kraft den första januari 1994. Schweiz ingår därför inte i EES-området. Det innebär att Schweiz inte omfattas av gemenskapens regler om den inre marknaden. Av det skälet kan en patient inte få ersättning med stöd av EG-fördraget för sina vårdkostnader i det landet.

Schweiz omfattas av förordning 1408/71

Sedan den 1 juni 2002 omfattas Schweiz genom ett särskilt avtal av förordning 1408/71 och den därtill kopplade förordningen (EEG) nr 574/72 om tillämpning av förordning 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen (se Administrativa kommissionens resolution av den 27 juni 2002 om införande av rådets förordning (EG) nr 1399/1999, Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 1386/2001 och kommissionens förordningar (EG) nr 89/2001 och 410/2002 i bilaga II till avtalet mellan Europeiska gemenskapen och dess medlemsstater, å ena sidan, och Schweiziska edsförbundet, å andra sidan, om fri rörlighet för personer).

6 Ersättning för planerad vård i ett annat land inom EES-området och Schweiz

6.1 Ersättning enligt rådets förordning 1408/71

För att kostnader hänförliga till planerad hälso- och sjukvård eller tandvård som mottagits i ett annat land inom EES-området och Schweiz ska ersättas av det allmänna krävs enligt artikel 22 i förordning 1408/71 att förhandstillstånd söks för vården. Ansökan görs hos Försäkringskassan. Eftersom det är landstingen som förfogar över sjukvårdsresurserna och har den närmare medicinska kännedomen om patienten kontaktar Försäkringskassan patientens landsting innan kassan tar ställning till om förhandstillstånd ska meddelas för vården eller inte. Vid prövningen ska kassan bl.a. beakta om vården är en förmån som utges enligt lagstiftningen i Sverige och om den försäkrade kan få vården i riket inom

den tid som med beaktande av hans eller hennes aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp är normal för vården ifråga. Därefter fattar kassan beslut. Finner Försäkringskassan att ansökan om förhandstillstånd ska beviljas utfärdas ett intyg, ett s.k. E-intyg, om rätt till ersättning för planerad vård i ett annat EES-land eller i Schweiz. I och med detta åtagande har Försäkringskassan gjort en utfästelse att ersätta vårdkostnaden. Därmed svarar den svenska sjukförsäkringen för vårdkostnaderna.

E-intyget kan endast användas vid inrättningar som är anslutna till det allmänna sjukförsäkringssystemet och på de villkor som gäller där. Mot uppvisande av E-intyget har patienten rätt till vård till samma patientavgifter som försäkrade i det land där vården ges. Ersättning för kostnaderna ges sedan direkt av Försäkringskassan till försäkringsinrättningen eller vårdgivaren i den behandlande staten med avdrag för utländska vårdavgifter. Endast om landstinget kan ge motsvarande vård inom den tid som är normal för vården ifråga, men ändå väljer att låta vården ges utomlands, svarar landstinget för kostnaden.

6.2 Ersättning efter remiss från landstinget

När en patient ansöker om förhandstillstånd med stöd av förordning 1408/71 kan Försäkringskassans samråd med landstinget i vissa fall leda till att landstinget väljer att på egen hand remittera patienten till ett annat land. Detta kan ske bl.a. när patienten är i behov av kvalificerad vård som inte kan tillhandahållas i Sverige. Landstinget kan även utan samband med en ansökan om förhandstillstånd initiera en remiss till vård i ett annat land. Landstinget kan också, trots att en viss vård kan ges i Sverige inom normal tid, välja att remittera en patient till vård i ett annat land. När ett landsting remitterar en patient till en vårdgivare i ett annat land inom EES-området eller i Schweiz kan vårdgivaren ibland efterfråga ett intyg för att försäkra sig om att behandlingen kommer att ersättas. I sådana fall kan landstinget vända sig till Försäkringskassan som utfärdar intyg på blankett E 112 under förutsättning att landstinget förbinder sig att bekosta vården. När en patient remitteras är det landstinget som svarar för finansieringen enligt förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

6.3 Ersättning med stöd av EG-fördraget

EG-domstolens praxis

Hälso- och sjukvården har i Sverige traditionellt ansetts vara en utpräglat nationell angelägenhet. Det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet baseras på territorialprincipen och systemet har i första hand konstruerats för personer som bor eller arbetar inom nationens gränser. Medborgarna har på motsvarande sätt en skyldighet att bidra till systemets finansiering. Genom detta synsätt har staten kunnat garantera kvalitets- och tillsynsaspekterna över utbildning, resurser och behandlingsmetoder. Huvudprincipen inom EG-rätten är att gemenskapen på folkhälsoområdet fullt

ut ska respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård, artikel 152.5 i EG-fördraget.

EG-domstolen har dock i sin tolkning av EG-fördraget utvecklat en rättspraxis på senare år som har fått effekter även på hälso- och sjukvårdsområdet (se bl.a. EG-domstolens domar den 28 april 1998 i mål C-158/96, Raymond Kohll mot Union des caisses de maladie (Kohll), REG 1998 I-1931 samt den 12 juli 2001 i mål C-157/99, B.S.M. Smits, gift Geraets, mot Stichting Ziekenfonds VGZ och H.T.M. Peerbooms mot Stichting CZ Groep, Zorgverzekeringen (Smits och Peerbooms), REG 2001 I-5473).

EG-domstolen har nämligen slagit fast att hälso- och sjukvård och tandvård är att betrakta som tjänster i EG-fördragets mening och därmed omfattas sådan vård av reglerna om fri rörlighet för tjänster enligt artiklarna 49 och 50 i EG-fördraget.

Således har EG-domstolen vid ett flertal tillfällen befast att den fria rörligheten för tjänster också inkluderar rätten att söka hälso- och sjukvård och tandvård utanför hemlandets gränser, oavsett hur det nationella hälso- och sjukvårdssystemet i hemlandet är finansierat eller organiserat (se Smits och Peerbooms, punkterna 55–56 samt EG-domstolens dom den 16 maj 2006 i mål C-372/04, Yvonne Watts mot Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health (Watts), REG 2006 I-4325, punkterna 89 och 90).

EG-domstolen har exempelvis konstaterat att nationella bestämmelser som krav på olika former av tillstånd i förhand för att få ersättning för kostnader för vård i annat EES-land avhåller patienterna från att vända sig till personer som tillhandahåller sjukvård i en annan medlemsstat och utgör, såväl för läkarna som för deras patienter, ett hinder för denna frihet att tillhandahålla tjänster (se Smits och Peerbooms, punkterna 60–69).

Det finns emellertid möjlighet för medlemsstaterna att inskränka den fria rörligheten för tjänster om det finns tvingande hänsyn som motiverar ett sådant hinder, exempelvis hänsyn till allmän ordning, säkerhet och hälsa. Beträffande vårdtjänster har EG-domstolen i flera fall prövat när det är möjligt för en medlemsstat att motivera en begränsning av den fria rörligheten för vårdtjänster (Kohll, punkterna 36–54 och Smits och Peerbooms, punkterna 70–98).

Risken för att den ekonomiska balansen i systemet för social trygghet allvarligt rubbas kan vara ett sådant tvingande hänsyn av allmänintresse som kan motivera en begränsning av principen om frihet att tillhandahålla tjänster på området för sjukhusvård. EG-domstolen har även medgett att målsättningen att upprätthålla en läkar- och sjukhusvård som är väl avvägd och tillgänglig för alla också kan omfattas av undantagen på grund av hänsyn till folkhälsan enligt artikel 46 i EG-fördraget, i den mån målsättningen bidrar till att säkerställa en hög nivå vad det gäller hälsoskyddet. Vidare har EG-domstolen angett att artikel 46 i EG-fördraget också ger medlemsstaterna möjlighet att begränsa friheten att tillhandahålla läkar- och sjukhusvård i den mån det med hänsyn till folkhälsan, och till och med befolkningens överlevnad, är väsentligt att upprätthålla en vårdkapacitet eller en sjukvårdskompetens inom det nationella territoriet. Om ett hinder för den fria rörligheten för tjänster kan motiveras av sådana tvingande hänsyn krävs även att detta hinder inte går ut-

över vad som är objektivt nödvändigt i detta syfte och att resultatet inte kan uppnås genom mindre betungande regler (proportionalitetsprincipen), (se Smits och Peerboom, punkt 72–75).

EG-domstolen har därefter tagit ställning till om krav på förhandstillstånd kan motiveras av sådana nämnda tvingande hänsyn.

Med hänsyn till det stora behovet av långsiktig planering för vård som tillhandahålls på sjukhus har EG-domstolen ansett att det är såväl motiverat som nödvändigt att upprätthålla ett sådant hinder mot den fria rörligheten för tjänster som ett nationellt krav på tillstånd innebär (se Kohll, Smits och Peerbooms samt EG-domstolens dom den 13 maj 2001 i mål C-385/99, V.G. Müller-Fauré mot Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA och E.E.M. van Riet mot Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (Müller-Fauré och van Riet), REG 2003 I-4509).

Genom denna planering eftersträvas för det första målet att inom den berörda statens territorium säkerställa att det finns tillräckligt stor och ständig tillgång till ett väl avvägt utbud av sjukhusvård av god kvalitet. Denna planering är för det andra uttryck för en vilja att säkerställa en kontroll över kostnaderna och i möjligaste mån undvika allt slöseri med ekonomiska, tekniska och mänskliga resurser. Ett sådant slöseri skulle nämligen vara desto mer skadligt eftersom sjukhusvårdssektorn obestriddligen medför avsevärda kostnader och ska tillfredsställa ökande behov, medan de finansiella resurserna som kan avsättas för hälso- och sjukvård inte är obegränsade, oavsett vilken finansieringsmetod som används (se Smits och Peerbooms, punkterna 78–79 och Müller-Fauré och van Riet, punkterna 79–80).

EG-domstolen har således slagit fast att själva principen om ett tillstånd i förhand för rätt till ersättning för vård i ett annat EES-land är tillåtet för vårdtjänster som utförs på ett sjukhus.

För vårdtjänster som inte tillhandahålls på sjukhus utan vid exempelvis en läkarpraktik har EG-domstolen framhållit att det i dessa fall främst rör sig om vård som i allmänhet tillhandahålls i närheten av patientens bostadsort, i en kulturmiljö som patienten känner och som ger denne möjlighet att bygga upp en förtrolig relation med den läkare som utför behandlingen. Bortsett från akutfall är det i första hand patienter i gränsområden som beger sig till utlandet eller patienter som lider av särskilda sjukdomstillstånd. Till detta kommer språkbarriären, det geografiska avståndet, kostnaderna för vistelsen i utlandet och avsaknaden av upplysningar om de vårdformer som tillhandahålls. Dessa olika omständigheter talar enligt EG-domstolen för att relativt få patienter som är i behov av vård utanför sjukhus söker sig till vårdgivare utomlands. Därför synes enligt EG-domstolen den ekonomiska inverkan på det inhemska socialförsäkringssystemet inte bli så stor när det gäller att ersätta dessa patienters vårdkostnader i annat EES-land. I sådana fall är det varken motiverat av tvingande hänsyn eller nödvändigt att upprätthålla ett krav på förhandstillstånd för vårdtjänster som inte tillhandahålls på sjukhus. EG-domstolen har inte uteslutit möjligheten att krav på olika former av tillstånd i förhand även kan vara motiverat för vård som inte utförs på sjukhus, såvida en medlemsstat kan åberopa omständigheter som visar att tvingande hänsyn föreligger som motiverar ett undantag från

huvudregeln om fri rörlighet för tjänster (se Müller-Fauré och van Riet, punkterna 93–98).

Även om principen om ett tillstånd i förhand kan vara ett tillåtet hinder för den fria rörligheten för tjänster har EG-domstolen ansett att det också är nödvändigt att villkoren för beviljande av ett sådant tillstånd är motiverade med hänsyn till ovannämnda tvingande hänsyn och att de uppfyller kravet på proportionalitet. Ett system med föregående myndighetstillstånd får enligt EG-domstolen inte innebära att de nationella myndigheterna kan agera på ett sådant sätt att de gemenskapsrättsliga bestämmelserna, särskilt de som rör en grundläggande frihet, fråntas all ändamålsenlig verkan. Ett krav på tillstånd måste grundas på objektiva kriterier som är kända på förhand och som inte är diskriminerande. Systemet måste också administreras enligt ett förfarande som är lättillgängligt och ägnat att säkerställa att en ansökan behandlas inom en rimlig frist, objektivt och opartiskt. Vidare måste ett beslut om avslag på en ansökan om tillstånd kunna överprövas i domstol (se Smits och Peerbooms, punkt 82–90 och Müller-Fauré och van Riet, punkterna 83–85).

Regeringsrättens praxis

Regeringsrättens dom i målet RA 2004 ref 41 I, Jelinek mot Riksförsäkringsverket

Sedan en person fått veta att hon led av en aggressiv inflammatorisk sjukdom erbjöds hon en behandling vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Behandlingen var vedertagen i Sverige och i flera andra länder. Hon inledde behandlingen men avbröt den sedan hon fått kännedom om en annan behandling som gavs i Tyskland. Efter att ha genomgått behandling i Tyskland ansökte hon hos Försäkringskassan om ersättning för de utgifter hon haft för behandlingen. Försäkringskassan avslog ansökan. Efter överklagande och domar från länsrätten och kammarrätten fann Regeringsrätten bl.a. följande. Den enda nationella reglering som kunde ge henne rätt till ersättning var den här i landet direkt tillämpliga förordningen 1408/71. Eftersom ansökan om ersättning gjorts efter att behandlingen avslutats kunde hennes begäran om ersättning emellertid inte uppfattas som en ansökan om förhandstillstånd enligt artikel 22 i förordning 1408/71. Hennes ansökan bedömdes i stället utifrån de grundläggande bestämmelserna i EG-fördraget. I svensk lagstiftning finns inte något krav på förhandstillstånd för den som önskar utnyttja sin rätt enligt EG-fördraget att ta emot medicinska tjänster i en annan medlemsstat. Hennes ansökan skulle därför tolkas med utgångspunkt i EG-fördraget. Eftersom den sjukdom hon led av behandlades vid svenska sjukhus och den vård som gavs i Tyskland var sådan att den, om den utförts i Sverige, skulle ha omfattats och bekostats av det svenska sjukvårdsystemet, skulle hennes ansökan om ersättning bifallas. Regeringsrätten fann vidare att ersättningen till en person som ges behandling på ett sjukhus i en annan medlemsstat ska beräknas med utgångspunkt i vad som gäller beträffande svensk offentligfinansierad sjukvård. Hon tillerkändes därför ersättning för de kostnader hon haft för vården i Tyskland med avdrag för de vårdavgifter hon skulle ha erlagt om hon i stället hade vårdats i Sverige. Regeringsrätten meddelade samma dag ytterligare två domar med likar-

tade frågeställningar (se RÅ 2004, not. 13 och RÅ 2004 ref 41 II). Det senare målet avsåg tandvård i Tyskland till en i Sverige försäkrad person. Prop. 2007/08:xx

7 Ersättning för akut vård i ett annat land inom EES-området och Schweiz

7.1 Ersättning enligt rådets förordning 1408/71

En anställd eller egenföretagare som omfattas av det svenska sjukvårdssystemet, dvs. normalt en person som stadigvarande bor och arbetar i Sverige, och som tillfälligt vistas i ett annat land inom EES-området eller Schweiz har en rätt till vårdförmåner som av medicinska skäl blir nödvändiga under vistelsen. Detsamma gäller den anställdes eller egenföretagarens familjemedlemmar. Förmånerna tillhandahålls inom ramen för det allmänna sjukvårdssystemet i vårdlandet och på samma avgiftsvillkor som gäller för försäkrade där. Med vistelse i ett annat land avses till exempel semesterresor, kortare tjänsteresor eller liknande. I Sverige tillämpas den s.k. ettårsregeln för att bestämma vad som avses med vistelse i annat land inom EES-området eller i Schweiz och vad som avses med bosättning. En i Sverige bosatt person anses fortfarande bosatt i landet om en utlandsvistelse kan antas vara längst ett år. Kan vistelsen antas vara längre upphör bosättningen här och personen avregistreras från folkbokföringen som utflyttad.

Patienter från Sverige som under en vistelse i ett annat land inom EES-området eller i Schweiz behöver motta akut vård ska använda sig av det europeiska sjukförsäkringskortet för att visa att han eller hon har rätt till vård på samma villkor som de som är bosatta i vårdlandet. Sjukförsäkringskortet får man efter ansökan kostnadsfritt hos Försäkringskassan. Sjukförsäkringskortet ska visas upp för vårdgivaren i vistelselandet. Sjukförsäkringskortet kan endast användas hos vårdgivare som är anslutna till det allmänna sjukvårdssystemet och på de villkor som gäller där. När kortet visats har patienten rätt att motta vård i vårdlandet på samma villkor som landets egna medborgare. Förmånerna utges av vårdlandet för Försäkringskassans räkning. Vårdlandet begär i efterhand ersättning från Försäkringskassan för vårdkostnaderna med avdrag för betalda vårdavgifter (om vårdlandet och Sverige har tecknat ett betalningsavståendeavtal om att inte återkräva varandra för akuta vårdkostnader begärs ingen ersättning). En i Sverige försäkrad person som under en semesterresa i exempelvis Tyskland råkar skada sig och behöver akut vård kan uppsöka en vårdcentral som tillhör det allmänna tyska sjukvårdssystemet, visa upp det europeiska sjukförsäkringskortet och mot sedvanlig tysk vårdavgift motta den vård som behövs. Den tyska motvarigheten till Försäkringskassan ersätter sedan vårdgivaren för vårdkostnaden. Om en patient inte visar upp sjukförsäkringskortet kan patienten i efterhand begära ersättning för kostnaden för vården hos Försäkringskassan. Ersättningsnivån beräknas med avdrag för gällande vårdavgifter i det land där vården mottagits.

EG-domstolen har inte uttryckligen prövat frågan om kostnader för akut vård som mottagits i ett annat land inom EES-området kan ersättas av det allmänna med tillämpning av EG-fördraget. Som nämnts i avsnitt 6.3 har emellertid EG-domstolen i ett flertal avgöranden slagit fast att vissa tjänsters särskilda beskaffenhet inte kan förhindra att de omfattas av bestämmelserna om friheten att tillhandahålla tjänster. Detta torde förstås på så sätt att hälso- och sjukvård och tandvård är tjänster i EG-fördragets mening, oavsett om det rör sig om akut eller planerad vård. Det bör i detta hänseende således inte ha någon betydelse om patienten åkt till ett annat medlemsland i syfte att motta planerad vård där eller om han eller hon redan befinner sig i ett medlemsland när vårdbehovet uppstår. Principen om fri rörlighet för tjänster torde vara gällande för båda dessa vårdsituationer. Dessutom ersätter Försäkringskassan redan i dag vårdkostnader för akut vård med stöd av EG-fördraget. Det kan exempelvis gälla fall då ersättning begärs för vårdkostnader som uppkommit hos en vårdgivare som inte är ansluten till det allmänna sjukvårdssystemet i vårdlandet. I dessa fall är, som nämnts, förordning 1408/71 inte tillämplig.

Då Schweiz, som nämnts, inte omfattas av gemenskapens regler om den inre marknaden kan ersättning med stöd av EG-fördraget inte fås för akuta vårdkostnader i det landet.

8 En betalningsförbindelse för rätt till bekostad planerad sjukhusvård

Regeringens förslag: En patients planerade vård på sjukhus i annat EES-land ska bekostas av landstinget endast om patienten i förväg har begärt och sedan beviljats en betalningsförbindelse för sådan vård. Med vård på sjukhus avses sådan hälso- och sjukvård eller tandvård som antingen kräver intagning i vårdinrättning eller att vården ges på en inrättning där det finns särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Med vård på sjukhus avses emellertid inte tandvård som kräver intagning eller att den ges på en inrättning där det finns särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens och som enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring ersätts av staten.

Promemorians förslag: I promemorian föreslås att förhandstillstånd ska krävas för att en patient ska få ersättning för planerad hälso- och sjukvård eller tandvård som ges på sjukhus i ett annat land inom EES-området.

Remissinstanserna:

När det gäller begreppet sjukhusvård ser *Kommerskollegium* en risk att den fria rörligheten begränsas av en alltför extensiv tolkning av begreppet sjukhusvård. *Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU*, menar att definitionen av vilken vård som omfattas inte är tydlig. Med den

snabba utvecklingen av sjukvården mot allt fler behandlingar i öppen vård även utanför sjukhus riskerar definitionen av specialistvård att i stora delar bli verkningslös. *Sveriges Kommuner och Landsting* understryker att definitionen inte låter sig enkelt avgränsas till enbart sluten vård, utan begreppet omfattar också kvalificerad vård som inte kräver inläggning på sjukhus.

Skälen för regeringens förslag: För de som omfattas av det svenska trygghetssystemet kan det vara positivt om möjligheterna att få hälso- och sjukvård och tandvård i utlandet med stöd av EG-fördraget tydliggörs. Ur ett nationellt perspektiv kan emellertid problem uppkomma om många människor väljer att söka vård utomlands. Det allmänna har att finansiera oundvikliga fasta kostnader för exempelvis utrustning och lokaler för den hälso- och sjukvård som landstingen enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är skyldiga att erbjuda. Dessa fasta kostnader varierar mycket lite i förhållande till hur stor efterfrågan är på den aktuella vårdtypen. Till detta kommer kostnaderna för den vård som personer försäkrade i Sverige mottar i utlandet. Den vård som ges i utlandet kan dessutom vara betydligt dyrare än den vård som ges i Sverige. En ökad efterfrågan på vård i utlandet kan också få negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdens infrastruktur. Vissa sjukhus i Sverige kan komma att bli underutnyttjade medan andra blir överbelastade. Det är också en grundläggande tanke i den svenska hälso- och sjukvården att vård ska ges på lika villkor och att den med störst behov av vård ska ges vård först oavsett personens ekonomiska resurser, språkkunskaper eller liknande. Inom hälso- och sjukvården tenderar emellertid efterfrågan på vård att alltid vara högre än utbudet. Landstingen tvingas därför till olika former av prioriteringar. I syfte att bevara den ekonomiska balansen och möjliggöra en nödvändig planering i det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet föreslås därför att det i svensk lagstiftning ska införas ett krav på att landstinget ska ha beviljat en betalningsförbindelse för att en patient ska få ersättning för utgifter denne haft i samband med planerad vård på sjukhus hos en vårdgivare i ett annat land inom EES-området. I promemorian föreslogs till skillnad från regeringens förslag att ett krav på förhandstillstånd skulle införas. Förslaget innebar att patienten själv skulle betala vården i det andra EES-landet och i efterhand ersättas för kostnaderna.

Ändringarna som nu föreslås föranleds av tanken att förtydliga landstingens betalningsansvar gentemot den enskilde patienten. Om en betalningsförbindelse har beviljats ska patienten endast behöva betala sedvanlig egenavgift. Vårdgivaren i det andra EES-landet ska istället fakturera landstinget för de kostnader som vården föranlett.

I undantagsfall kan denna lags definition av vård på sjukhus anses omfatta även sådan tandvård, som om den givits i Sverige, staten enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring lämnar ett statligt stöd för. Ersättningssystemet för den statligt subventionerade tandvården är uppbyggd på ett annat sätt och ersättningen till den enskilde är lägre än i förhållande till den hälso- och sjukvård och tandvård som landstingen erbjuder. Därför föreslår regeringen att undanta sådan tandvård från definitionen av vård på sjukhus och från kravet på att en betalningsförbindelse ska ingås för rätt till ersättning. Statligt

subventionerad tandvård som enligt definitionen i denna lag ges på sjukhus ersätts istället av Försäkringskassan i efterhand, se avsnitt 11.

Med planerad vård avses sådan vård som inte är akut. Planerad vård kan till skillnad från akut vård förutses till omfattning och innehåll. Planerad vård kan avse allt från enklare undersökningar i förebyggande syfte till avancerade kirurgiska ingrepp. I vissa fall kan gränsdragningen mellan akut vård och planerad vård vara svår att göra. Detta gäller särskilt i fall där personer lider av kroniska sjukdomar som kan förvärras och medföra vårdbehov. Det är i varje enskilt fall den behandlande läkaren som bedömer om en vårdinsats är att betrakta som akut eller inte och vilken vård som kan anstå till dess personen har kommit tillbaka till sitt hemland.

Vård på sjukhus

Kravet på att landstinget i förväg ska ha beviljat en betalningsförbindelse ska endast gälla för planerad hälso- och sjukvård eller tandvård som ges på sjukhus. För planerad vård som inte ges på sjukhus anses inte planeringsbehovet vara tillräckligt stort för att motivera en sådan inskränkning i den fria rörligheten som ett krav på en betalningsförbindelse utgör. Skälet är att den vård som erbjuds på sjukhus har vissa särdrag när det gäller utrustning m.m. som gör att verksamheten måste kunna planeras på ett annat sätt än den vård som en läkare utför i sin praktik eller i patientens hem (se Smits och Peerbooms, punkt 76).

I vissa fall kan även gränsdragningen mellan vård på sjukhus och vård som inte ges på sjukhus vara svår att göra. En del av remissinstanserna har ansett att gränsdragningen mellan sjukhusvård och vård utanför sjukhus bör tydliggöras. Regeringen ämnar därför att utveckla gränsdragningen. I promemorian nämns inte utifrån vilket land man ska bedöma definitionen sjukhusvård. EG-domstolen har i sina domar inte närmare definierat begreppet sjukhusvård (hospital care). Betydelsen av begreppet sjukhus kan också variera mellan olika länder. Frågan om den planerade vården ges på sjukhus eller inte borde därför rimligtvis bedömas utifrån huruvida den motsvarande aktuella vården hade givits på sjukhus i Sverige om patienten hade erbjudits vården inom riket. Om den aktuella vården faktiskt mottas på ett sjukhus eller inte i den vårdgivande medlemsstaten, enligt definitionen i detta land, bör därför sakna betydelse.

Vid bedömningen om det är fråga om sjukhusvård i enlighet med svenska kriterier finns emellertid inte någon särskild definition av sjukhusvård i hälso- och sjukvårdslagen. I 5 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anges dock att för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. I samma bestämmelse anges vidare att primärvården ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I detta ligger bl.a. patienternas behov av undersökningar och vård hos särskilda läkarspecialiteter och andra yrkesgrupper inom vården (se prop. 1994/95:195 s. 46 f. Primärvård, privata vårdgivare m.m.). Av detta går det att dra slutsatsen att

det i Sverige ställs vissa krav på teknisk utrustning och särskild kompetens för att det ska vara fråga om vård på sjukhus. I diskussionen kring det s.k. tjänstedirektivet definierades hospital care som medicinsk vård som kräver inläggning av patienten, eller bara kan tillgodoses på sjukhus eftersom vården är högt specialiserad eller innebär en stor risk för patienten. Sedermera har hälso- och sjukvården undantagits från tjänstedirektivets tillämpningsområde (se kommissionens ursprungliga förslag till Europaparlamentets och rådets direktiv om tjänster på den inre marknaden, Bryssel den 13 januari 2004, KOM (2004) 2 slutlig samt kommissionens ändrade förslag till Europaparlamentets och rådets direktiv om tjänster på den inre marknaden, Bryssel den 4 april 2006, KOM (2006) 160 slutlig). Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG om tjänster på den inre marknaden antogs den 12 december 2006 och publicerades i Europeiska Unionens Officiella tidning, EUT, den 27 december 2006 (EUT L 376, 27.12.2006, s. 36, Celex 32006L0123).

Denna definition innebär att sjukhusvård inte begränsas till vård som kräver inläggning av patienten. Även vård som kräver sådana resurser som normalt förknippas med sjukhusvård som akut- och intensivvård, högt specialiserad vård eller särskilt kostnadsintensiv vård faller in under begreppet hospital care. Behovet av långsiktig planering och intresset av ett ekonomiskt hållbart hälso- och sjukvårdssystem som kan sörja för befolkningens behov kräver därför att begreppet sjukhusvård anpassas i enlighet med vad som ovan anförts i anslutning till diskussionen om tjänstedirektivet, och även omfattar kvalificerad vård som tillhandahålls utan inläggning. Sjukhusbegreppet bör därför kopplas till hur kvalificerad vården är såvitt det avser teknik och kompetens. Sjukhusvård (hospital care) ska således i detta sammanhang inte vara synonymt med vård som kräver intagning av patienten eller det som i Sverige traditionellt benämns slutna vård. Även vad som i Sverige benämns öppen vård, dagkirurgi, och som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller särskild kompetens ska innefattas i begreppet vård på sjukhus.

Lagrådet har ställt sig tveksamma till definitionen av vård på sjukhus på sätt som regeringen har föreslagit i lagrådsremissen. Enligt *Lagrådet* bör vård på sjukhus i stället definieras i mer allmänna termer som ”sådan hälso- och sjukvård eller tandvård 1. som kräver intagning i vårdinrättning, eller 2. där annars tvingande hänsyn av allmänintresse kan motivera en inskränkning i principen om frihet att tillhandahålla tjänster”.

Regeringen anser att en sådan definition kan leda till att det blir osäkert både för patienten och landstinget om när det är fråga om vård på sjukhus som kräver en betalningsförbindelse eller inte. EG-domstolen har slagit fast att ett system med förhandsbesked måste grundas på objektiva kriterier som inte är diskriminerande och som är kända på förhand för att begränsa myndigheternas utrymme för skönsmässig bedömning och förhindra att bedömningen blir godtycklig (se Müller-Fauré och van Riet punkt 85). Av dessa skäl anser regeringen att definitionen av vård på sjukhus måste vara mer konkret än vad *Lagrådet* har föreslagit i sitt yttrande. Regeringen föreslår därför att definitionen utformas på det sätt som anges i lagrådsremissen men med vissa redaktionella ändringar.

Regeringens förslag: Patienten ska, om vissa föresättningar är uppfyllda, få ersättning för kostnader för planerad eller akut vård i ett annat land inom EES-området.

Föresättningar som ska vara uppfyllda är följande:

1. patienten är bosatt i Sverige, eller är kvarskrivnen enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget, eller tillhör den personkrets som efter sådant tillstånd som avses i artikel 22.1.c i förordning 1408/71 äger rätt till vård utomlands och

2. kostnaderna ska ha uppkommit i samband med behandling av sjukdomar och skador som helt eller delvis skulle ha bekostats av det allmänna om vården givits i Sverige, och

3. behandlingsmetoden ska överensstämma med den som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet eller om den är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen och användningen av metoden inte är förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning.

Promemorians förslag: Överensstämmer delvis med regeringens.

Remissinstanserna: *Kommerskollegium* är kritiskt till förslaget om att den sökta vårdtjänsten helt eller delvis skulle ha bekostats av det allmänna om vården erhållits i Sverige. Kollegiet menar att förslaget begränsar den fria rörligheten för tjänster. *Försäkringskassan* anser att kriteriet internationellt vedertagen behandlingsmetod är oförenligt med kriteriet om allmän vård i Sverige. I dag används många behandlingsmetoder, både utom och inom det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige som enligt gällande kriterier inte kan definieras som internationellt vedertagna. Ett förtydligande behövs om vad som ska anses som beprövad och erkänt av den internationella medicinska vetenskapen. *Socialstyrelsen* föreslår att uttrycket ”behandlingsmetoden är internationellt vedertagen”, ersätts med det i svensk lagstiftning använda uttrycket ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. *Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU*, konstaterar att det är väsentligt att de behandlingsmetoder som kommer i fråga är vetenskapligt belagda och internationellt vedertagna. SBU gör bedömningen att föresättningar för att göra en adekvat bedömning på landstingsnivå varierar. Olikheter på detta plan kan komma att äventyra patientens rätt till behandling. *Gotlands kommun* anser att beslut om betalningsförbindelse bör avse vård som ges av den aktuella sjukvårdshuvudmannen och inte utvidgas till vad som är internationellt vedertaget. Den föreslagna skrivningen skulle kunna innebära att en av sjukvårdshuvudmannen gjord ned- eller bortprioritering av en behandlingsmetod, skulle kunna kringgå om behandlingsmetoden bara vore internationellt vedertagen.

När det gäller förslaget om att vård som givits av en privat vårdgivare i annat EES-land endast ska ersättas om vårdgivaren är ansluten till det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet, menar *Konkurrensverket* att det är svårt att överblicka konsekvenserna av en sådan bestämmelse eftersom sjukvårdssystemen är utformade på olika sätt i olika länder. Det bör enligt *Konkurrensverket* utredas vilka typer av vårdgivare som skulle berö-

ras i varje land och hur konkurrensneutraliteten mellan dem och motsvarande vårdgivare i Sverige skulle påverkas. *Försäkringskassan* anser att förslaget om att vårdgivaren ska vara ansluten till det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet i det EES-land där vården mottas strider mot vad EG-domstolen har meddelat i dom den 16 maj 2006 (mål nr C-372/04, Yvonne Watts mot Bedford Primary Care Trust och Secretary of State for Health). Kassan framhåller också att det i praktiken är svårt att utreda vad som är privat respektive allmän vård och särskilt svårt med tanke på att länderna inom EES har blandade system. *Sveriges läkarförbund* är frågande till förslaget att endast vård som ges av privata vårdgivare som är anslutna till det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet ska ersättas. *Landstinget i Hallands län* delar i stort kriterierna för betalningsförbindelser.

Skälen för regeringens förslag

Grundläggande villkor

I artikel 152.5 EG-fördraget står det att gemenskapen på folkhälsoområdet fullt ut ska respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård. Medlemsstaterna är behöriga att utforma sina sociala trygghetssystem. I avsaknad av en harmonisering på gemenskapsnivå ankommer det följaktligen på lagstiftaren i varje medlemsstat att bestämma villkoren för rätten eller skyldigheten att ansluta sig till ett system för social trygghet. Medlemsstaterna ska likafullt iaktta gemenskapsrätten vid utövandet av denna behörighet (se bl.a. Kohll, punkterna 17–19). Förslaget om de förutsättningar som ska vara uppfyllda i 3 § för att en patient ska få sin vård bekostad gäller för planerad sjukhus- och icke sjukhusvård samt akut vård.

Patienten ska vara bosatt i Sverige eller omfattas av artikel 22.1.c i förordning 1408/71

Det är medlemsstaterna som är ansvariga för att tillhandahålla kvalitativ vård till sina medborgare. Följaktligen ligger det inom ramen för varje medlemsstats kompetens att bestämma om vem som omfattas av ett nationellt sjukförsäkringssystem och om vilka sjukdomsbehandlingar som ska bekostas av det allmänna. Av 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 5 § tandvårdslagen (1985:125) framgår att landstingen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård eller tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Med bosatt i ett landsting avses den som är folkbokförd där. Detsamma gäller de som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. För att få rätt till ersättning för tandvårdsförmån enligt 2 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring, krävs att personen är bosatt i Sverige enligt bestämmelser i 2 kap. 1 § och 3 kap. 1 § punkt 1 socialförsäkringslagen (1999:799). En första förutsättning för att en patient ska få sina utgifter ersatta för vård i ett annat EES-land är därför att han eller hon är bosatt eller folkbokförd i Sverige i enlighet med nämnda bestämmelser. Förutsättningen att patienten ska vara bosatt i Sverige har

inte nämnts i promemorian men tas med i förslaget. Den anses inte ändra förslagets materiella innehåll i sak.

Lagrådet har anfört att en sådan förutsättning att personen ska vara bosatt i Sverige kommer i både utvidgande och begränsande omfattning att avvika från den personkrets som har rätt att efter ett förhandsbesked få ersättning för vård i annat EES-land med stöd av artikel 22.1.c i förordning 1408/71. Det kan enligt *Lagrådet* ifrågasättas om en sådan ordning är förenlig med gemenskapsrätten, detta mot bakgrund av att inte alla de personer som har rätt att få ersättning med stöd av förordningen för vård i annat land skulle få rätt till sådan ersättning som kan grundas direkt på EG-fördraget. En lämpligare ordning vore enligt *Lagrådets* mening att bosättningskravet ersattes med ett krav på att personen ifråga ska tillhöra den personkrets som efter tillstånd äger rätt till vård i en annan medlemsstat och ersättning härför med stöd av artikel 22.1.c i förordning 1408/71.

Grundtanken är att patienten, så långt det är möjligt, ska försättas i en situation som är identisk med den som skulle ha uppstått om vården söktes i Sverige. Om bosättningskravet ersätts med ett krav att patienten äger rätt till vård i en annan medlemsstat med stöd av artikel 22.1.c förordning 1408/71 på sätt som *Lagrådet* har anfört kommer vissa persongrupper, de studerande, som uppfyller bosättningskravet i svensk lagstiftning och som har rätt till vårdförmåner i Sverige inte får rätt till ersättning för vård som givits i ett annat EES-land med stöd av den föreslagna lagen. Om *Lagrådets* förslag å andra sidan inte införs kan det innebära att en patient som arbetar i Sverige men är bosatt i ett annat EES-land och som således har rätt till vårdförmåner i Sverige med stöd av förordning 1408/71 inte omfattas av den föreslagna lagen om rätt till ersättning med stöd av EG-fördraget. Regeringens avsikt är att även dessa personer ska omfattas av lagen och äga rätt till ersättning om förutsättningarna därför är uppfyllda.

Av dessa skäl anser regeringen att personkretsen utvidgas i förhållande till artikel 22.1.c. förordning 1408/71. Därför ska förutsättningen att patienten är bosatt i Sverige kompletteras i enlighet med vad *Lagrådet* har anfört.

Behandling av sjukdomar, skador och tillstånd som helt eller delvis skulle ha bekostats av det allmänna om vården givits i Sverige

Som nämnts anser regeringen att det får anses ligga inom varje medlemsstats behörighet att bestämma vilka sjukdoms- tillstånds- eller skadebehandlingar inom landet som ersätts av det allmänna. Samma kriterier anser regeringen ska tillämpas utan åtskillnad om det är fråga om ersättning från svenska offentligfinansierade medel för vård som givits i ett annat EES-land.

Lagrådet har anfört att det är lämpligt att komplettera lagtexten med behandling av "en skada" för att med hälso- och sjukvård avse sådana åtgärder som avses i 1 § första stycket första meningen hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Regeringen delar *Lagrådets* uppfattning i denna del. Med hänsyn till hur hälso- och sjukvård respektive tandvård definieras i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen (1985:125) bör lagtexten lyda "behandling av sjukdomar och skador".

För att få ersättning krävs således, förutom att de övriga förutsättningarna är uppfyllda, att det gäller kostnader för behandling av sjukdomar eller skador som i Sverige behandlas inom det offentlig-finansierade hälso- och sjukvårdssystemet.

I lagrådsremissen föreslog regeringen att kostnader uppkomna i samband med behandling av en sjukdom eller ett tillstånd under vissa förutsättningar skulle ersättas. Med tillstånd avsågs exempelvis graviditet, infertilitet och kroppsfel.

Lagrådet har uppgett att ett tillstånd som exempelvis graviditet definitionsmässigt inte är en sjukdom eller en skada även om graviditet kan kräva vård på sjukhus och även ge upphov till sjukdomar och skador. Enligt Lagrådet behövs dock inte tillägget ”eller ett tillstånd” i förevarande paragraf om begreppet hälso- och sjukvård får anses omfatta tillstånd.

Med begreppet hälso- och sjukvård innefattas åtgärder med anledning av kroppsfel och barnsbörd även utan att uttryckligen nämnas i 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Detsamma gäller åtgärder i samband med abort och sterilisering (se prop. 1981/82:97, s. 111, Hälso- och sjukvårdslag m.m.). Undantag finns emellertid för tillstånd som regleras genom lagen (1944:133) om kastrering, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. och lagen (1988:711) om befruktning utanför kroppen där inte alltid alla följder av en viss åtgärd inryms i begreppet hälso- och sjukvård.

Då begreppet hälso- och sjukvård i princip får anses omfatta åtgärder med anledning av ett tillstånd anser regeringen att tillägget ”eller ett tillstånd” ska tas bort i paragrafen i enlighet med vad Lagrådet har föreslagit. Huvudsyftet med bestämmelsen är att behandlingar av tillstånd som inte kan anses vara medicinskt betingade, kosmetiska behandlingar, eller andra behandlingar som delvis inte bekostas i Sverige, inte ska ersättas. Då målet för hälso- och sjukvården och tandvården enligt hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen ska det inte finnas några större skillnader mellan de olika landstingen beträffande vilka sjukdomar, skador och tillstånd som omfattas av det offentliga åtagandet.

Behandlingsmetoden överensstämmer med den som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet eller om den är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen och användningen av metoden inte är förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning.

Av rättspraxis från EG-domstolen framgår att gemenskapsrätten i princip inte kan medföra att en medlemsstat tvingas utsträcka förteckningen över medicinska förmåner som ersätts genom dess system för social trygghet, och den omständigheten att en medicinsk behandling omfattas av sjukförsäkringssystemet i andra medlemsstater saknar betydelse i detta avseende. Medlemsstaten är emellertid vid utövandet av denna behörighet skyldig att inte åsidosätta gemenskapsrätten, se avsnitt 6.3. Det innebär att kriterierna, som landstinget är skyldig att tillämpa vid tillståndsprövningen, är objektiva och inte beroende av var de personer som tillhandahåller vården är etablerade. Bestämmelserna om rätt till ersätt-

ning ska således vara tillämpliga utan åtskillnad på behandlingar inom och utom landet.

Såsom Försäkringskassan har framhållit i sina remissynpunkter används många behandlingsmetoder, både utom och inom det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige som enligt gällande kriterier inte kan definieras som internationellt vedertagna. I promemorian föreslog regeringen att enbart behandlingsmetoder som är internationellt vedertagna skulle ge rätt till ersättning för en enskilds vårdkostnader i ett annat EES-land. Förslaget i promemorian innebär, med beaktande av vad Försäkringskassan har framhållit, att patienten kan nekats ersättning på grund av att behandlingsmetoden, som givits i ett annat EES-land, inte är internationellt vedertagen. Behandlingsmetoden kan däremot ingå bland de behandlingsmetoder som används i Sverige trots att de inte är internationellt vedertagna. Följaktligen skulle det innebära att patienten om motsvarande vård givits i Sverige endast skulle behöva betala vårdavgifter, eftersom behandlingsmetoden då ersätts av det allmänna. Däremot får patienten betala hela kostnaden för vården, även om motsvarande vård i Sverige ersätts av det allmänna, om han eller hon mottagit den i ett annat EES-land. Regeringen anser att det inte är tillfredställande eller ens förenligt med EG-rätten att göra en sådan åtskillnad. Därför föreslår regeringen att också förutsättningen – att behandlingsmetoden överensstämmer med en behandling som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet – införs.

Frågan är då om det är tillräckligt att behandlingsmetoden tillämpas i något landsting i Sverige för att uppfylla förutsättningen för att få ersättning eller om det avgörande ska vara om behandlingsmetoden används i patientens eget landsting. Regeringen konstaterar, i överensstämmelse med vad SBU har anfört i sitt remissvar, att bedömningen av vilken behandlingsmetod som ska användas och ersättas av det allmänna är olika på landstingsnivå. Då det finns flera behandlingsmetoder för en och samma sjukdom bestämmer landstingen själva vilka av dessa som ska användas och finansieras inom det egna landstinget. Om förutsättningen för att få ersättning enbart baseras på att behandlingsmetoden överensstämmer med en behandling som används inom det egna landstinget kan olikheter på detta plan komma att äventyra patientens rätt till ersättning för vårdkostnader i ett annat EES-land, detta på grund av att det då görs avhängigt i vilket landsting patienten är bosatt om han eller hon ska få ersättning för vårdkostnaderna. En behandlingsmetod som används i ett landsting kanske inte används i ett annat.

Mot bakgrund av ovanstående och av att det idag är få patienter som utnyttjar möjligheten att på egen hand söka vård utomlands anser regeringen att det räcker att en behandlingsmetod används i något landsting för att den ska anses användas inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet.

Frågan är också hur man ska bedöma de fall då ersättning begärs för vård i ett annat EES-land där man har använt sig av en behandlingsmetod som är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen, men som över huvud taget inte används i Sverige. I målet Smits och Peerbooms ansåg EG-domstolen att kravet på objektivitet och likabehandling inte garanterades om hänsyn enbart togs till behandlingar som regelmässigt utfördes inom det nationella territoriet och till enbart

de vetenskapliga uppfattningarna inom de inhemska läkarkretsarna. Tvärtom ansågs det kunna riskera att inhemska vårdgivare gynnades (se Smits och Peerbooms, punkterna 95–96). Av dessa skäl anser regeringen att man även ska ha rätt till ersättning, om behandlingsmetoden som använts i ett annat EES-land, är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen. Detta även om den aktuella behandlingsmetoden inte används i Sverige.

Det finns dock behandlingsmetoder som inte används i Sverige eller som endast används under vissa förutsättningar eftersom metoderna är förbjudna eller användningen av dem är begränsade i lag. Det gäller bl.a. metoder som Sveriges riksdag funnit vara så etiskt oförsvarbara eller så riskfyllda för patienten att man ansett det vara nödvändigt att lagstiftningsvägen förbjuda eller begränsa dem. Som exempel på sådan lagstiftning kan nämnas att det uppställs villkor för när metoden preimplantatorisk genetisk diagnostik får användas. Enligt 4 kap. 2 § lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. får preimplantatorisk genetisk diagnostik användas endast om mannen eller kvinnan bär på anlag för en allvarlig monogen eller kromosomal ärftlig sjukdom, som innebär en hög risk för att få ett barn med en genetisk sjukdom eller skada. Behandlingen får inte användas för val av egenskap utan endast inriktas på att barnet inte ska ärva anlag för sjukdomen eller skadan i fråga. I lagen anges även att preimplantatorisk genetisk diagnostik inte utan tillstånd av Socialstyrelsen får användas för att försöka få ett barn med en sådan genuppsättning att barnet ska kunna bli donator av blodstamceller till ett svårt sjukt syskon. Tillstånd får lämnas endast om det finns synnerliga skäl för att tillåta användningen.

Mot bakgrund av det ovanstående anser regeringen att ersättning inte ska utges i de fall en behandlingsmetod är förbjuden i svensk lag. För det fall användningen av metoden är begränsad i lag, ska ersättning endast kunna utges om de förutsättningar som anges i den begränsande lagstiftningen är uppfyllda.

Valet av vårdgivare i det vårdgivande EES-landet

I promemorian föreslogs att en av förutsättningarna för att få ersättning skulle vara att vårdgivaren i det vårdgivande EES-landet är ansluten till det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet. Några av remissinstanserna har framhållit svårigheterna med att utreda vad som är privat respektive allmän vård samt att förslaget strider mot gemenskapsrätten. Regeringen anser, med beaktande av remissinstansernas synpunkter, att det saknas ett EG-rättsligt stöd för att uppställa kravet att vårdgivaren ska vara ansluten till det allmänna för patientens rätt till ersättning.

10 Förutsättningar för att en betalningsförbindelse ska beviljas

<p>Regeringens förslag: En betalningsförbindelse ska beviljas om förutsättningarna enligt 3 § för att få ersättning är uppfyllda och om</p>

vården eller en lika effektiv sådan inte kan erbjudas av det landsting som prövar frågan om betalningsförbindelse inom en tid som med hänsyn till den sökandes aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp är normal för vården i fråga.

Promemorians förslag: Överensstämmer delvis med regeringens.

Remissinstanserna: När det gäller frågan om väntetid anser *Socialstyrelsen* att grunderna som prövningsinstansen ska ta ställning till behöver preciseras. Bedömningen riskerar annars att bli godtycklig och subjektiv. För att nå en högre grad av objektivitet skulle prövningsinstansen kunna använda sig av rikssnittet för väntetiden beträffande aktuell behandling. I första hand bör hälso- och sjukvården inom Sverige utnyttjas genom att patienten ges möjlighet till vård inom ett landsting med kortare vårdkö. Det följer av EG-domstolens praxis att förhandstillstånd endast får vägras om en identisk eller lika effektiv behandling kan fås "without undue delay" i hemlandet. *Landstinget i Hallands län* delar i stort kriterierna för förhandstillstånd. Kriteriet att vården inte kan lämnas inom en tid som är normal för vården med hänsyn till hälsotillståndet eller sjukdomens sannolika förlopp kan skapa otydlighet och tolknings-svårigheter. I förslaget anges att förhandstillstånd får vägras endast om en identisk eller lika effektiv behandling kan fås i hemlandet. Enligt landstinget bör i första hand den nationella vårdgarantins tidsram, dvs. 90 dagar, vara vägledande för om utlandsvård ska beviljas eller inte. *Landstinget i Uppsala län* menar att vad som är normal väntetid kan vara svårt att bedöma och kan variera beroende på i vilket landsting eller av vilken vårdgivare bedömningen görs.

Skälen för regeringens förslag: Kommissionen har inlett ett arbete i syfte att skapa tydlighet om vilka regler som gäller för att söka vård eller arbeta inom hälso- och sjukvården i ett annat land liksom att fastställa en god säkerhet för patienten.

Patientens rätt att själv välja var och av vem ett vårdbehov ska tillgodoses är grundläggande för regeringens syn på hälso- och sjukvård. Nationsgränser ska inte vara ett hinder för denna rätt. Detta är regeringens hållning i det arbete som för närvarande pågår inom den Europeiska unionen.

Flera remissinstanser har uttryckt ett behov av att förslaget preciseras mera än vad som är fallet i promemorian. Regeringen delar uppfattningen om att bedömningen annars kan bli godtycklig och subjektiv, vilket inte är tanken med förslaget. Därför avser regeringen att kommentera förutsättningarna för att få en betalningsförbindelse i det följande.

En betalningsförbindelse krävs för att få ersättning för planerad sjukhusvård i ett annat EES-land. Kriterierna för att få en betalningsförbindelse är dels att förutsättningarna för att få ersättning ska vara uppfyllda, dels att vården eller en lika effektiv sådan inte kan erbjudas inom en tid som med beaktande av den sökandes aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp är normal för vården ifråga. Det sistnämnda villkoret baseras på EG-domstolens praxis. EG-domstolen har ansett att det är berättigat för en medlemsstat att avslå en ansökan om ett förhandsbesked för rätt till ersättning för vård i annat EES-land när en identisk behandling eller en behandling som är lika effektiv för patienten kan fås i tid vid en inrättning med vilken den försäkrade personens sjukförsäkringskassa har ingått avtal (se bl.a. Smits

och Peerbooms, punkten 103). Regeringens förslag bygger på artikel 22.2 i rådets förordning 1408/71 där det bl.a. står att ett tillstånd inte får vägras om patienten inte kan få vård inom den tid som är normal för vården ifråga. Av EG-domstolens praxis följer det däremot som nämnts att ett tillstånd får vägras när en identisk behandling eller en lika effektiv sådan kan ges inom s.k. normal tid. EG-domstolen har emellertid ansett att det saknas vägande skäl för att tolka artikel 22 i förordning 1408/71 på ett annat sätt än artikel 49 i EG-fördraget om fri rörlighet för tjänster. I båda fallen handlar det om att bedöma huruvida patienten kan erbjudas den sjukhusvård som hans eller hennes hälsotillstånd kräver i bosättningsmedlemsstaten inom en godtagbar frist, så att behandlingen förblir ändamålsenlig och effektiv (jfr Watts, punkterna 60 och 61).

EG-domstolen har tolkat villkoret – att behandlingen eller en lika effektiv sådan kan fås i tid – på så sätt att ett tillstånd får vägras endast om en identisk eller lika effektiv behandling kan fås ”without undue delay” i hemlandet. Vid bedömning av om en behandling som är lika effektiv för patienten kan fås i tid ska hänsyn tas till samtliga omständigheter i det enskilda fallet. Således ska man beakta inte enbart patientens hälsotillstånd, och i förekommande fall hur svåra smärtor patienten har eller hur gravt funktionshindrad han eller hon är – vilket till exempel skulle kunna omöjliggöra utövande av yrkesverksamhet eller göra detta oerhört svårt – vid tidpunkten när tillstånd söks, utan också hans eller hennes sjukdomshistoria.

EG-domstolen har även bedömt förekomsten av system med väntelistor inom vården. I praxis har EG-domstolen uttryckt det enligt följande. I en situation med en ständig ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård, som huvudsakligen beror på medicinska framsteg och ökad livslängd, och ett ekonomiskt begränsat utbud, måste nationella myndigheter med ansvar för att organisera och tillhandahålla sådan vård ha rätt att, i den mån de finner det nödvändigt, införa ett system med väntelistor. Detta i syfte att planera tillhandahållandet av denna vård och fastställa en prioritetsordning i förhållande till de medel och den kapacitet de har. Vid bedömningen ska emellertid inte enbart förekomsten av vårdköer beaktas, utan även de konkreta omständigheter som kännetecknar den berörda patientens hälsotillstånd (jfr Smits och Peerbooms, punkt 104, Müller-Fauré och van Riet punkt 90–92, Watts, punkterna 62–70). För svensk del är det landstingen som ska kontrollera att väntetiden till vård för en berörd patient inte överskrider den tid som enligt en objektiv medicinsk bedömning av patientens vårdbehov är godtagbar. Vid bedömningen ska hänsyn tas till patientens individuella hälsotillstånd, sjukdomshistoria, sjukdomens sannolika förlopp, smärta och/eller typ av handikapp vid tidpunkten för ansökan om betalningsförbindelse. Väntetiderna ska vara flexibla och anpassningsbara, så att den väntetid som ursprungligen har fastställts och delgetts den berörde kan omprövas vid en eventuell försämring av patientens hälsotillstånd efter en första begäran om betalningsförbindelse. Väntetider längre än den gräns som gäller för vårdgarantin kan inte betraktas som normala. Om det för en patient exempelvis har fastställts en väntetid om tre månader för att få en höftledsoperation – och väntetiden beror på allmänna organisatoriska målsättningar samt väntetiden inte överskrider en objektiv medicinsk

bedömning av patientens vårdbehov – har landstingen fog för att avslå patientens begäran om en betalningsförbindelse.

I lagrådsremissen föreslogs att Försäkringskassan skulle bevilja ett förhandstillstånd om förutsättningarna i 3 § var uppfyllda samt om vården eller en lika effektiv sådan inte kunde erbjudas i Sverige inom en tid som, med beaktande av patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, var normal för vården i fråga. Kriteriet att vården inte kunde erbjudas inom normal tid i Sverige skulle dock innebära att vårdgivare i andra landsting än där patienten är bosatt i första hand får erbjuda sina vårdtjänster. Svenska vårdgivare skulle med ett sådant förslag få en fördel i förhållande till vårdgivare i andra EES-länder, vilket inte är konkurrensneutralt. Regeringen föreslår därför att en betalningsförbindelse ska beviljas om vården inte kan erbjudas inom normal tid av det landsting som prövar frågan om betalningsförbindelse och förutsättningarna i övrigt är uppfyllda.

Med denna formulering omfattas även sådan vård som landstinget inte själv tillhandahåller men genom avtal med andra landsting ändå kan erbjuda de patienter som landstinget ansvarar för. Detta kan exempelvis gälla för ett landsting som är för litet för att ha en viss medicinsk inriktning eller en viss specialitet.

Om vården inte kan erbjudas inom normal tid av det landsting som prövar frågan om betalningsförbindelse och övriga förutsättningar är uppfyllda ska utgångspunkten vara att det är patienten som väljer sin vårdgivare i det andra EES-landet. Om det emellertid skulle framgå att den vårdgivare som patienten valt uppenbart inte är lämpad till att utföra den aktuella vården är det med hänsyn till den enskilde patienten nödvändigt att landstinget ingriper och att patienten och landstinget kan komma överens om en annan vårdgivare.

Det kan finnas särskilda fall då det för den enskilde patienten är av vikt att få vården i ett annat EES-land, oavsett om vården hade kunnat erbjudas i tid i Sverige. Det kan röra sig om en person som har en stark anknytning till ett annat EES-land. Med stark anknytning kan avses nära anhöriga som är bosatta i det andra landet. Det kan dock vara svårt för regeringen att slå fast när ett sådant särskilt fall föreligger och det kan ifrågasättas om det över huvud taget skulle vara lämpligt att reglera en sådan situation. Regeringen bedömer att det istället är landstingen som är bäst lämpade att bedöma när ett sådant särskilt fall föreligger. Detta på grund av att landstingen har kännedom om den enskilde patientens behov och har därför bäst möjlighet att identifiera dessa särskilt ömmande fall. Landstingen kan, om det finns anledning, remittera patienten direkt till ett annat land oavsett om det är inom EES-området eller inte och oavsett om vården kan ges i tid i Sverige. Denna möjlighet finns och sådan remittering sker redan i dag (se avsnitt 6.2).

11 Ersättning för vårdkostnader

Regeringens förslag: Landstinget ska, om en betalningsförbindelse beviljats, bekosta patientens vård på sjukhus som givits i ett annat land inom EES-området. En beviljad betalningsförbindelse innebär att

patienten inte ska behöva betala mer än motsvarande de egenavgifter som han eller hon skulle ha betalat om vården givits i Sverige. Landstinget ska istället utge ersättning för vården direkt till vårdgivaren i det andra EES-landet.

Landstinget ska om förutsättningarna i 3 § är uppfyllda i efterhand ersätta patienten för akut eller sådan planerad hälso- och sjukvård eller tandvård som inte kräver en betalningsförbindelse. Försäkringskassan ska om förutsättningarna i 3 § är uppfyllda i efterhand ersätta patientens utgifter för akut eller planerad tandvård, som enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring ersätts av staten om sådan tandvård givits i Sverige.

Ersättning från landstinget eller från Försäkringskassan till patienten ska ges med ett belopp som motsvarar vad patienten har betalat för vården om inte beloppet är uppenbart oskäligt. Avdrag från ersättningen ska göras med belopp som motsvarar de egenavgifter som patienten skulle ha betalat om vården givits i Sverige.

Promemorians förslag: I promemorian föreslås att Försäkringskassan efter ansökan i efterhand ska ersätta patienten för utgifter uppkomna i samband med hälso- och sjukvård eller tandvård i ett annat land inom EES-området. Ersättningen ska ges med ett skäligt belopp och får inte överskrida det belopp patienten betalat för vården. Avdrag från ersättningen ska göras för vårdavgifter.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna instämmer i promemorians förslag.

Försäkringskassan avstyrker att ersättningen ska utgå med skäligt belopp då det inte kan anses vara förenligt med EG-rätten i kombination med Sveriges nationella hälso- och sjukvårdssystem. *Kommerskollegium* menar att det inte klart framgår i utredningen vem som bör stå den ekonomiska risken för att det allmänna inte fullt ut står för vårdkostnader som uppstått. Det är inte heller klart vad som är att betrakta som oskäligt hög vårdkostnad och vilka kriterier som ska ligga till grund för den bedömningen. *Kommerskollegium* framhåller att det är problematiskt om patienten belastas med denna risk. *Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU*, framhåller att det inte enbart handlar om priset, utan priset (eller kostnaden) i relation till den nytta som behandlingen ger dvs. kostnadseffektiviteten. En behandling med mycket begränsad eller ingen effekt är ointressant även om priset är lågt. På motsvarande vis kan en behandling med hög debitering vara i högsta grad intressant om effekten är stor för patienten. Denna synpunkt menar SBU är väsentlig att beakta vid beslut om rätt till ersättning, och har stöd i riksdagens beslut om prioriteringar i sjukvården. *Gotlands kommun* anser att bestämmelsen kan vara svår att tillämpa. Ett enklare och säkrare system för såväl den som lämnar förhandsbeskedet som för patienten vore att förhandsbeskedet begränsades till att gälla ett visst belopp. *Örebro läns landsting* menar att bedömning om ersättningsbeloppens storlek kan följa Riksavtalet för utomlänsvård för att förhindra risk för överdebitering. *Västerbottens läns landsting* föreslår en tydligare skrivning om vad som gäller möjligheter till ersättning för vård hos privata vårdgivare med eller utan avtal med den allmänna hälso- och sjukvården.

Vad omfattas av vårdsituationen?

Till skillnad från vård som ersätts direkt enligt förordning 1408/71, kan vård med stöd av EG-fördraget ersättas i efterhand. Det är emellertid regeringens uppfattning att ett sådant system leder till att endast patienter med större ekonomiska resurser kan utnyttja möjligheten till vård utomlands med stöd av EG-fördraget. Regeringen förslår därför att landstingen ska bygga upp system där patienten inte själv behöver betala i förskott till en vårdgivare i annat EES-land. Det finns redan idag rutiner för detta då landsting remitterar patienter direkt till vårdgivare i ett annat land.

För viss vård t.ex. vid akut vård eller planerad vård som inte är sjukhusvård, är det emellertid nödvändigt med ett system om ersättning i efterhand. Vid de fall då patienten ska ersättas i efterhand ska patienten ersättas för vad han eller hon faktiskt har betalat för vården i det vårdgivande landet.

En fråga att ta ställning till är vad en beviljad betalningsförbindelse eller beslut om ersättning i efterhand omfattar. Om förutsättningarna för att få ersättning är uppfyllda eller en betalningsförbindelse beviljats anser regeringen att de kostnader som hör till vårdsituationen ska ersättas. Ett beviljat beslut om betalningsförbindelse eller om ersättning omfattar hela den vårdsituation för en patient som är förutsägbar vid ansökan om betalningsförbindelsen eller om ersättning. Med det avses behandlingen av själva sjukdomen eller tillståndet samt de eventuella återbesök som är planerade och ingår i den huvudsakliga behandlingen.

Då det i dagsläget saknas en tydlig fördelning av ansvaret mellan medlemsstaterna om vem som ska stå för kostnaden vad det gäller exempelvis komplikationer till följd av mindre framgångsrika behandlingar anser regeringen att det inte är rimligt att patienten ska stå kostnadsrisken. Om förutsättningarna enligt 3 eller 4 §§ i den föreslagna lagen är uppfyllda bör även återbesök till vårdgivaren i syfte att åtgärda sådana komplikationer omfattas av en beviljad betalningsförbindelse alternativt ersättas i efterhand. Rehabiliteringsinsatser bör i huvudsak inte omfattas av en beviljad betalningsförbindelse. För det fall att en viss behandling kräver en särskild form av eftervård kan detta emellertid anses vara en utgift som ersätts.

Inom den Europeiska unionen pågår för närvarande ett arbete med att kartlägga om det finns behov av att på gemenskapsnivå skapa verktyg för ansvarsfördelning mellan medlemsstaterna avseende bland annat kostnadsansvar för komplikationer till följd av mindre framgångsrika behandlingar (se meddelande från Kommissionen, Samråd om gemenskapsåtgärder som rör hälso- och sjukvården, Bryssel den 26 september 2006, SEC (2006) 1195/4).

Ersättning ges med ett belopp som motsvarar patientens utgifter för akut och planerad vård utanför sjukhus

När det gäller kostnader för såväl akut som planerad hälso- och sjukvård och tandvård som givits i en annan medlemsstat med stöd av EG-fördraget är utgångspunkten att ersättningen för dessa kostnader ska beräknas

utifrån lagstiftningen i landet där patienten är bosatt. Det svenska sjukvårdssystemet är ett naturaförmånssystem (benefits in kind-system) där landstingen är skyldiga att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. I försäkringsbaserade system har de försäkrade i stället rätt till viss ersättning för utförd vård. Någon direkt ekonomisk relation mellan vårdgivare och patient i det svenska systemet finns alltså inte. Det innebär en svårighet att slå fast ett direkt pris för olika vårdinsatser.

Frågan är hur stor ersättning som ska ges till en patient som har mottagit akut eller planerad hälso- och sjukvård eller tandvård utanför sjukhus i ett annat EES-land och begär ersättning i efterhand. I promemorian föreslog regeringen att det i lagtexten skulle stå att ersättningen ska ges med ett skäligt belopp och att den inte får överskrida det belopp som patienten betalat för vården. Flera av remissinstanserna har anfört att det av promemorian inte klart framgår hur begreppet ”skäligt belopp” ska bedömas. Det har även framförts att förslaget är svårt att tillämpa, att det finns en risk att patienten kan få stå risken för att vårdinsatsen inte ersätts fullt ut och att en sådan skrivning inte är förenlig med EG-rätten på grund av att den lämnar öppet för subjektiva tolkningar. Med anledning av dessa synpunkter och efter regeringens överväganden föreslås att det i lagtexten istället ska stå att ersättning ska ges med ett belopp som motsvarar patientens utgifter om inte beloppet är uppenbart oskäligt. Den nya skrivningen ändrar inte på det ursprungliga innehållet i sak, men leder till att förslaget blir tydligare.

Utgångspunkten är att patienten ska få ersättning för sina vårdutgifter från det allmänna och därigenom, så långt det är möjligt, komma i samma situation som om vården utförts i Sverige. För att skapa tydlighet föreslår regeringen emellertid att patienten ges rätt att få ersättning för det faktiska belopp som patienten har betalat för vården i det vårdgivande landet. Det beror på att prissättning i Sverige för olika vårdinsatser oftast saknas. Förslaget innebär att patienten utan en betalningsförbindelse måste lägga ut pengar för samtliga kostnader för vården i det vårdgivande landet och därefter få ersättning för detta i efterhand. Patienten måste styrka att vårdkostnaden är betald genom att visa ett kvitto eller liknande. Det ska inte vara möjligt att få ersättning med ett belopp som överstiger kostnaden för vården.

Vårdkostnader som är uppenbart oskäligen

Ersättning kan inte ges för vårdkostnader som är uppenbart oskäligen i relation till kostnaderna för hälso- och sjukvård eller tandvård som tillhandahålls i det vårdgivande landet i övrigt. Det är rimligt att det i ersättningssystemet finns skydd mot vårdgivare som utnyttjar det svenska naturaförmånssystemet genom att ta ut en högre avgift för vården än som skulle ha varit fallet om patienten kom från vårdgivarens land. Det går inte att närmare precisera var gränsen går när en vårdkostnad uppgår till ett sådant belopp att den får anses vara uppenbart oskäligt och att den därmed inte ska bäras av det allmänna fullt ut. Det får lämnas till landstingen, Försäkringskassan eller till de allmänna förvaltningsdomstolarna att, utifrån ersättningsnivåerna för jämförbara fall i vårdlandet samt i förekommande fall i Sverige, och med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet bedöma vilken ersättning som ska

utgå till patienten. Det ska dock erinras om att utgångspunkten är att patienten ska få ersättning för sina utgifter när förutsättningarna för att få ersättning är uppfyllda. Enligt EG-domstolens praxis utgör bestämmelser som avhåller och till och med hindrar enskilda från att vända sig till vårdgivare i andra medlemsstater ett hinder, såväl för de försäkrade som för dem som tillhandahåller vård, för friheten att tillhandahålla tjänster. Det är således inte meningen att enskilda ska avhålla sig från att söka vård i en annan medlemsstat av rädsla för att inte få sina utgifter för vården ersatta. Det är endast när ersättningen är uppenbart oskäligen som ersättningen ska sättas ner.

I de fall en betalningsförbindelse har beviljats kommer kostnaderna för vården att regleras direkt mellan den utländska vårdgivaren och landstinget. Eventuella tvister om huruvida vårdkostnader är oskäligen få lösas mellan parterna utan att patienten ska riskera att drabbas ekonomiskt.

Egenavgifter

Då utgångspunkten egentligen är att ersättningen ska beräknas utifrån reglerna i bosättningslandet ska det från ersättningen göras avdrag för svenska egenavgifter såsom vårdavgifter inom hälso- och sjukvården samt med de kostnader som patienten själv står för vid tandvårdstjänster. Landstingens rätt att ta ut vårdavgifter framgår av 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Det nuvarande tandvårdsstödet lämnas för behandling som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Försäkringskassan betalar ut ett fast ersättningsbelopp per åtgärd till vårdgivaren och patienten betalar resterande kostnad för undersökning och tandbehandling. Omfattningen av tandvårdsförsäkringen och vilken tandvård som ersätts av staten framgår av 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring. I förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa regleras vilket belopp som grundstödet ska utgöra för varje specifik åtgärd. Om en patient har fått tandvård i annat land inom EES-området och betalat hela vårdkostnaden själv, är det endast grundstödet för den aktuella åtgärden som efter prövning kan betalas tillbaka till patienten, dvs. samma stöd som patienten hade fått från det allmänna om tandvården istället erhållits i Sverige. Tandvård för barn och unga är avgiftsfri och bekostas av landstingen på samma sätt som hälso- och sjukvård. Viss annan tandvård ska enligt tandvårdslagen (1985:125) och tandvårdsförordningen (1998:1338) omfattas av hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) bestämmelser om vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård och bekostas av landstingen.

Den 1 juli 2002 kompletterades det statliga tandvårdsstödet med ett särskilt stöd som gäller fr.o.m. det år patienten fyller 65 år. Stödet utgörs av ett högkostnadsskydd för protetisk tandvård samt en högre ersättning för bastandvård än den som övriga åldersgrupper får. Högkostnadsskyddet innebär att Försäkringskassan ersätter patientens kostnad för protetik utöver ett karensbelopp om 7 700 kronor. Vissa materialkostnader får dock patienten själv stå för. För det fall att patienten fått tandvård i annat EES-land betalar Försäkringskassan efter prövning till patienten ersättning för vården med avdrag för karensbeloppet och materialkostnaderna,

dvs. det som patienten själv fått betala om vården hade erhållits i Sverige.

Såsom tidigare har aviserats avser regeringen att återkomma till riksdagen med förslag till ny tandvårdsreform som kommer att ersätta det nuvarande systemet.

Om den vård som patienten mottagit i annat EES-land inte finns att tillgå i patientens hemlandsting eller i Sverige i övrigt ska ändå principerna för hemlandstingets egenavgifter tillämpas på det aktuella vårdtillfället.

12 Övriga kostnader hänförliga till vård som givits i ett annat land inom EES-området

Regeringens förslag: Landstinget ska, om en betalningsförbindelse har beviljats, betala patientens kostnader i samband med planerad vård på sjukhus. Med det avses, förutom att själva vården bekostas, ersättning för läkemedel och förbrukningsartiklar som mottagits under vårdtiden och i vissa fall ersättning för resa, kost och logi.

Beträffande akut eller planerad vård som inte omfattas av definitionen vård på sjukhus ska landstinget eller Försäkringskassan, om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda, förutom att ersätta själva vården, ersätta patientens utgifter för läkemedel och förbrukningsartiklar som patienten mottagit under själva vårdtiden.

Promemorians förslag: Överensstämmer delvis med regeringens. I promemorian föreslås att patienten ska ersättas för läkemedel eller andra produkter som hon eller han mottagit under själva vårdtiden. Om ett förhandstillstånd beviljats för planerad sjukhusvård ska enligt promemorian kostnader för resor, kost och logi ersättas. Ersättning för resor, kost och logi ska inte ges för planerad vård utan förhandstillstånd. Kostnader för akutresor i samband med akut vård i ett annat land inom EES-området ska enligt promemorians förslag ersättas. Detsamma gäller andra kringkostnader.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna instämmer i promemorians förslag. *Örebro läns landsting* avstyrker förslaget om ersättning för sjukresor och kringkostnader vid akut sjukdom inom EES-området. *Västerbottens läns landsting* föreslår en tydligare skrivning när det gäller hur och om ersättning för resekostnader ska hanteras. *Landstinget i Östergötland* anser att kostnader för hemtransport eller hemresa inte kan anses möjliga att ersätta.

Skälen för regeringens förslag

Allmänna överväganden

Regeringen finner det nödvändigt, med hänsyn till det ökade behovet av vård på grund av en stigande ålder hos befolkningen och till de begränsade resurserna inom hälso- och sjukvården, att för det allmänna begränsa

ersättningen för andra kostnader som kan uppstå i samband med att vården ges än själva kostnaderna för vården. Med dessa s.k. hänförliga kostnader avses kostnader för läkemedel, förbrukningsartiklar, resor, kost och logi. Av dessa skäl ska sådana kostnader enbart ersättas i viss begränsad utsträckning. I den mån patienten har haft utgifter för läkemedel eller andra produkter som han eller hon mottagit under själva vårdtiden ska ersättningen täcka dessa utgifter. Patienten ska, så långt det är möjligt, försättas i samma situation som om vården i stället givits i Sverige.

Utgifter för läkemedel och förbrukningsartiklar

I Sverige är läkemedel och förbrukningsartiklar som patienten mottar under själva sjukhusvistelsen kostnadsfria. Det innebär att patienter som har beviljats en betalningsförbindelse eller i övriga fall uppfyller förutsättningarna för att få ersättning inte själva ska behöva bekosta läkemedel och andra produkter som han eller hon har mottagit under själva vårdtiden.

Patienten kan även komma att begära att landstinget eller Försäkringskassan ska stå för andra kostnader som han eller hon haft i samband med vården, exempelvis utgifter för resor, kost och logi.

Utgifter för resor, kost och logi

EG-domstolen har slagit fast att det är medlemsstaterna själva som kan bestämma hur omfattande sjukförsäkringen för de försäkrade personerna ska vara och att det inte finns något som hindrar att det bidragsberättigade beloppet för utgifter för resor, kost, logi, och liknande begränsas till det belopp med vilket sådana utgifter skulle ha erkänts om en motsvarande tillgänglig behandling givits i det egna landet. En sådan begränsning måste dock kunna motiveras med att statens kostnader måste begränsas till vad som är medicinskt nödvändigt och vara grundat på ett objektiva, icke diskriminerande och öppna kriterium (se EG-domstolens dom den 18 mars 2004 i mål C-8/02, Ludwig Leichtle mot Bundesanstalt für Arbeit (Leichtle), REG 2004 I-2641, punkterna 48 och 51).

Ersättning för kostnader för resor i samband med vård regleras i Sverige av lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor och av det mellan landstingen träffade Riksavtalet för utomlänsvård. Av lagen, avtalet och Landstingsförbundets Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården, Dnr LF 924-00, om hur riksavtalet ska tillämpas framgår att den som väljer att på eget initiativ vårdas utanför det egna landstinget inte har rätt till ersättning för sina resekostnader. Denna situation kan jämföras med de fall när en patient mottagit planerad sjukhusvård utan en betalningsförbindelse eller planerad vård utanför sjukhus och därefter söker ersättning för sina resekostnader och för andra kostnader som kost och logi. I dessa fall ska ersättning för dessa kostnader inte ges.

När däremot en patient beviljats en betalningsförbindelse till planerad sjukhusvård, eftersom samma eller lika effektiv vård inte kunnat erbjudas av landstinget inom rimlig tid, kan det inte anses skäligt att patienten själv ska behöva bekosta resor och andra kostnader. Patienten har i denna

situation haft goda skäl för att söka vård i ett annat land inom EES-området. I dessa fall framhåller emellertid regeringen att det enbart ska vara utgifter som har ett samband med vården som landstinget ska bekosta. Med formuleringen att det enbart är utgifter som har ett samband med vården som bekostas avser regeringen exempelvis kostnader för patientens resa till sjukvårdsinrättningen inom det vårdgivande landet samt kost och logi vid sjukdomstillfället. Även resor till och från det vårdgivande landet kan bekostas om resan sker i direkt anslutning till vården och inte kombineras med vistelse i rekreations- eller semestersyfte. I vissa fall kan dessa kostnader av begripliga skäl inte ersättas av landstingen förrän i efterhand. Om resan till det vårdgivande landet ska ske i direkt anslutning till den planerade sjukhusvården bör dock landstinget redan i förväg kunna ersätta patienten för dennes resekostnader.

När akut vård har givits i ett annat EES-land har patienten hitintills själv ansvarat för finansieringen av sin transport med exempelvis ambulansflyg hem till Sverige. Sådana transportkostnader har till stora delar täckts av patientens hemförsäkring eller särskilda reseförsäkringar. Regeringen finner inte skäl till att ändra en sådan ordning.

För planerad vård utanför sjukhus och akut vård anser regeringen således att ersättning enbart ska ges för utgifter för läkemedel och förbrukningsartiklar som patienten har mottagit under själva vårdtiden. Regeringen anser däremot att ersättning inte ska ges, i dessa fall, för kostnader för resor, kost och logi.

13 Beslut om betalningsförbindelse och om ersättning

Regeringens förslag: Det är det landsting inom vilket patienten är bosatt, som ska pröva och fatta beslut om betalningsförbindelse och om ersättning med undantag av statligt subventionerad tandvård.

Om patienten inte är bosatt inom något landsting ska begäran prövas av det landsting inom vars område patienten är kvarskrivnen och stadigvarande vistas eller är förvärvsverksam i enlighet med 3 § 1. Innan det landsting som har att pröva begäran om betalningsförbindelse eller om ersättning fattar beslut ska landstinget lämna uppgift om ärendet till Försäkringskassan.

Försäkringskassan ska pröva och fatta beslut om ersättning till patienten för sådan tandvård som enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring ersätts av staten.

Regeringens bedömning: Något särskilt krav på att ansökningar enligt lagen ska handläggas skyndsamt bör inte införas.

Promemorians förslag: I promemorian föreslås att Försäkringskassan ska pröva ansökningar om förhandstillstånd och om ersättning för utgifter för hälso- och sjukvård och tandvård i ett annat land inom EES-området.

Remissinstanserna:

Prövning och beslutsfattande

I dag är det Försäkringskassan som prövar ansökningar och beslutar om förhandstillstånd enligt förordning 1408/71. Myndigheten prövar även ansökningar och beslutar om ersättning med stöd av EG-fördraget. Såsom framgår av avsnitt 14 föreslås att kostnadsansvaret för stora delar av vården som givits i ett annat EES-land kommer att flyttas från staten till landstingen. Regeringen anser därför, i likhet med vad Sveriges Kommuner och Landsting har anfört, att ett utökat finansiellt ansvar för landstingen bör kopplas till att landstingen, och inte Försäkringskassan, fattar beslut om betalningsförbindelser som söks med stöd av EG-fördraget. När det gäller rena ersättningsfrågor, som uppkommit vid mottagande av akut vård eller vid planerad vård utanför sjukhus, finns det i princip inte heller något skäl för att ha annan prövnings- och beslutsinstans än landstingen.

För tandvård, som ersätts av staten enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring om den hade givits i Sverige, finner regeringen att beslut om sådan tandvård som givits i annat EES-land även fortsättningsvis ska fattas av Försäkringskassan.

Uppgiftsskyldighet

Regeringens förslag innebär att landstinget i huvudsak kommer att fatta beslut om EG-fördragsvård enligt föreslagen lag och Försäkringskassan om vård enligt förordning 1408/71. För att säkerställa att inte samma vård ersätts två gånger dvs. både av landstinget när det gäller vård som söks enligt föreslagen lag och av Försäkringskassan beträffande vård som söks enligt förordningen 1408/71 införs en uppgiftsskyldighet för landstinget. Uppgiftsskyldigheten innebär att landstinget informerar Försäkringskassan om pågående ärenden hos landstinget. Försäkringskassan har då tillgång till sådan information att kassan kan kontrollera om ett ärende gällande samma person och samma sökta vård föreligger hos dem. Det finns inget hinder mot att en patient för säkerhets skull anhängiggör ett ärende enligt båda systemen. Tanken med bestämmelsen är istället att förhindra att samma vård ersätts dubbelt enligt båda systemen. Omfattningen av vilka uppgifter som landstinget ska lämna till Försäkringskassan är begränsat till vad som krävs för att en meningsfull kontroll ska kunna ske.

Administration av ersättningsärenden

I promemorian föreslås att ärenden enligt förslaget ska handläggas skyndsamt. Vid remissbehandlingen har Försäkringskassan avstyrkt förslaget att dessa ärenden ska handläggas skyndsamt. Försäkringskassan har uppgett att något motsvarande krav på skyndsamhet inte finns i kassans hantering av ansökningar om förhandstillstånd enligt förordning 1408/71. Regeringen noterar att det även inom praxis från EG-domstolen på området saknas ett sådant krav. Däremot framgår det av nämnda praxis att ett system med tillstånd, såsom systemet med att en

betalningsförbindelse måste ha beviljats, ska administreras enligt en förfarandeordning som är lättillgänglig och ägnad att säkerställa att den berördes ansökan behandlas inom en rimlig frist, objektivt och opartiskt. Eventuella avslag ska dessutom kunna överprövas genom talan vid domstol (se bl.a. Smits och Peerbooms, punkt 90, se även avsnitt 15). Enligt förvaltningslagens (1986:223) allmänna krav på handläggningen av ärenden ska varje ärende där någon enskild är part handläggas så enkelt, snabbt och billigt som möjligt utan att säkerheten eftersätts. Regeringen anser därför att det varken finns ett behov av eller någon skyldighet att i denna lag ha med ett särskilt krav på skyndsamhet vid handläggningen av dessa ansökningar.

Begäran om betalningsförbindelse och om ersättning för utgifter för vård bör innehålla information om både patientens hälsoproblem och vilken vård som patienten önskar motta samt vilken vårdgivare patienten har valt. Det är inte lämpligt att i lag föreskriva vad en begäran om betalningsförbindelse eller om ersättning ska innehålla i detalj. Regeringen bör vid behov meddela de närmare föreskrifter som behövs för verkställigheten av den nya lagen. Dessa föreskrifter bör tillförsäkra att en begäran enligt den nya lagen administreras i enlighet med gemenskapsrätten.

14 Kostnadsansvar för hälso- och sjukvård eller tandvård och resekostnader m.m.

Regeringens förslag: Landstinget ska bära kostnadsansvaret för all akut och planerad hälso- och sjukvård och tandvård som uppfyller förutsättningarna i den föreslagna lagen med undantag av sådan tandvård som enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring ersätts av staten om vården hade givits i Sverige.

Regeringens bedömning: en utvärdering ska göras, med syfte att belysa vilka verksamhetsmässiga konsekvenser lagen inneburit för landstingen, några år efter införandet av den föreslagna lagen. Utvärderingen ska även omfatta vilka eventuella konsekvenser förslagen inneburit för patienterna.

Regeringen avser att göra ändringar i 3 § förordning (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden m.m. Ändringarna innebär i princip att landstinget även ska bära kostnadsansvaret för de som är bosatta i landstinget när de mottar för vård i ett annat EES-land med stöd av förordning 1408/71.

Promemorians förslag: Överensstämmer i sak med regeringens.

Remissinstanserna: *Sveriges Kommuner och Landsting*, och ett stort antal enskilda landsting anser att en förutsättning för att landstingen ska ta på sig finansieringsansvaret är att landstingen ges kompensation för sina nya åtaganden i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. *Statskontoret* avstyrker förslaget att landstingen ska ta över kostnadsansvaret för ersättningarna för denna vård.

Landstingens kostnadsansvar

Huvudregeln om landstingens kostnadsansvar för hälso- och sjukvård eller tandvård regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt i tandvårdslagen (1985:125). Det uttrycks på så sätt att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård eller tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Även i övrigt ska landstinget verka för en god hälsa hos befolkningen. Ett undantag är den tandvård som omfattas av 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring och förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, som ersätts av staten. Även genom förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring har undantag gjorts från landstingens kostnadsansvar. Undantagen innebär att det är staten och inte landstingen som bär kostnadsansvaret för hälso- och sjukvård, tandvård, sjukresor och andra sjuktransporter i internationella förhållanden.

När personer som omfattas av den svenska sjukförsäkringen ges hälso- och sjukvård eller tandvård med stöd av EG-fördraget i ett annat land inom EES-området är det staten som svarar för kostnaderna för vården. När motsvarande vård ges i Sverige är det landstinget där patienten är bosatt som i huvudsak svarar för dessa kostnader. Argument som kan anföras till stöd för att olika myndigheter ska stå för kostnaderna beroende på om vården mottas i Sverige eller inte är att landstingen traditionellt endast haft att svara för den vård och behandling som bedrivs inom landstingets gränser och att följderna av Sveriges medlemskap i den Europeiska unionen är något som staten och inte landstingen bör svara för. Den situation som för närvarande råder, där det är Försäkringskassan som svarar för kostnaden om patienten på eget initiativ låter sig vårdas utomlands, kan emellertid ha negativa konsekvenser för den vård och behandling som bedrivs i Sverige och kan riskera att motverka strävanden mot en allt effektivare och mer högkvalitativ vård. När landstingen inte bär kostnadsansvaret för vård i andra länder inom EES-området av personer bosatta i landstinget kan landstingens ekonomiska incitament att minska eventuella vårdköer i Sverige försvagas. Man kan påstå att landstingen sparar pengar om patienter, särskilt sådana som är i behov av dyra behandlingar, väljer att få vård i utlandet i stället för att utnyttja den vård landstingen är skyldiga att erbjuda. Ett sätt att öka landstingens incitament att ge snabb och högkvalitativ vård här i Sverige är att låta dem stå för kostnaderna för sådan hälso- och sjukvård och tandvård som landstingen är skyldiga att erbjuda men som ges i ett annat land inom EES-området.

Det är regeringens uppfattning att befolkningen har ett stort förtroende för svensk hälso- och sjukvård och att sjukvården håller en hög kvalitet. Att som patient behöva resa till ett annat land för att få vård borde för de flesta vara ett andrahandsval, med allt vad det kan innebära av språksvårigheter, osäkerhet om rutiner och kultur m.m. samt eventuella ekonomiska överväganden. Med en ökad tillgänglighet till vård i Sverige bör antalet svenskar som söker sig utomlands för att få vård bli färre.

Regeringen föreslår av dessa skäl att man faller tillbaka på huvudregeln om landstingens kostnadsansvar för bosatta inom respektive

landsting. Staten har sedan 1995 haft kostnadsansvaret för kostnader för vård i annat EES-land. År 1995 var emellertid kostnaden för vård i annat EES-land blygsam och någon reglering gjordes då inte mellan staten och landstingen. Då kostnaden för denna vård sedan dess har ökat anser regeringen att landstingen ska kompenseras för det nya åtagandet i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen.

Landstingen ska således ansvara för vårdkostnaderna oavsett om bosatta personer inom Sverige mottar vård inom Sverige eller i ett annat EES-land. Övervägande skäl talar därför för att låta landstingen bära vårdkostnaderna som helt eller delvis ersätts av det allmänna för såväl planerad som akut hälso- och sjukvård, tandvård och resekostnader m.fl. som ges i ett annat land inom EES-området och detta oavsett om patienten själv sökt denna vård eller om han eller hon remitterats dit. Landstinget ska emellertid inte ansvara för kostnader för sådan tandvård som skulle ha ersatts av staten enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring om tandvården givits i Sverige.

En konsekvens av att landstinget bär kostnadsansvar för i huvudsak all akut och planerad vård som uppfyller förutsättningarna i den föreslagna lagen är att landstinget även ska bekosta behandlingsmetoder som har givits i ett annat EES-land och som är tillräckligt beprövade och erkända av den internationella medicinska vetenskapen trots att behandlingsmetoden inte ersätts inom landstinget. Det förutsätter att användningen av metoden inte är förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning.

Regeringen anser att en utvärdering ska göras, med syfte att belysa vilka verksamhetsmässiga konsekvenser lagen inneburit för landstingen, några år efter införandet av den föreslagna lagen. Det är viktigt att noga följa upp hur landstingen har hanterat de nya uppgifterna som ålagts dem, i synnerhet vad gäller hur beslut om betalningsförbindelse och ersättning har fattats och verkställt. Utvärderingen behöver även belysa hur patienterna i det nya systemet klarat av att urskilja vilken instans som ska besluta om vården. Med förslagen i denna proposition följer att det är landstinget som ska besluta om frågor om ersättning m.m. för vård i andra EES-länder med stöd av EG-fördraget, men det är fortfarande Försäkringskassan som ska besluta i ärenden som gäller förordning 1408/71. Dessa förändringar kommer att kräva informationsinsatser både från landstingen och staten, då det annars finns en risk att patienten inte vet vart han eller hon ska vända sig.

Förordning (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden m.m.

Enligt 3 § ovan nämnda förordning (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden m.m. svarar staten för vårdförmåner som exempelvis kostnader för hälso- och sjukvård, tandvård och sjukresor i annat land som Sverige ska ersätta. Bestämmelsen omfattar personer som är bosatta i Sverige och som med stöd av EG-fördraget, förordning 1408/71 eller genom en överenskommelse om social trygghet eller sjukvårdsförmåner mellan Sverige och annan en stat, s.k. konventionsvård, har rätt till vårdförmåner i ett annat land. Detta är, som nämnts, ett undantag från huvudregeln om landstingens kostnadsansvar för vård till

personer som är bosatta i Sverige. I enlighet med huvudregeln svarar emellertid, enligt vad som framgår av samma förordning, landstingen för kostnaden om vården med beaktande av landstingets prioriteringar kan ges i landet i normal tid men landstinget ändå väljer att låta vården ges i utlandet.

Argumenten till stöd för att landstingen bör bära kostnadsansvaret för vård som en i Sverige bosatt person söker med stöd av EG-fördraget i ett annat land inom EES-området är applicerbara även på vård som en svensk söker med stöd av förordning 1408/71. Landstingen bör således bära kostnadsansvaret för de som är bosatta inom respektive landsting och detta både när patienterna mottar vården i Sverige och när de i stället mottar den i ett annat land inom EES-området. Detta oavsett om vården söks med stöd av EG-fördraget eller förordning 1408/71. Med anledning av hur förordning 1408/71 är utformad såtillvida att Försäkringskassan är utsedd behörig myndighet att reglera betalningar mellan medlemsstater kommer dock Försäkringskassan även fortsättningsvis att besluta i dessa ärenden.

Vårdkostnader som Sverige genom överenskommelser med andra stater åtagit sig att svara för ska alltså ersättas av staten, den s.k. konventionsvården. Även vårdkostnader för personer som inte bor eller är förvärvsverksamma i Sverige och vars kostnader ska ersättas enligt förordning 1408/71 kommer i framtiden att ersättas av staten, exempelvis för svenska pensionärer som har bosatt sig i ett annat land inom EES-området.

Mot angiven bakgrund avser regeringen att göra vissa följdändringar i ovan nämnda förordning.

15 Preskription och överklagande

Regeringens förslag: Landstingets beslut i ett enskilt fall överklagas hos allmän förvaltningsdomstol enligt en särskild bestämmelse. Prövningstillstånd ska krävas vid överklagande till kammarrätten. Försäkringskassans beslut ska prövas i enlighet med bestämmelserna om preskription, omprövning, ändring och överklagande i 20 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring .

Promemorians förslag: I promemorian föreslås att Försäkringskassans beslut om förhandstillstånd och ersättning ska kunna överklagas i enlighet med bestämmelserna om omprövning och överklagande i lagen om allmän försäkring.

Remissinstanserna: *Kammarrätten i Jönköping* anser att frågan om landstingens eventuella klagorätt bör belysas ytterligare. *Länsrätten i Norrbottens län* föreslår att landstingen ges en lagfäst rätt att överklaga Försäkringskassans beslut om förhandsbesked och ersättning. *Länsrätten* föreslår en ny utformning av förslaget 8 §. *Försäkringskassan* tillstyrker förslaget att beslut ska kunna överklagas i enlighet med bestämmelserna om omprövning och överklagande i AFL. Ytterligare bestämmelser bör dock göras tillämpliga i lagen. Försäkringskassan anser att det är olämpligt att peka ut möjligheten för kassan och landstinget att dra varandra

inför domstol när man inte kan komma överens om vem som ska stå för kostnaderna. Om det ska vara möjligt för landstinget att inte utge ersättning till staten (vilket Försäkringskassan motsätter sig) bör villkoren för detta tydligt anges i lagen. *Sveriges Kommuner och Landsting* pekar på att om landstingen får rätt att besluta i ärenden om planerad vård, får patienten möjlighet att överklaga i enlighet med bestämmelserna om omprövning och överklagande i lagen (1962:381) om allmän försäkring. *Gotlands kommun* anser att det bör klargöras hur beslut om förhandstillstånd ska kunna överklagas. *Norrbottnens läns landsting* anser att oavsett vem som beslutar om förhandstillstånd och om ersättning ska besluten kunna överklagas i enlighet med bestämmelserna om omprövning och överklagande i lagen om allmän försäkring.

Skälen för regeringens förslag: Beträffande de beslut som ska fattas av Försäkringskassan som gäller statligt finansierad tandvård kan sägas att Försäkringskassans beslut i ärenden om tillämpningen av förordning 1408/71 idag prövas i enlighet med bestämmelserna om preskription, omprövning, ändring och överklagande i 20 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring. Denna handläggningsform fungerar väl. Det finns ingen anledning att ändra formerna för handläggningen av ansökningar om förhandstillstånd enligt förordning 1408/71. Inte heller finns det anledning att välja en annan handläggningsform som ska gälla för beslut om ersättning för vård som begärs med stöd av EG-fördraget enligt den föreslagna lagen. Även ett sådant beslut bör därför prövas i enlighet med samma förvaltningsrättsliga regler. Beträffande regeln om preskription lades det inte fram ett förslag om en sådan regel i promemorian. Regeringen anser emellertid att en hänvisning till regeln om preskription i 20 kap. 5 § lagen om allmän försäkring bör införas i den föreslagna lagen. Skälet till detta är att Försäkringskassan redan i dag tillämpar regeln om preskription och att det förenklar handläggningen och beslutsfattandet hos Försäkringskassan vad det gäller ärenden om ersättningsanspråk. Frågan om att införa en preskriptionsbestämmelse har beretts med Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

När det gäller beslut av landstinget kan dessa beslut överklagas enligt 10 kap. kommunallagens (1991:900) om laglighetsprövning. Enligt 10 kap. 3 § kommunallagen gäller emellertid inte bestämmelserna i lagen om det i lag eller annan författning finns särskilda föreskrifter om överklagande. Regeringen anser att landstingets beslut om betalningsförbindelse eller om ersättning ska överklagas enligt andra bestämmelser än de som anges i kommunallagen. Som nämnts prövas idag Försäkringskassans beslut om ersättning för vårdkostnader som uppkommit i annat EES-land i enlighet med bestämmelserna om omprövning, ändring och överklagande i 20 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring. Denna lag gäller allmänt för Försäkringskassans beslutsfattande och handlar om när rätt till ersättning föreligger från sjukförsäkringen dvs. från staten. En hänvisning till den lagens bestämmelser när det gäller överklagande av ett landstings beslut är därför inte lämplig. Av dessa skäl och för att tillämpningen av denna lag ska bli enkel och tydlig för landstinget och för patienten föreslår regeringen att en uttrycklig bestämmelse ska införas i lagen om patientens möjlighet att överklaga landstingets beslut hos allmän

förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd ska krävas vid överklagande till kammarrätten.

I promemorian och i lagrådsremissen föreslog regeringen att en tvist mellan Försäkringskassan och landstinget, om de inte kan komma överens om en vårdkostnad, i sista hand får bli föremål för process i allmän domstol. *Lagrådet* har ifrågasatt om inte tvister mellan ett landsting och Försäkringskassan rörande vem som till sist ska svara för en patients kostnad för den vård han eller hon mottagit vid vård utomlands är av sådan offentlighetsrättslig karaktär att tvisten bör lösas av förvaltningsdomstol och inte vid allmän domstol. Enligt Lagrådets mening bör det därför övervägas om inte en uttrycklig bestämmelse i lagen bör införas som innebär att landstinget tillerkänns en rätt att överklaga Försäkringskassans ställningstagande i ersättningsfrågan hos allmän förvaltningsdomstol.

Till skillnad från tidigare förslag om att Försäkringskassan ska fatta beslut om ersättning för vårdkostnader med stöd av EG-fördraget föreslår regeringen som nämnts att beslutfattandet för i princip samtliga sådana vårdkostnader nu flyttas till landstingen. Regeringen gör därför bedömningen att tvister mellan landstingen och Försäkringskassan om vem som svarar för vårdkostnaderna därför inte kommer att förekomma. Regeringen anser därmed att det saknas behov av en uttrycklig bestämmelse om överklagande därom.

16 Ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Regeringens förslag: Bestämmelsen i 3 a § andra stycket i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska upphävas. Bestämmelsen reglerar patientens rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt.

Promemorians förslag: Överensstämmer delvis med regeringens.

Remissinstanserna: Remissinstanserna har inte haft något att anföra mot förslaget.

Skälen för regeringens förslag: Utöver den föreslagna lagen om ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård eller tandvård som givits i annat land inom EES med stöd av EG-fördraget har uppmärksammas behov av en ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

I 3 a § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs att en patient inte har rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Innebörden är att om det egna landstinget kan erbjuda ett alternativ som står i överensstämmelse med det nämnda kravet är patienten hänvisad till denna vård eller behandling, även om ett annat alternativ som patienten hellre skulle välja finns att tillgå i ett annat landsting. Det finns flera anledningar till att det nämnda stycket borde upphävas. Ett skäl är själva ordalydelsen i paragrafen. Det talas om att patienten inte har rätt till

behandling i ett annat landsting. I Sverige är dock hälso- och sjukvård i juridisk mening inte någon uttryckt rättighet för de som bor här. I stället är hälso- och sjukvårdslagen formulerad så att det är en skyldighet för vårdgivarna att ge bl.a. de som är bosatta i Sverige den hälso- och sjukvård de behöver. Gemenskapsrättens utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet innebär även att boende i Sverige har rätt att med stöd av förordning 1408/71 eller EG-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster motta vård i andra länder inom EES-området och under bestämda förutsättningar få denna ersatt av det allmänna. Därtill kommer att samtliga landsting i Sverige sedan 2003 är överens om ett fritt vårdval. Det innebär att den som får en remiss till en specialist, har rätt att välja vid vilken öppenvårds- eller specialistmottagning man kan få sin behandling. Det gäller både där man bor och i andra landsting. Vilka skyldigheter landstinget och övriga vårdgivare har regleras dessutom redan av övriga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Det nu diskuterade andra stycket i 3 a § samma lag är därför obehövligt och bör tas bort.

I promemorian föreslogs att 18 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen skulle ändras. Ändringen har redan genomförts genom lag (2006:493) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

17 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: Den föreslagna lagen ska träda i kraft den 1 juli 2008. För hälso- och sjukvårds- eller tandvårdsbehandling som påbörjats före ikraftträdandet tillämpas inte bestämmelserna i denna lag.

Promemorians bedömning: Överensstämmer inte med regeringens.

Remissinstanserna: *Försäkringskassan* påpekar att den nya lagens ikraftträdande kräver stora förberedelser för kassan. Det krävs därför minst sex månader för förberedelser från och med beslut om ny lagstiftning fram till dess att den träder i kraft.

Skälen för regeringens förslag: Lagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2008. Bestämmelserna i den nya lagen bör tillämpas omedelbart vid lagens ikraftträdande. I promemorian föreslogs att äldre bestämmelser ska gälla för hälso- och sjukvård och tandvård som mottagits innan lagen trätt i kraft. För en behandling som omfattar flera behandlingstillfällen och som därför innebär att vården mottas löpande före och efter ikraftträdandet leder promemorians förslag till att vården ska bedömas både enligt äldre och nya bestämmelser. Regeringen anser att målsättningen måste vara att påbörjade behandlingar ska hanteras enhetligt och enligt samma bestämmelser. Därför föreslår regeringen att för hälso- och sjukvårds- eller tandvårdsbehandling som påbörjats före ikraftträdandet ska bestämmelserna i denna lag inte tillämpas.

Den nya lagen kräver ett förberedelsearbete hos landstingen och *Försäkringskassan*. Landstingen och *Försäkringskassan* bör därför i samråd med varandra anpassa och utforma förfarandet vid begäran om betalningsförbindelse och om ersättning samt om förhandstillstånd enligt förordning 1408/71 för att uppnå ett administrativt lätthanterligt och

effektivt system. Ikraftträdandet av den föreslagna lagstiftningen bör också i möjligaste mån samordnas med ikraftträdandet av de nya föreskrifter och allmänna råd som lagstiftningen föranleder. Prop. 2007/08:xx

18 Ekonomiska konsekvenser

Regeringens bedömning: Förslagen kommer totalt att innebära en viss kostnadsbesparing för det allmänna. En omfördelning av vårdkostnaderna sker dock från staten till landstingen.

Promemorians bedömning: Överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: *Sveriges Kommuner och Landsting* tillsammans med en majoritet av landstingen menar att det är nödvändigt att regeringen kompletterar utredningsunderlaget med en heltäckande kostnadsberäkning för både nödvändig och planerad vård som tillhandahålls enligt reglerna i förordning 1408/71 och EG-fördraget. Man understryker också att kostnaderna för landstingens nya åtagande för vård i andra EES-länder ska ersättas av staten i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. *Försäkringskassan* bedömer att den totala kostnadsbesparingen inom försäkringsområdet blir marginell med föreslagen lag. Lagens ikraftträdande kommer att innebära att många ansökningar om ersättning för planerad vård i annat EES-land som idag beviljas kommer att avslås. Å andra sidan ser *Försäkringskassan* för närvarande över tillämpningen av förhandstillstånd med stöd av förordning 1408/71 och konstaterar att tillämpningen hittills varit för snäv. Därför är det troligt att fler förhandstillstånd med stöd av förordning 1408/71 kommer att beviljas framöver. Ökad kännedom om möjligheten till ersättning för planerad öppen vård utomlands och då sådan vård inte kräver förhandstillstånd innebär att det är troligt att kostnaderna för denna vård kommer att öka. Enligt *Statskontoret* tillhandahåller inte promemorian en klar och tydlig bild av de ekonomiska konsekvenser som kan uppstå till följd av ett införande av krav på förhandstillstånd och en överföring av kostnadsansvaret till landstingen. Konsekvensbeskrivningen behöver särskilt kompletteras med en redogörelse av om, och i så fall hur, finansieringsprincipen mellan staten och den kommunala nivån är tillämplig.

Skälen för regeringens bedömning

Den internationella sjukförsäkringen

Den internationella sjukförsäkringen för vård utomlands är i dag statligt finansierad. Detta utgör ett undantag från 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som innebär att landstingen ska erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Försäkringen hanterar kostnader för olika kategorier av personer som är försäkrade i Sverige och som söker sjukvård utomlands samt kostnader för försäkrade som inte är bosatta i Sverige och som får vård i Sverige. Det totala anslaget för den internationella sjukförsäkringen uppgick 2005 till ca 300 miljoner kronor och beräknas 2006 uppgå till ca 400 miljoner kronor. Kostnaderna utgör

dock, jämfört med de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, en mycket liten del. Cirka två tredjedelar av kostnaderna för den internationella sjukförsäkringen hänför sig till vårdkostnader för svenska pensionärer som är bosatta i ett annat land inom EES-området samt till kostnader för den s.k. konventionsvården.

Försäkringskassans hantering av ersättningsärenden efter Regeringsrättens domar

Försäkringskassan har efter det att Regeringsrätten meddelade sina domar i januari 2004, med stöd av EG-fördragets artiklar om fri rörlighet för tjänster, ersatt vårdkostnader i efterhand för planerad vård i 2 028 ärenden fram till och med juni 2006. Av dessa avsåg 1 068 ärenden tandvård. Kostnaderna för dessa ärenden uppgick totalt för perioden till 25,5 miljoner kronor.

Under 2005 ersatte Försäkringskassan kostnader under tillfälliga vistelser utomlands, dvs. akut eller nödvändig vård, i 2 580 ärenden. Kostnaderna för dessa ärenden uppgick till knappt 6 miljoner kronor vilket motsvarade ca 36 procent av de totala kostnaderna för vård med stöd av EG-fördraget under det året.

Vidare har Försäkringskassan under perioden 2004 till och med juni 2006 hanterat 389 ansökningar om förhandstillstånd för vård i ett annat land inom EES-området enligt förordning 1408/71, varav 258 beviljades. Av de ärenden som beviljades så hade i en majoritet av fallen en betalningsförbindelse mellan Försäkringskassan och landstinget upprättats vilket innebär att landstinget har stått för kostnaderna.

Variationen i ersättningsbeloppens storlek är mycket stor. Det lägsta belopp som betalats ut för sjukvård är 48 kronor och det högsta 605 971 kronor. Den genomsnittliga kostnaden för hela perioden ligger på ca 12 500 kronor per ärende. Det genomsnittliga ersättningsbeloppet per ärende har sjunkit betydligt under perioden, bl.a. som en följd av ökningen av antalet tandvårdsärenden där ersättningsbeloppen generellt är låga. Under perioden 2004 till och med juni 2006 utgjorde andelen ärenden som avsåg tandvård 53 procent.

Tandvård är i dag den vårdtyp som flest svenska försäkrade erhåller utomlands och som sedan ersätts av Försäkringskassan i efterhand motsvarande det belopp som täcks av den svenska tandvårdsförsäkringen. Ersättningen från försäkringen är i de flesta fall relativt låg. Av de totala ersättningskostnaderna i dag för planerad vård utomlands utgör tandvård endast 16 procent. Estland, Portugal, Spanien och Finland är för närvarande de mest besökta länderna när det gäller planerad tandvård. Planerad hälso- och sjukvård utförs till stor del i Finland och Tyskland.

Utöver de kostnader som genereras av den faktiska vården utomlands så tillkommer även administrativa kostnader för Försäkringskassans handläggning av ärenden. För att ta ställning i ärenden rörande vård utomlands där ersättning söks i efterhand behöver Försäkringskassan utförlig dokumentation om den vård som utförts. Av naturliga skäl är denna dokumentation vanligtvis på andra språk och därmed genereras i dessa fall bl.a. översättningskostnader för Försäkringskassan. I förhållande till den ersättning som betalas ut är administrationskostnaderna enligt Försäkringskassan relativt höga för dessa ärenden.

Även efter att Regeringsrätten klargjorde rätten för svenskar att söka vård utomlands utgör kostnaderna för utlandsvård en mycket liten andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Det är dock tänkbart att, som en följd av att kunskapen om denna rätt förbättras hos allmänheten kommer fler att använda sig av denna rätt och därmed kan kostnaderna på sikt komma att öka. Det finns emellertid även faktorer som kan ha en dämpande effekt på kostnaderna för utlandsvård oberoende av förslagen i denna proposition. Däribland kan nämnas den nyligen införda nationella vårdgarantin. Den nationella vårdgarantin omfattar all planerad vård. Garantin innebär ett åtagande för landstingen att erbjuda behandling inom en viss tid från det att beslut om behandling fattats. Om landstinget inte klarar tidsgränsen ska patienterna få hjälp till vård hos en annan vårdgivare utanför det egna landstinget inom garanterad tid. Om behandlingen sker hos en annan vårdgivare utanför det egna landstinget enligt vårdgarantin så ska det ske utan extra kostnader för patienten. Hur förslagen i denna proposition kommer att påverka beteendet hos svenska patienter när det gäller att söka vård utomlands jämfört med i dag är svårt att förutse. Det är dock troligt att den nyligen införda vårdgarantin i kombination med krav på förhandsprövning av planerad sjukhusvård utomlands kommer att dämpa allmänhetens intresse av att söka vård utomlands.

Betalningsförbindelser kommer endast att meddelas om begäran gäller en sjukdom eller ett tillstånd som i Sverige behandlas inom den offentlig-finansierade hälso- och sjukvården eller tandvården. Vidare ska landstinget i sin bedömning ta ställning till om den behandlingsmetod som avses överensstämmer med en metod som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet eller är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen och användningen av metoden inte är förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning. Detta kan antas medföra ökade administrativa kostnader för landstingen som inte fattar beslut i dessa ärenden i dag. Flera av ovanstående kriterier har redan använts av Försäkringskassan i myndighetens bedömning av ärenden. Den avgörande förändringen av bedömningsgrunderna jämfört med dagens situation kommer således att vara att landstingen övertar beslutsfattandet om fördragsvården och att en betalningsförbindelse ska ges om en identisk eller en lika effektiv behandling inte kan erbjudas i Sverige inom en tid som med beaktande av den sökandes hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp är normal för vården i fråga. Detta torde, i kombination med vårdgarantin som infördes fr.o.m. den 1 november 2005, innebära att många ansökningar om betalningsförbindelser kan komma att avslås.

Landstingen ska erbjuda och bekosta hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingen. Kostnaderna för svenskar som får vård utomlands kommer enligt förslaget att finansieras av landstingen. Således är det landstingen som har kostnadsansvaret för hälso- och sjukvården för dem som är bosatta inom landstinget och detta både när patienterna mottar vården i Sverige och när de mottar den i ett annat land inom EES-området.

Staten har sedan 1995 haft kostnadsansvaret för kostnader för vård i annat EES-land. År 1995 var emellertid kostnaden för vård i annat EES-land blygsam och någon reglering gjordes då inte mellan staten och landstingen. Då kostnaden för denna vård sedan dess har ökat anser regeringen att landstingen ska kompenseras för det nya åtagandet i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen.

I propositionen föreslås även en möjlighet till överprövning av landstingens och Försäkringskassans beslut till allmän förvaltningsdomstol. Det finns emellertid redan i dag möjlighet till överprövning av Försäkringskassans beslut och således innebär inte förslagen någon betydande förändring som påverkar kostnaderna för de allmänna förvaltningsdomstolarna. Vidare överklagas i dagsläget endast ett fåtal ärenden som därmed utspridda över landet har mycket ringa betydelse i den allmänna ärendetillströmningen för domstolarna.

Effekterna av förslagen i denna proposition är i mångt och mycket beroende av beteendeförändringar hos allmänheten. Beteendeförändringar som följer av ett nytt system är alltid svåra att förutse. Vidare finns det en mängd olika vårdtyper och vårdländer som kan komma i fråga, varför kostnaderna för varje enskilt ärende kan komma att variera avsevärt. En kostnadsberäkning av förslagen i denna proposition är mot bakgrund av vad som redogjorts för ovan inte möjlig att göra. Vissa ändringar har införts i förordning 1408/71 till följd av utvecklingen som skett genom EG-domstolens praxis. Dessa ändringar innebär en anpassning av reglerna till en generösare tillämpning av förordningen. Försäkringskassan anger även i sitt remissyttrande att kassan nu ser över sin tillämpning av förordning 1408/71 då man bedömer att tillämpningen hittills varit för snäv. Detta innebär att det är troligt att fler förhandstillstånd enligt förordningen kommer att beviljas, vilket bör medföra ökade kostnader. När det gäller vård med stöd av EG-fördraget kan det föreslagna kravet på betalningsförbindelse innebära något minskade kostnader för vård på sjukhus. En försiktig bedömning av kostnadskonsekvenserna är dock att kostnaderna sammantaget för vård utomlands med stöd av EG-fördraget samt av förordning 1408/71 kommer att öka något.

19 Författningskommentar

19.1 Förslaget till lag om ersättning för utgifter för hälso- och sjukvård eller tandvård som givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) med stöd av EG-fördraget

1 §

Paragrafen anger lagens tillämpningsområde. Av *andra stycket* framgår att en patient även kan få vårdkostnader ersatta med stöd av rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av

2 §

Paragrafen behandlas närmare i avsnitt 8. I paragrafen definieras *i första stycket* vad som enligt denna lag avses med begreppen *hälso- och sjukvård, tandvård, vård på sjukhus, landsting och betalningsförbindelse*. Lydelsen av begreppet vård på sjukhus har utarbetats efter förebild av den definition som användes i arbetet med det s.k. tjänstedirektivet samt i enlighet med vad som anges i 5 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Med vård på sjukhus avses enligt paragrafen, med undantag för vad som sägs i andra stycket, sådan hälso- och sjukvård eller tandvård som kräver att patienten läggs in på en vårdinrättning dvs. slutna vård. Med vård på sjukhus avses emellertid även sådan hälso- och sjukvård eller tandvård som kräver att den ges på en vårdinrättning där det finns särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens, dvs. öppen vård med undantag för primärvården. Sjukhusbegreppet kopplas därmed närmare till om vården kräver särskild kompetens och tekniska resurser och inte enbart till om vården kräver inläggning av patienten. Med formuleringen annan särskild kompetens avses bl.a. patienternas behov av undersökningar och vård hos särskilda läkarspecialiteter och andra yrkesgrupper inom vården.

Med landsting avses även de landstingsfria kommunerna. Antalet sådana kommuner har skiftat genom åren och i dag är det endast Gotlands kommun som är en landstingsfri kommun.

Begreppet betalningsförbindelse innebär ett åtagande i förhand från landstinget om att bekosta en patients planerade vård på sjukhus. Om en betalningsförbindelse har beviljats ska patienten endast behöva betala sedvanlig egenavgift. Vårdgivaren i det andra EES-landet ska istället fakturera landstinget för de kostnader som vården föranlett.

Enligt paragrafens *andra stycke* undantas emellertid från definitionen vård på sjukhus tandvård som ges på sådan inrättning som sägs i första stycket 1 eller 2 och som enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring ersätts av staten.

3 §

Paragrafen behandlas närmare i avsnitt 9. I paragrafen anges förutsättningarna för patienten att få kostnader som uppstått i samband med hälso- och sjukvård eller tandvård bekostade. Paragrafen omfattar akut och planerad vård som patienten har mottagit i ett annat EES-land, oavsett om vården har givits på sjukhus eller inte. Ett exempel på det senare alternativet kan nämnas vård vid en privat läkarpraktik. Samtliga förutsättningar i paragrafen ska vara uppfyllda för att det ska finnas en rätt till ersättning för vårdkostnader. Begär patienten ersättning för vårdkostnader som avser planerad sjukhusvård ska patienten även ha beviljats en betalningsförbindelse enligt 4 § i förslaget till den nya lagen för att ha rätt till ersättning.

Den första förutsättningen för att en patient ska få ersättning för sina utgifter för hälso- och sjukvård eller tandvård i ett annat EES-land anges under *punkten 1* i paragrafen. För att patienten ska få ersättning för sina kostnader krävs att han eller hon är bosatt i Sverige. Av 3 § hälso- och

sjukvårdslagen (1982:763) och 5 § tandvårdslagen (1985:125) följer att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård eller tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Med de som är bosatta inom landstinget avses på samma sätt som i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen de som är folkbokförda där. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. För att få rätt till ersättning för tandvårdsförmån enligt 2 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring, krävs enligt 3 kap. 1 § 1 socialförsäkringslagen (1999:799) att personen är bosatt i Sverige enligt bestämmelser i 2 kap. 1 § samma lag. Detsamma gäller dem som, utan att vara bosatta i Sverige, tillhör den personkrets som efter sådant tillstånd som avses i artikel 22.1.c i förordningen 1408/71 äger rätt till vård utomlands. Förutsättningen är därför att ersättning ges till den som uppfyller kraven på bosättning eller kvarskrivning enligt dessa bestämmelser eller uppfyller kraven för att tillhöra den personkrets som äger rätt till vårdförmåner enligt artikel 22.1.c i förordningen 1408/71. Dessa krav ska vara uppfyllda vid tidpunkten då patienten mottar vården.

Den andra förutsättningen för att få ersättning anges under *punkten 2*. Kostnaderna för mottagen hälso- och sjukvård eller tandvård i annat land inom EES-området ska ha uppkommit i samband med behandling av sjukdomar eller skador som helt eller delvis skulle ha bekostats av det allmänna om vården givits i Sverige. Grundtanken är att patienten, så långt det är möjligt, ska försättas i en situation som är identisk med den som skulle ha uppstått om vården sökts i Sverige. Patienten har således rätt att få sin vård bekostad på grund av behandlingar som givits i ett annat EES-land i samma utsträckning som motsvarande behandlingar skulle ha bekostats av det allmänna om vården givits i Sverige. En konsekvens av detta är att landstingens prioriteringar kommer att slå igenom vid prövningen av en begäran om betalningsförbindelse och om rätt till ersättning. Med behandling av sjukdomar och skador avses även behandling av ett tillstånd. Det innebär att behandlingar som i Sverige inte omfattas av det allmännas åtagande, exempelvis plastikkirurgi i form av skönhetsoperationer, inte heller ska bekostas när vården mottas i ett annat land inom EES-området. Med formuleringen sjukdomar och skador som *delvis* skulle ha bekostats av det allmänna om vården givits i Sverige avses exempelvis ett tillstånd som infertilitet. Vissa behandlingar mot infertilitet ersätts i Sverige enbart delvis av det allmänna. Behandlingar mot infertilitet som har givits i ett annat EES-land ska därför enligt paragrafen ersättas i samma utsträckning som om behandlingarna givits i Sverige.

Den sista förutsättningen som ska vara uppfylld framgår av *punkten 3* i paragrafen. För att en patient ska få sina vårdkostnader bekostade enligt bestämmelsen krävs att behandlingsmetoden överensstämmer med en behandling som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet eller är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen. Ersättning ges inte om behandlingsmetoden är förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning. En konsekvens av bestämmelsen är att en behandlingsmetod som inte används för behandlingar inom det allmänna i Sverige, men som används i ett annat EES-land, kan uppfylla kravet enligt punkten 3 i paragrafen. Det krävs

emellertid att behandlingsmetoden som används i det andra EES-landet är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen och inte förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning. Med det först nämnda menas i stort att behandlingsmetoden används och att den har använts en tid med goda resultat samt att den ska vara medicinskt vetenskapligt dokumenterad internationellt. För det fall användningen av metoden är begränsad i lag, ska ersättning endast kunna utges om de förutsättningar som anges i den begränsade lagstiftningen är uppfyllda.

4 §

Paragrafen behandlas närmare i avsnitten 8, 10, 11 och 12. I paragrafens *första stycke* anges att en förutsättning för att en patients kostnader i samband med dennes planerade vård på sjukhus ska betalas av landstinget är att han eller hon i förväg begärt och sedan beviljats en betalningsförbindelse. Ett krav på att en betalningsförbindelse har beviljats för att få vården bekostad gäller i de fall då det rör sig om planerad hälso- och sjukvård eller tandvård på sjukhus och som landstingen ansvarar för om vården givits i Sverige. Med planerad vård avses sådan vård som inte är akut.

Frågan om hälso- och sjukvården eller tandvården ges på sjukhus ska bedömas utifrån huruvida den motsvarande aktuella vården hade givits på sjukhus i Sverige om patienten hade erbjudits vården inom riket. Om den aktuella vården faktiskt tillhandahålls på ett sjukhus eller inte i den vårdgivande staten, enligt definitionen i detta land, saknar därför betydelse.

En beviljad betalningsförbindelse innebär ett åtagande i förhand från landstinget om att bekosta en patients planerade vård på sjukhus. Om en betalningsförbindelse har beviljats ska patienten endast behöva betala sedvanlig egenavgift. Vårdgivaren i det andra EES-landet ska istället fakturera landstinget för de kostnader som vården föranlett.

En beviljad betalningsförbindelse innebär även att patienten har rätt att få samtliga kostnader i samband med vården bekostade. Det innebär exempelvis att även kostnader för resor till och från det vårdgivande landet kan ersättas om resan sker i direkt anslutning till vården och inte kombineras med vistelse i rekreations- eller semestersyfte. Det är enbart utgifter som har uppstått till följd av vård av patienten som ersätts och inte eventuella medföljande personers utgifter. En beviljad betalningsförbindelse, som grundar rätt till ersättning, omfattar hela den vårdsituation för en patient som är förutsägbar vid begäran om betalningsförbindelse. Med det avses behandlingen av själva sjukdomen eller tillståndet samt de eventuella återbesök som är planerade och ingår i den huvudsakliga behandlingen. Inom EES-området saknas för närvarande regler som tydliggör ansvarsfördelningen för vem som ska stå för kostnaden vad det gäller exempelvis komplikationer till följd av mindre framgångsrika behandlingar mellan medlemsstaterna. Då det i dagsläget saknas en tydlig fördelning av ansvaret mellan medlemsstaterna om vem som ska stå för kostnaden vad det gäller exempelvis komplikationer till följd av mindre framgångsrika behandlingar anser regeringen att det inte är rimligt att patienten ska stå kostnadsrisken. Om förutsättningarna enligt 3 eller 4 §§ i den föreslagna

lagen är uppfyllda bör även återbesök till vårdgivaren i syfte att åtgärda sådana komplikationer omfattas av en beviljad betalningsförbindelse alternativt ersättas i efterhand. Rehabiliteringsinsatser bör i huvudsak inte omfattas av en beviljad betalningsförbindelse. För det fall att en viss behandling kräver en särskild form av eftervård kan detta emellertid anses vara en utgift som ersätts.

Av paragrafens *andra stycke*, som är utformat efter förebild från artikel 22.2 i förordning 1408/71, framgår att en betalningsförbindelse ska beviljas om förutsättningarna i 3 § är uppfyllda och vården eller en lika effektiv sådan inte kan erbjudas av det landsting som prövar frågan om betalningsförbindelse inom en tid som med beaktande av den sökandes aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp är normal för vården i fråga. Med formuleringen *av det landsting som prövar frågan om betalningsförbindelse* avses även sådan vård som landstinget inte själv tillhandahåller men genom avtal med andra landsting ändå kan erbjuda de patienter som landstinget ansvarar för. Detta kan exempelvis gälla för ett landsting som är för litet för att ha en viss medicinsk inriktning eller en viss specialitet.

Vid bedömningen av vad som är en normal väntetid ska hänsyn tas till samtliga omständigheter i det enskilda fallet. Landstinget ska kontrollera att väntetiden till vård för en berörd patient inte överskrider den tid som enligt en objektiv medicinsk bedömning av patientens vårdbehov är godtagbar. Prövningsinstansen bör beakta inte enbart patientens hälsotillstånd, och i förekommande fall hur svåra smärtor patienten har vid tidpunkten när en begäran om betalningsförbindelse görs, utan också dennes sjukdomshistoria. Vad som är en normal väntetid för en viss patient kan vara en orimligt lång väntan för en patient med sämre hälsa. Användningen av definitionen normal för vården ifråga används i paragrafen för att tolkningen av bestämmelsen ska ske med utgångspunkt i artikel 22.2 i förordning 1408/71 och av EG-domstolens praxis.

Om vården inte kan erbjudas inom normal tid av det landsting som prövar frågan om betalningsförbindelse och övriga förutsättningar är uppfyllda ska utgångspunkten vara att det är patienten som väljer sin vårdgivare i det andra EES-landet. Om det emellertid skulle framgå att den vårdgivare som patienten valt uppenbart inte är lämpad till att utföra den aktuella vården är det med hänsyn till den enskilde patienten nödvändigt att landstinget ingriper och att patienten och landstinget kan komma överens om en annan vårdgivare.

5 §

Paragrafen behandlas närmare i avsnitt 11 och 12. I paragrafens *första stycke* anges att landstinget ska ersätta, om förutsättningarna i 3 § är uppfyllda, patientens utgifter för akut eller planerad hälso- och sjukvård eller tandvård samt för läkemedel och förbrukningsartiklar som han eller hon mottagit under själva vårdtiden. Bestämmelsen avser akut eller planerad vård som inte omfattas av ett krav på att en betalningsförbindelse har beviljats. Med planerad vård som inte omfattas av ett sådant krav avses sådan vård som inte tillhandahålls på sjukhus.

Om förutsättningarna i 3 § är uppfyllda ska enligt paragrafens *andra stycke* Försäkringskassan ersätta patientens utgifter för akut eller planerad tandvård, som enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän

försäkring ersätts av staten om sådan tandvård givits i Sverige, samt för läkemedel och förbrukningsartiklar som han eller hon mottagit under själva vårdtiden. Paragrafen innebär att patienten ersätts för vårdkostnader som uppkommit till följd av vård som givits i annat EES-land i efterhand.

Ett beviljat beslut om ersättning omfattar hela den vårdssituation som är förutsägbar vid ansökan om ersättning enligt samma kriterier som gäller för begäran om en betalningsförbindelse. Med det avses behandling av själva sjukdomen eller tillståndet samt de eventuella återbesök som är planerade och ingår i den huvudsakliga behandlingen. Vårdssituationen bör även anses omfatta exempelvis återbesök till vårdgivaren i syfte att åtgärda komplikationer till följd av mindre framgångsrika behandlingar. Om förutsättningarna enligt 3 § i den föreslagna lagen är uppfyllda bör således även utgifter för att åtgärda sådana komplikationer ersättas. Detta kan dock innebära, om komplikationen inte redan förelåg vid ansökningstillfället, att patienten måste ansöka om ersättning för återbesök i sådant syfte på nytt.

För planerad vård utanför sjukhus och akut vård ska landstinget eller Försäkringskassan enbart ersätta patientens utgifter för vården samt för läkemedel och andra förbrukningsartiklar som patienten har mottagit under själva vårdtiden. Ersättning ska i dessa fall däremot inte ges för kostnader för resor, kost och logi.

Av *tredje stycket* framgår att ersättning ska ges med ett belopp som motsvarar vad patienten har betalat för vården, vilket även kan omfatta andra kostnader i samband med vården, om inte beloppet är uppenbart oskäligt. Patienten ska således ersättas med den faktiska kostnaden som han eller hon har haft för vården och för läkemedel och andra förbrukningsartiklar som patienten har mottagit under själva vårdtiden. Syftet med att föra in en bestämmelse om att ersättningen kan sättas ned om beloppet är uppenbart oskäligt är att hindra oseriösa vårdgivare från att utnyttja systemet. Det är inte meningen att patienten ska avstå från att söka vård i annat land inom EES-området av oro för att inte få sina utgifter täckta. Möjligheten att sätta ned ersättningen till patienten måste därför utnyttjas med mycket stor försiktighet.

6 §

Paragrafen behandlas närmare i avsnitt 11. Av paragrafen framgår att avdrag från ersättningen ska göras för svenska egenavgifter såsom vårdavgifter inom hälso- och sjukvården samt med de kostnader som patienten själv står för vid tandvårdstjänster.

7 §

Paragrafen behandlas närmare i avsnitt 13. Enligt paragrafens *första stycke* prövar och fattar landstinget beslut om betalningsförbindelse enligt 4 § och om sådan ersättning som avses i 5 § första stycket, med undantag för vad som sägs i andra stycket. En begäran om betalningsförbindelse eller om ersättning prövas av det landsting inom vars område patienten är bosatt. Med bosatt i ett landsting avses den som är folkbokförd där. Om patienten inte är bosatt inom något landstings område ska det landsting inom vars område han eller hon är kvarskrivnen

och stadigvarande vistas, eller är förvärvsverksam i enlighet med 3 § 1 pröva begäran.

Enligt *andra stycket* ska det landsting som har att pröva begäran om betalningsförbindelse eller om ersättning lämna uppgift om ärendet till Försäkringskassan innan beslut fattas. Omfattningen av vilka uppgifter som landstinget ska lämna till Försäkringskassan är begränsat till vad som krävs för att en meningsfull kontroll ska kunna ske, se avsnitt 13. Enligt 14 kap 1 § sekretesslagen (1980:100) hindrar inte heller sekretess att uppgift lämnas till annan myndighet, i detta fall Försäkringskassan, eftersom uppgiftsskyldighet följer av föreslagen lag.

Av paragrafens *tredje stycke* framgår att Försäkringskassan prövar och fattar beslut om ersättning som avses i 5 § andra stycket beträffande sådan tandvård som enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring ersätts av staten.

En begäran om betalningsförbindelse och om ersättning kan ges in till landstinget eller till Försäkringskassan som vidarebefordrar begäran till rätt prövningsinstans. En begäran bör kunna ges in till vilket lokalt kontor som helst. Det är landstinget och Försäkringskassan som ska ta ställning till huruvida en begäran ska prövas endast vid vissa kontor och i så fall vilka. Ett avslagsbeslut på en ansökan om en betalningsförbindelse eller om ersättning ska innehålla uppgifter om de specifika bestämmelser som avslaget vilar på och ska vara vederbörligen motiverat med hänsyn till de senare. Såvida det saknas särskilda bestämmelser i denna lag ska förvaltningslagen (1986:223) vara tillämplig för handläggningen av dessa ärenden.

8 §

Paragrafen behandlas närmare i avsnitt 15. Av *första stycket* framgår att beslut som ett landsting i ett enskilt fall meddelar enligt denna lag eller enligt en föreskrift som har meddelats med stöd av lagen får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Enligt *andra stycket* krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

9 §

Paragrafen behandlas närmare i avsnitt 15. I 20 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring finns bestämmelser om preskription, omprövning, ändring och överklagande. Genom hänvisningen till lagen om allmän försäkring kommer dessa regler att gälla för Försäkringskassans beslut enligt den föreslagna lagen.

Ikraftträdandet och övergångsbestämmelser

Bestämmelserna i den nya lagen träder i kraft den 1 juli 2008. För hälso- och sjukvårds- eller tandvårdsbehandling som påbörjats före ikraftträdandet tillämpas inte bestämmelserna i denna lag. Bestämmelserna behandlas närmare i avsnitt 17.

19.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och
sjukvårdslagen (1982:763)

Prop. 2007/08:xx

3 a §

Ändringen har behandlats i avsnitt 16 och innebär att andra stycket tas bort.