

Gränslös sjukvård i Öresundsregionen



Öresundskomiteen

Øresund|direkt

*INFORMATION UTAN OMVÄGAR
INFORMATION UDEN OMVEJE*

Innehållsförteckning

1. Inledning och bakgrund.....	2
2. Projektbeskrivning	2
3. Metod och källor	3
4. Sjukvården i Öresundsregionen	4
4.1. Sjukvårdens struktur och finansiering i Danmark och Sverige.....	4
4.2 Patienträttigheter i Danmark	5
4.3 Patienträttigheter i Sverige	6
5. Samarbete mellan sjukvårdsenheter över Öresund	7
5.1 Motiv och målsättning.....	7
5.2 Samarbetsområden	8
5.3 Erfarenheter	9
5.4 Förutsättningar	10
5.5 Framtidsperspektiv	10
5.6 Barriärer och hinder för utökat samarbete.....	11
6. Gränsarbetare och patienträttigheter	11
6.1 Gränsarbetare i Öresundsregionen	12
7. Fritt våldsökande.....	13
7.1 Utvecklingstendenser	13
7.2 Utvidgning av dansk lagstiftning	13
7.3 Sjukvårdstjänster och den inre marknaden.....	14
7.4 Harmonisering inom sjukvårdssektorn.....	14
8. Slutsatser	15
Referenser och källor:	16

Øresunddirekt är en informationstjänst som förmedlar offentlig information från myndigheter till medborgare och näringsliv i Öresundsregionen. Øresunddirekts uppgift är också att informera relevanta myndigheter och ansvariga politiker om barriärer som hindrar integrationen i Öresundsregionen. Bakom Øresunddirekt står den svenska och danska regeringen. Øresunddirekt produceras av IT- og Telestyrelsen i Köpenhamn.

Öresundskomiteen är ett samarbetsforum för regionala och lokala politiker på båda sidor om sundet. Syftet med samarbetet är att skapa en region där det är enkelt och lätt för invånarna att välja var man vill bo, leva, studera och arbeta. För att detta ska lyckas granskar politikerna regelverken på båda sidor om sundet och försöker skapa ett fungerande samspel mellan dem.

Huvudansvar för rapporten, Konsult Catharina Sachs

Kontaktperson för Øresunddirekt, Intern koordinator Lena Arndal

Kontaktperson för Öresundskomiteen och koordinationsansvarig för utredningen, Souschef Torben Aaberg

1. Inledning och bakgrund

Hälso- och sjukvård är sektorer inom den offentliga sektorn som äger en stor komplexitet. Under senare år har kapacitetsproblem och nya krav på vård- och kvalitetsgarantier kommit alltmer i fokus. Samordningsfördelar och tillvaratagande av synergieffekter mellan de vårdproducerande institutionerna i Öresundsregionen skulle kunna vara mycket värdefulla för både patienter och vårdgivare. En av förutsättningarna är att sundhedssystemen kan samspela administrativt och ekonomiskt och att eventuella legala barriärer eller svårigheter för gränsarbetare och andra patienter kan elimineras. Samarbetsprojekt inom sundhedsområdet har potential att ge synliga och konkreta resultat i integrationsprocessen.

Under våren 2001 hade Öresundskomiteen en temadebatt om integrationsprocessen. Under denna debatt betonades betydelsen av att se närmare på hur komiteen och dess medlemsorganisationer i högre grad själva kan bidra till att lösa barriärproblem och främja Öresundsintegrationen inom egna ansvars- och kompetensområden. Hälsa, sundhed och vårdsektorn är områden där komiteens medlemsorganisationer har ett huvudansvar.

Öresundskomiteen beslutade i oktober 2001 att igångsätta ett utredningsarbete på detta område, som ett led i komiteens harmoniseringsarbete. Utredningsarbetet är tillrättalagt och genomfört av Öresundskomiteens sekretariat i samarbete med konsult Catharina Sachs, som har utarbetat denna rapport. Arbetet är löpande diskuterat med representanter för komiteens medlemsorganisationer i den så kallade Harmoniseringsgruppen.

De delar av projektet som avser medborgar- och patientperspektiv är genomfört i samarbete med Øresunddirekt. I Øresunddirekts uppdrag ingår att regelbundet insamla upplysningar från medborgare och myndigheter kring ett utvalt ämnesområde, som sedan behandlas i en temarapport. Den senaste kartläggningen har resulterat i temarapporten "Hälsa och sjukvård i Öresundsregionen", som bland annat diskuterar medborgarnas upplevelser av sjukvårdssystemet på den andra sidan av sundet.

Öresundskomiteens och Øresunddirekts parallella utredningsarbeten har under arbetets gång kommit att komplettera varandra med fakta och erfarenheter. Denna rapport har tillkommit för att samla erfarenheter och faktaunderlag från båda dessa organisationer i en gemensam publikation

2. Projektbeskrivning

Målet med projektet är

- att kartlägga initiativ till och konkreta exempel på samarbetsavtal och samarbetsprojekt på sundhedsområdet i Öresundsregionen, t.ex. vad angår målsättning, möjligheter, begränsningar, effekt m.m.
- att presentera exempel på, hur sundhedssystemen på tvärs över Öresund upplevs från ett medborgar- eller patientperspektiv och härunder identifiera eventuella barriärer.
- att identifiera ytterligare förslag till lösningsmöjligheter och handlingsalternativ för de barriärer som kartläggs.

I arbetet ingår faktainsamling och dokumentation avseende patienträttigheter utifrån gällande regler och konventioner etc. Därutöver blir nationella skillnader i sundhedssystemen, deras funktion och finansiering, översiktligt belyst i den omfattning det är relevant för patientperspektivet.

Projektet tar i huvudsak sin utgångspunkt i det lokala/regionala samarbetet och utgår ifrån ett medborgarperspektiv dvs. den enskilde medborgarens eller pendlarens möte med sundheds/vårdsektorn över sundet.

Projektet skall främst ge ett underlag för en fortsatt diskussion om framtida åtgärder och initiativ på sundhedsområdet.

3. Metod och källor

Projektet är genomfört som en kombination av faktautredning (desk research), intervjuer och workshops. Den 5 mars 2002 i Lund arrangerade Öresundskomiteen en workshop med representanter för samarbetsprojekt, sjukvårds-/sundhedssektorn och representanter för Öresundskomiteens medlemsorganisationer. De samarbetsprojekt som då presenterades och diskuterades var:

- *Samarbete inom intensivvård inkl. neonatologi v/ Ingemar Ihse, Universitetssjukhuset i Lund*
- *Hæmofili v/ Erik Berntorp, Universitetssjukhuset i Malmö*
- *Post graduate building för IVA-läkare i samarbete med Köpenhamns amt v/ Anders Ersson, Universitetssjukhuset i Malmö*
- *Nätverk Öresund för IVA-sjuksköterskor v/ Catarina Larsson, Universitetssjukhuset i Malmö*
- *Gemensam enhet för bröst- och endokrinkirurgi v/ Christian Ingvar, Universitetssjukhuset i Lund*

De aspekter på samarbetet som diskuterades var bl.a.; involverade aktörer, motiv till samarbetet, samarbetsformer och aktiviteter, erfarenheter, svårigheter och möjligheter förbundna med samarbetet. (deltagarlista bifogas)

Därefter har kompletterande intervjuer genomförts med:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Vibeke B. Lemche och Jette Wind Blichfeldt

Riksförsäkringsverket, Bjarne Almström

Försäkringskassan, Vårdersättningskontor, Lars Persson

Amtssygehuset i Gentofte, vicedirektör Niels H. Holländer

Rigshospitalet, Adm. Direktör Jörgen Jörgensen

Rigshospitalet, Laegelig direktör Helle Ulrichsen

Rigshospitalet, Sekretariatschef Ulrik Meyer

Informationen om medborgarnas upplevelser inom sjukvårdsområdet kommer från flera källor:

- Medborgarnas kontakter med Øresunddirekt via telefonupplysning, e-post eller hemsidans kommentarfunktion.
- Øresunddirekts nätverk, såsom de myndigheter som ingår i Informationscentret Øresunddirekt i Malmö och övriga myndigheter i Sverige och Danmark.
- Öresundspanelens medlemmar¹

4. Sjukvården i Öresundsregionen

Sjukvårdssystemen och finansieringen av vården skiljer sig i Sverige och Danmark. För den fortsatta diskussionen om patienträttigheter och samarbete ges här en kort genomgång av de viktigaste skillnaderna i de båda systemen.

4.1. Sjukvårdens struktur och finansiering i Danmark och Sverige²

	Finansiering	Driftsansvar	Primärkontakt	Remiss/Henvisning
Danmark	Kommunskatter Amtsskatter Statliga blocktillskott (Vederlagsfri för patienten)	Amterna och H:S ³ Kommunerna – hälsovård, hemsjukvård, vårdhem, barn- och skolhälsovård	Allmänt praktiserande läkare (Familielæger)	Krävs för sjukhusen Fritt sjukhusval mellan alla offentliga sjukhus och 10 privata specialistsjukhus
Sverige	Landstingsskatt Statliga bidrag Patientavgifter	Landstingen/Regionerna Kommunerna – sjukhem, gruppboende, hemsjukvård	Primär- och länsjukvård Mottagningar vid region- /universitetssjukhus	Krävs för regionsjukvård (högt specialiserad vård) vid region- /universitetssjukhusen

Offentlig sjukvård i Sverige är skattefinansierad och drivs i huvudsak i landstingens regi. Hälso- och Sjukvården finansieras genom landstingsskatt, statliga bidrag och patientavgifter. Patientavgifterna begränsas genom högkostnadskortet till för närvarande 900 SEK per år. Den privata hälso- och sjukvården bedrivs genom särskilda avtal med landstingen eller staten. För primär- och länsjukvård har patienten rätt att fritt välja såväl läkare som vårdinrättning i Region Skåne dvs. inom ett och samma landsting. För regionvård vid region/universitetssjukhusen krävs remiss som samtidigt fungerar som betalningsförbindelse mellan sjukvårdsdistrikten i Skåne. Socialstyrelsen är statens centrala expert- och tillsynsmyndighet. Riksförsäkringsverket har tillsyn och ekonomiskt fördelningsansvar för sjukpenningförsäkringen.

¹ Öresundspanelen startades av Øresunddirekt och är ett forum för alla med intresse av regionen och dess utveckling. För mer information, se www.oresunddirekt.com

² Källa: "Beskrivning av sjukvårdsstrukturen i Skåne, H:S och Köpenhamns Amt", Medicon Valley Academy, 1998.

³ Hovedstadens Sygehusfaellesskab

Landstingsförbundet är gemensam intresseorganisation för landstingen i Sverige. Förbundet har endast rekommendationsrätt. Regionsjukvården (den högspecialiserade vården) i Sverige samordnas inom fem sjukvårdsregioner.

I Danmark är sundhedsvesendet uppbyggt i en decentraliserad organisation där driftsansvaret vilar på amter och kommuner. Staten är ansvarig för lagstiftning, tillsyn och riktlinjer. Amterna och H:S ansvarar för sjukhusvesendet och särskilda vårdhem. Kommunerna ansvarar för sjukförsäkring, hälsovård, hemsjukvård, vårdhem samt barn- och skolhälsovård.

Danmark har en lång tradition av familjeläkare (praktiserande läkare) Alla medborgare är formellt knutna till en bestämd praktiserande läkare som har rätt att hänvisa patienten till sjukhusen. Ansvaret för sjukhusvesendets drift och planering är placerat hos 14 amter och H:S som är ett offentligt driftssällskap.

Praktikersektorn som bl.a. omfattar allmänt praktiserande läkare är organiserat som ett fritt yrke även om finansieringen primärt är offentlig. Överenskommelsen är organiserad via kollektiva överenskommelser på riksplan mellan amterna och yrkesorganisationen. Det råder fritt sjukhusval i Danmark. Patienten kan fritt välja mellan alla offentliga sjukhus och 10 privata specialsjukhus i Danmark, som enligt Sjukhuslagen har ett driftsavtal med amterna. En nyligen genomförd undersökning utförd av Sundhedstyrelsen visar att var tionde patient nu väljer behandling i ett annat amt än hemmaamtet. Det är en ökning med 10% sedan 1997 och beskrivs som en stor succé för den nu 10 år gamla lagen. Denna lag har nyligen genomgått en utvidgning vilket beskrivs i kapitel 7.

Högt specialiserad vård samlas på speciella platser för att säkra kvalitet och effektivitet. Sundhedsstyrelsen beslutar om sådan specialiserad vård. Behandling hos allmänpraktiserande läkare och specialister är kostnadsfri för medborgare som tillhör sjukförsäkringsgrupp 1. Man kan också tillhöra sjukförsäkringsgrupp 2 och då betalar patienten delvis för behandlingen men är då inte knuten till en specifik praktiserande läkare. Finansieringen sker via amtskatter och statliga blocktillskott till amterna. För besök hos tandläkare, fotspecialist, psykolog och fysioterapeuter betalas en viss avgift.

4.2 Patienträttigheter i Danmark

Alla danska medborgare är formellt knutna till en bestämd allmänpraktiserande läkare. Normalt är att man väljer en allmänt praktiserande läkare i den kommun där man bor. Gränsarbetare kan välja läkare i den kommun där man arbetar. Den praktiserande läkaren kan hänvisa (remittera) patienten till specialist eller sjukhus. Alla patienter har fritt sjukhusval vilket betyder att patienten själv kan välja mellan alla danska offentliga och vissa privata sjukhus.

Behandlingen hos allmänt praktiserande läkare och vissa specialister är kostnadsfri för de medborgare som är anslutna till sjukförsäkringsgrupp 1. Är man däremot ansluten till sjukförsäkringsgrupp 2, betalar man delvis för behandlingen. Man bestämmer själv om man önskar vara i grupp 1 eller 2. Sjukförsäkringen ger bidrag med varierande procentsats till båda försäkringsgrupperna vid vissa behandlingar hos tandläkare, arbetsterapeut, fotvårdsspecialist, kiropraktor och psykolog.

Den danska läkemedelbidraget är beroende av patientens årliga förbrukning. Det finns en övre gräns för hur hög patientavgiften för läkemedel kan bli. Bidraget räknas på fullpriset på läkemedlet. Efter ett år nollställs förbrukningen och en ny uträkning påbörjas.

Läkemedelsbidrag i Danmark:

Upp t.o.m. DKK 515 – inget bidrag
Mellan DKK 515 och DKK 1240 – 50% bidrag
Mellan DKK 1240 och DKK 2900 – 75% bidrag
Över DKK 2900 ger 85% i bidrag.

4.3 Patienträttigheter i Sverige

När man bor eller arbetar i Sverige har man rätt till samma behandling som svenska medborgare. Det gäller både akut och planlagd behandling. Distriktsläkare, distriktsköterska, hälsovård och sjukgymnastik samt rådgivning för gravida och föräldrar ingår i Primärvården. Man kan söka både privat och offentlig vård. För regionvård vid region-/universitetssjukhusen krävs remiss (henvisning). Patienter i Skåne har rätt att välja sjukhus och läkare inom Skåne Län. Patientens behandlingsbehov är avgörande för på vilken nivå i sjukhusystemet patienten behandlas.

Alla som bor och arbetar i Sverige betalar en patientavgift. Avgiften omfattar de områden som landsting och kommun anger om inget annat är föreskrivet. Den högsta samlade patientavgiften för läkarbehandling, behandlingsmaterial och tandläkarbehandling är SEK 900 om året. Har en patient inom en 12-månaders period betalt patientavgifter för läkarbesök, behandling och läkemedel för SEK 900 utfärdas ett s. k. frikort som ger fri behandling inom innevarande 12-månaders period. Har en eller flera föräldrar flera barn tillsammans under 18 år, gäller gränsen SEK 900 för de samlade utgifterna till barnen.

I Region Skåne är avgifterna SEK 100 för konsultation hos specialist i allmän medicin. SEK 200 för övriga specialister och akutbesök. Telefonrådgivning som leder till receptföreskrivning kostar SEK 50. I Region Skåne skall barn och unga under 20 år inte betala avgift för den öppna vården.

Patienten har rätt att söka både privat och offentligt finansierad behandling som t ex uppsökande av distriktsläkare, distriktsköterska, sjukgymnast samt rådgivning för gravida och föräldrar. I Region Skåne pågår ett införande av ett system familje-/husläkare. Det svenska systemet påminner om de regler som gäller för medborgare anslutna till sjukförsäkringsgrupp 2.

I Sverige finns ett högkostnadsskydd för inköp av läkemedel och stomiartiklar på recept. Högkostnadsskyddet gäller inom en 12-månaders period från första inköp av läkemedel. I perioden betalar man högst SEK 1800. Efter 1 år påbörjas en ny 12-månaders period. Bidrag i förbindelse med högkostnadsskyddet är:

Upp t.o.m. SEK 900 inget bidrag
Mellan SEK 900 och 1700 – 50% bidrag
Mellan SEK 1700 och SEK 3300 – 75% bidrag
Mellan SEK 3300 och SEK 4300 – 90% i bidrag
Över SEK 4300 – 100% i bidrag

5. Samarbete mellan sjukvårdsenheter över Öresund

Region Skåne har som upptakt till detta projekt gjort en översiktlig genomgång av samarbeten inom sjukvårdssektorn i Öresundsregionen och uppger att det finns ett 20-tal samarbeten som reglerats i avtalsform och därutöver ytterligare ett 20-tal samarbeten av mer informell karaktär⁴. Samarbeten reglerade genom avtal omfattar ofta forskningssamarbeten, utbildning och utväxling av personal samt samarbeten kring viss vård. Exempel på samarbeten som kan nämnas är forskningsprojekt inom tandvård, samordning av intensivvårdsplatser, mammografi, hyra av laserutrustning och analyssamarbete.

Andra former av samarbeten omfattar transplantationer, kirurgisk behandling av käkleder, utbyte av ST-läkare, utvecklingsarbete kring blodgaser, samarbete kring ögonpatienter och formaliserade vetenskapliga utbyten.

Det icke avtalsreglerade samarbetet avser vanligen utbildning, information, forskningsutbyten och uppdragsutbildning. På flera områden finns varierad men etablerad informell samverkan inom områden som tandvård, forskningssamarbete mellan hudkliniker, kliniska provningar och handkirurgi för patienter med CP-skador. Många samarbeten bygger på sedan länge etablerade kontakter mellan specialister främst genom forskningsutbyte, gemensamma utbildningsinsatser eller assistans vid utförande av diagnostiska analyser.

Fem exempel på samarbeten presenterades vid den gemensamma workshopen den 5 mars 2002 i Lund. (En mer utförlig beskrivning av vart och ett av dessa projekt finns att läsa i bilaga 2) Något av exemplen har pågått under en längre tid men de flesta samarbetsinitiativen är av senare datum och sammanfaller nära nog med Öresundsbronns öppnande. Skälet till detta uppges vara att pendlingsavståndet nu är betydligt mer gynnsamt socialt såväl som praktiskt.

5.1 Motiv och målsättning

De främsta motiven till ett ökat samarbete kan grovt grupperas enligt nedanstående kategorier. Gränserna mellan motiven är delvis överlappande.

Kapacitetsmotiv – att skapa reservkapacitet vid akut plats- och kapacitetsbrist

Skalmotiv – att uppnå kritisk massa dvs. ett sammanlagt högre patientantal för att kunna höja kvalitén på kompetensutveckling och forskning främst inom snävare specialistområden.

Organisatoriska motiv - långsiktigt bättre personal-, resursutnyttjande och logistik genom samordning av jourer, semestervikariat och samordning av investeringar.

Kunskapsmotiv – att skapa en vidgad plattform för erfarenhetsutbyte, kvalitets- och kompetensutveckling

Den övergripande målsättningen är att öka kvalitén på vården. Vart och ett av de motiv till samarbete som redovisats syftar ytterst till att kunna erbjuda högkvalitativ vård på ett resurseffektivt sätt med gemensamma krafter. Projekten har initierats nedifrån och upp och inte från politisk nivå.

⁴ Källa Region Skåne

Klinisk verksamhet	Utbildning	Kvalitetssäkring	Forskning & Utveckling
<ul style="list-style-type: none"> - gemensamma ronder - ”second opinion” - samordning av tjänstgöring - utveckling och samordning av kliniska metoder för diagnostik och behandling 	<ul style="list-style-type: none"> - grundutbildning - vidareutbildning - personalutbyte - harmonisering av specialistutbildning med UEMS⁵ - multidisciplinära kliniska konferenser 	<ul style="list-style-type: none"> - samordning av vårdprogram/ - kvalitetsregistrering 	<ul style="list-style-type: none"> - sammanknytning av forskargrupper - tillskapande av professorer - gemensamma forskningstjänster - utveckling av kontakter med industrin - initiering av ämnesgrupper

Tabell 1: Sammanfattning exempel på samarbetsformer och aktiviteter

5.2 Samarbetsområden

I några få fall har samarbete lett till att patienter har flyttats till den andra sidan sundet för behandling och vård. Det gäller de samarbetsprojekt som syftar till att lösa akut plats- eller kapacitetsbrist som därmed också innebär att patienter har möjlighet att få snabbare vård eller behandling på andra sidan sundet. Samarbetsavtal om reservkapacitet kan vara i form av ett löpande avtal om bistånd eller mer tillfälliga och omfatta en specifik grupp patienter.

Exempel på samarbetsområden där detta varit aktuellt är inom neonatologi (för tidigt födda) och intensivvård där ”parterna kommit överens om att bistå varandra vid uppkommen akut platsbrist”. Ett exempel som illustrerar tillfälligt samarbete för en specifik grupp patienter är de 60 svenska hjärtpatienter som under 2001 opererades på Amtssygehuset i Gentofte. Under 2001 hade hjärt- och lungdivisionen vid Lunds Universitetssjukhus långa köer till följd av rekryteringsproblem och sjuksköterskebrist. Genom att ”draghjälp” kunde ges från Gentofte kunde väntetiden till hjärtkirurgi minskas medan man i Lund arbetade med att komma till rätta med personalbristen.

Andra samarbetsprojekt har inte till främsta syfte att avhjälpa kapacitetsbrist, även om detta kan vara en sekundär del av samarbetet, utan fokuserar primärt på att höja och säkra vårdkvalitet och stärka forskningen genom erfarenhetsutbyte, gemensam utbildning, utbyte av personal (bakjour och semestervikariat), gemensamma tjänster, forskningssamverkan samt utveckling av kliniska metoder för diagnostik och behandling. Ytterligare ett skäl är att säkra kvalificerad nyrekrytering. I dessa samarbeten är det personal som flyttas över sundet och inte patienter. Samarbetet omfattar då även aktiviteter som överbyggande av språkliga och kulturella skillnader i arbetssätt och organisation för att underlätta personal- och kunskapsutbyte. Den långsiktiga målsättningen för dessa samarbeten är att bygga upp ”centres of excellence”, en gemensam funktionell enhet inom respektive område som håller högsta nivå i en internationell jämförelse. Exempel på samarbeten av den här karaktären är ”Öresundscentret för Fetalmedicin”, Hemofilisamarbete – Rigshospitalet/UMAS och ”Centre of Excellence” inom bröstcancer och endokrinkirurgi.

⁵ De europeiska medicinska specialistföreningarna

Den gemensamma ledningen för de större och i avtal reglerade samarbetsprojekten kan vara organiserad i en styrgrupp. Styrgruppen kan bestå av respektive klinik eller verksamhets chefer, överläkare, center/divisionschefer, chefsläkare och sjukhuschefer. Styrgruppens ges i uppgift att säkra långsiktighet och fullföljande av projektplaner, handläggning av legala frågor och godkännande av budget och större projektkostnader⁶.

Utbildningssamarbeten som ”*Post graduate utbildning för IVA-läkare*” och ”*Nätverk Öresund för IVA-sjuksköterskor*” har förutom ett kompetensutvecklingssyfte även starka inslag av nätverksbyggande för att underlätta personalutbyte och stimulera till gemensam forskning. Att sjukvårdspersonal får sin utbildning förlagd till både Danmark och Sverige anses dessutom kunna ge en bättre och mer komplett utbildning.

De följande kapitlen 5.3, 5.4, 5.5 och 5.6 bygger på samarbetsparternas egna beskrivningar av erfarenheter, förutsättningar för samverkan och framtidsperspektiv.

5.3 Erfarenheter

De exempel på samarbetsprojekt som presenterades vi Öresundskomiteens workshop är av så pass sent datum att någon egentlig utvärdering ännu inte ägt rum. Deltagarna vittnar emellertid spontant om att de inledande erfarenheterna är övervägande positiva både bland dem som samarbetat sedan en tid och de som nyligen etablerat ett samarbete. I senare påbörjade samarbetsprojekt som sträcker sig framåt i tiden är det för tidigt att uttala sig om resultat. Inom flera av projekten planeras en systematisk, löpande utvärdering såväl medicinsk som organisatorisk. Några av de svårigheter som parterna i samarbetsprojekten stött på, på vägen skall här tas upp.

De främsta problemen eller svårigheterna uppges vara av språklig eller kulturell karaktär både i förhållande till kollegor och till patienter. Arbetsrutiner och organisation skiljer sig och ibland är befogenheter och ansvar fördelat på ett annat sätt i grannlandet. De lagar som reglerar patienträttigheter, sjukförsäkring och ansvarsförsäkring för läkare och personal skiljer sig i vissa avseenden och uppfattas som invecklade och svåra att sätta sig in i. I de flesta fall har man dock lyckats lösa dessa problem med tilläggsförsäkringar eller andra lösningar. I något enstaka fall har en patient fått visumproblem för inresa i Danmark då denne endast haft uppehållstillstånd i Sverige. I några fall har det krävt assistans av juridisk expertis för att utreda dessa förhållanden innan samarbetet kunnat etableras. I ett av projekten insåg man efter hand att samarbetet krävde betydligt mer administration än förväntat. Administrativa rutiner och system skiljer sig naturligen åt och kan vara svåra att få att samspela.

De problem som är förbundna med kostnadsfördelning, administration och transfereringar har man försökt kringgå och lösa kreativt och praktiskt för att dessa inte skall utgöra hinder för samarbetet. I de flesta fall regleras samarbeten genom att man debiterar samarbetspartnern för utfört arbete oavsett var arbetet utförts. Den pendlarproblematik som rör skatter, socialförsäkringar, anställningsavtal, transporter och boende uppges av parterna utgöra de generella barriärer som försvårar för ett utökat samarbete.

Som tidigare nämnts är det främst personal, tjänster och kompetens som flyttas över bron. Endast i sällsynta fall är det aktuellt att flytta patienter och då i samförstånd med patienten. Det motiveras framför allt av trygghetsaspekten för patient och anhöriga vid svåra

⁶ Källa projektavtal mellan RH och UsiL avseende gemensam enhet för bröst- och edokrinkirurgi.

sjukdomsfall och långa vårdtider. Så kallade lågfrekventa patientgrupper dvs. patientgrupper med relativt sällsynta sjukdomar, tros vara de som kan komma att resa över bron för vård. På så sätt skapas tillräckligt patientantal per vårdgivare för att högkvalitativ vård skall kunna erbjudas.

Samtliga samarbetsprojekt har vuxit fram nedifrån och upp som ett svar på upplevda behov i verksamheten och utifrån redan etablerade personliga kontakter.

5.4 Förutsättningar

Aktörer involverade i samarbetsprojekt menar att de bästa förutsättningarna för ett lyckat samarbete är då bägge parter befinner sig i en tillväxtfas och upplevs som jämställda parter. Det innebär att det finns en pågående kapacitets- och kompetensuppbyggnad på båda sidor som kan bidra till samarbetet på ett sådant sätt att en ”win-win” situation uppstår.

Att berörda läkare är involverade i samarbetets utformning är en grundförutsättning. Men det bedöms som lika viktigt att samarbetsprojekten får stöd uppiifrån. Goda relationer, personliga kontakter att bygga vidare på och en öppenhet för de skillnader som finns i kultur och arbetssätt bedöms också som viktiga förutsättningar.

Sjukvården genomgår en globalisering och detta skapar en ökad press på spetskvalitet på vården. *”Tillsammans är vi starkare att möta denna utveckling”* menar en av samarbetsparterna. Det ställer krav på öppenhet och gemensamma regelverk för att förutsättningarna skall vara gynnsamma.

I vissa fall har det visat sig vara lättare att etablera ett samarbete över sundet än mellan sjukvårdsinrättningar inom respektive land.

På längre sikt är en av förutsättningarna ökad information och pedagogiskt arbete för att bereda väg för förtroende och trygghet med en mer integrerad sjukvård utifrån ett patientperspektiv. Patienten skall kunna känna sig trygg och ha förtroende för den vård som kan erbjudas på andra sidan sundet eller för en läkare som talar ett lite annorlunda språk.

5.5 Framtidsperspektiv

Antalet spontana samarbetsprojekt och initiativ förväntas öka. Ambitionsnivån, entusiasmen och förväntningarna i de projekt som presenterats är mycket hög. Det betonas samtidigt från flera håll att de stora problemen som sjukvårdssystemen brottas med är desamma i både Sverige och Danmark och de kan inte lösas med bron. Kvalitetsmotiven överväger kapacitetsmotiven för ett ökat samarbete. Det finns emellertid tecken på att sjukvårdsproducenterna kan komma att få ett ökat behov av att köpa mer vård utifrån särskilt inom specifika nischer. Om detta skall ses som ett ökat samarbete eller ej kan diskuteras.

Ännu finns ingen systematik eller övergripande ram för en utbyggnad av samarbetet inom sjukvårdssektorn i Öresundregionen. Behovet av överblick och kunskap om varandras system varierar. De som redan etablerat kontakter och samarbete säger sig klara kontakterna utan en ökad formalisering medan andra som ännu inte kommit så långt gärna skulle se att det togs initiativ till ett forum för utbyte, och nätverksbyggande. Att veta hur och med vem man tar kontakt för att påbörja ett samarbete kan för några grupper behöva ges mera stöd.

Det finns förhoppningar om att de samarbetsprojekt som nu och under den senaste tiden har igångsatts skall kunna dela med sig av sina mer generaliserbara erfarenheter både sinsemellan och till dem som kommer efter. En gemensam plattform eller ”mötesplats” skulle även kunna uppfylla det behovet. Möjligheter att skapa en sådan plattform finns inom ramen för det EU-stödda Intereg IIIA som Öresundskomiteen administrerar. Det förutsätter att parterna själva tar initiativet.

5.6 Barriärer och hinder för utökat samarbete

Några av de problem som är förbundna med sjukvårdssamarbete har beskrivits ovan. Inga av dessa problem utgör några egentliga barriärer utan bär mer prägel av att vara igångsättningsproblem som löses av ökad erfarenhet och tydligare samarbetsformer. Det är problem av den karaktär som successivt löses på vägen. Det finns med andra ord inte direkt några hinder för samarbete. De barriärer som möter sjukvårdens aktörer är desamma som de som möter andra aktörer som tar initiativ till en ökad integration över sundet dvs. skatter, anställningsavtal, socialförsäkringar, boende och transporter. Det är dessa frågor som utgör de största hindren för en ökad funktionell integration även inom sjukvårdssektorn, menar deltagarna.

6. Gränsarbetare och patienträttigheter

En gränsarbetare är en anställd eller en egenföretagare som är verksam i en annan medlemsstat inom EU än den han är bosatt i och återvänder till åtminstone en gång i veckan.

Som gränsarbetare är man skyddad genom EU-bestämmelserna om social trygghet på samma sätt som alla andra personkategorier som omfattas av dessa bestämmelser.⁷

Gränsarbetare mellan Danmark och Sverige kan fritt välja om de vill söka sjukvård i Danmark eller Sverige. Patienträttigheterna i Öresundregionen dikteras av reglerna i EU-förordning 1408/71 om social trygghet och av de nordiska konventionerna om social trygghet. Enligt EU-förordningen skall en medborgare vara socialförsäkrad och sjukförsäkrad i det land där vederbörande arbetar. Om man bor i ett annat medlemsland har man emellertid också rätt till sjukvård i det land där man bor på samma villkor som andra sjukförsäkrade i det landet. Familjemedlemmarna har rätt till sjukvård i boendelandet på samma villkor som andra sjukförsäkrade i det landet. Under tillfällig vistelse i ett annat EU-land har familjemedlemmarna rätt till akut sjukvård vid plötsligt insjuknande eller olycka under den tillfälliga vistelsen. EU-förordning 1408/71 gäller även på visst sätt för studenter. Förordningen reglerar studenters rätt till sjukvård i samband med utlandsstudier. Studenter har i studielandet rätt till nödvändig sjukvård. Däremot saknas lagvalsregler för denna kategori.

Den nordiska konventionen följer EU-förordningen men går i vissa avseenden längre. Det gäller hemtransport av nordiska medborgare och regler som omfattar icke nordiska medborgare som bor i Norden. När det gäller studenter har man ännu inte riktigt kunnat enas. Den nordiska konventionen om social trygghet har varit föremål för översyn. Ett förslag till reviderad konvention är nu ute på remiss i de nordiska länderna. Arbetsgruppen för revision av den nordiska konventionen om social trygghet menar att det finns behov av en lagvalsregel för studenter, men ingen enighet kunde skapas om vilka regler som borde gälla. Därför finns

⁷ ”EU-bestämmelser om social trygghet”, Europa kommissionen – Sysselsättning och socialpolitik, 2000.

inget förslag om en sådan lagvalsregel i arbetsgruppens förslag till ny konvention. En lagvalsregel pekar ut vilket lands lagstiftning som ska gälla för en viss kategori personer i en viss situation. Att det inte finns en lagvalsregel för studenter betyder alltså att det inte står utpekade vilket lands lagstiftning studenter ska omfattas av.

EU-förordningen 1408/71 om social trygghet har allmän giltighet och tillämpas direkt i alla medlemsstater. Dessa bestämmelser är med andra ord bindande för alla. Även i de fall då nationell lagstiftning står i konflikt så har EU-bestämmelserna företräde.

6.1 Gränsarbetare i Öresundsregionen

Øresunddirekt har exempel⁸ på gränsarbetare som nekats planerad vård i både Sverige och Danmark. I de flesta fall verkar detta bero på avsaknad av kunskap och administrativa rutiner för hur gränsarbetare skall tas emot och vilka rättigheter de har. I något fall är det patientkort eller andra administrativa rutiner för exempelvis registrering som skapar svårigheter främst p.g.a. osäkerhet hos personalen beträffande hur gränsarbetarna ska hanteras.

Av de förfrågningar som kommer till Øresunddirekt avser 3% frågor om sjukvård. Om detta är en representativ siffra för omfattningen av de problem som hänger samman med patienträttigheter i Öresundsregionen kan inte fastställas. Det är med andra ord inte känt idag hur stora dessa problem är. Det finns emellertid tecken på att det ibland brister i kunskap om vilka regler som gäller både bland medborgare och offentliga institutioner i Öresundsregionen.

Det är oklart var ansvaret för detta ligger och vart man vänder sig om man blir nekad sina rättigheter. Dessa förhållanden behöver undersökas ytterligare och Öresundskomiteen har därför tagit initiativ till ett rundabordsamtal med berörda parter. Øresunddirekt och Öresundskomiteen har som målsättning att arbeta vidare tillsammans med berörda myndigheter inom området.

Det råder inga oklarheter beträffande vilka regler eller patienträttigheter som ska gälla för gränspendlare snarare okunskap i vissa fall. Øresunddirekt berättar att det förekommer en mytbildning mellan gränsarbetare via Internet och andra media kring vilka regler som gäller. Det är därför viktigt att den korrekta informationen blir spridd på ett effektivt för att så långt det är möjligt undvika att gränsarbetare p.g.a. bristande kunskap försätter sig i ogynnsamma situationer. De fall som tagits upp i media under våren 2002 har i de flesta fall rört personer som hamnat mitt emellan två sjukförsäkringssystem dvs. de har inte rört frågan om sjukvård utan ersättningsfrågor vid sjukskrivning.

Det förefaller som om det finns ett behov av ökade informationsinsatser kring sjukvården i regionen och de patienträttigheter som gäller gränsarbetare, både bland gränsarbetare och sjukvårdsinrättningar. Øresunddirekt konkluderar i sin temarapport att reglerna behöver förankras hos all personal som möter vårdsökande gränsarbetare.

⁸ Se bilaga 2 som tar upp relevanta exempel.

7. Fritt vårdsökande

Ett tredje område som väckt intresse under denna studie är möjligheterna till fritt vårdsökande inom EU. Enligt EU-förordningen kan man söka planerad behandling i annat land om tillstånd getts i förhand av den egna sjukförsäkringsinstitutionen. Finns möjlighet till motsvarande behandling i det egna landet, men kan inte erbjudas inom rimlig tid så får ansökan inte avslås.

7.1 Utvecklingstendenser

Grunden till att fritt vårdsökande har rönt ökat intresse är de möjligheter som finns för medborgare i de båda länderna runt Öresund att söka vård i grannlandet utan att vara gränsarbetare. Frågan väcks också till följd av de kapacitetssvårigheter som vården i både Sverige och Danmark har inom vissa områden. Frågan uppfattas som känslig då sjukvården traditionellt ses som en klart nationell angelägenhet som inte skall ifrågasättas. Det innebär att potentialen och möjligheterna i ett friare vårdsökande ännu inte är fullt utforskade.

Det finns tendenser till att utvecklingen inom EU går mot ett paradigmskifte där pengarna följer patienten oavsett vårdgivare. Denna utveckling är relativt problemfri i de länder där sjukvårdskostnaden är kopplad till den individuella sjukförsäkringen och inte till vårdgivaren.

I länder som exempelvis Sverige där landstingen har tilldelats en budget för ett planerat, estimerat vårdbehov inom ett givet geografiskt område är detta svårare. Försäkringskassan som tillståndsgivare får då ett ökat ekonomiskt ansvar för själva sjukvården. Det beror på att försäkringsinstitutionen är den institution som ger tillstånd till behandling och vård utomlands och också bekostar denna. Det får till följd att försäkringsinstitutionen i praktiken övertar sjukvårdskostnaden från landstinget.

Det finns även demokratiska aspekter på frågan om fritt vårdsökande som inte är lätta att lösa. Vem ska ges möjlighet att gå förbi kön? Redan idag köper landstingen och amterna vård utifrån vid kapacitetsbehov (se exempel ovan). Den 16 april presenterades siffror från Landstingsförbundet i Sydsvenska Dagbladet som visar på att 14% av Region Skånes nettokostnader för sjukvård går till privatvård. Mellan åren 1999 och 2000 ökade de kostnaderna med 6.6%. I framtiden kan medborgarnas krav och framtida vårdgarantier komma att öka efterfrågan på den externt eller privat producerade sjukvården. I Sverige har de privata sjukförsäkringarna ökat. De privata sjukförsäkringarna ger försäkringstagaren möjlighet att undvika köer genom att få snabbare privat vård. Detta bidrar till att det skapas en marknadsliknande situation inom delar av vården, främst i storstäderna⁹.

7.2 Utvidgning av dansk lagstiftning

I Danmark får lagen om fritt sjukhusval en utvidgning från den 1 juli 2002¹⁰. En patient kan då välja att bli behandlad vid något av de privata sjukhus eller kliniker som amterna ingått avtal med om inte hemkommunen kan erbjuda vård inom två månader efter det att hänvisning

⁹ Källa: Sydsvenska Dagbladet den 16 april 2002

¹⁰ Lag nr 143 av 25/03/2002 (gällande)

är mottagen. Amterna i förening kan ingå sådana avtal med sådana privatägda sjukhus och kliniker i både Danmark och utlandet som önskar att ingå ett sådant avtal.

7.3 Sjukvårdstjänster och den inre marknaden

Under senare år har EG-domstolen prövat några fall som rör fritt vårdsökande inom EU. Vid ett av de mer uppmärksammade målen, det så kallade Smits/Peerboom¹¹ fastslog EG-domstolen att medicinsk verksamhet omfattas av tillämpningsområdet för artikel 50 EG (f.d. artikel 60) i fördraget om fri rörlighet för tjänster. Dvs. i domen fastslås att sjukvård är en tjänst i enlighet med fördraget och att den därmed omfattas av förbudet mot att hindra fri utväxling inom den inre marknaden.

Två hänsyn kan berättiga begränsningar och restriktioner i den fria utväxlingen av sjukvårdstjänster. Den ena är behovet av att kunna planlägga ett tillräckligt och stabilt sjukhusväsende för att säkra folkhälsan. Den andra är om det föreligger en verklig och faktisk risk för att den ekonomiska balansen i systemet för social trygghet rubbas. De nationella reglerna beträffande dessa hänsyn skall vara proportionella i förhållande till målen, skall bygga på objektiva kriterier och får heller inte vara nationellt diskriminerande. Vad detta innebär i praktiken är svårt att ännu med säkerhet fastställa.

Domen fastslår att ansökan kan avslås, om behandlingen inte är av sedvanlig karaktär enligt internationell läkarvetenskaplig bedömning och att ansökan endast kan avslås när motsvarande behandling eller behandling med samma verkan kan ges i tid av en institution som försäkringskassan har avtal med. EG-domen inför därmed inte ett helt fritt vårdsökande inom EU men fastslår likväl några viktiga kriterier för avslag.

Sammanfattningsvis så är tanken att så länge ett fritt vårdsökande över nationella gränser inte äventyrar den planerade inhemska vården eller socialförsäkringssystemets funktion så skall det medges. Ansökan om ersättning skall beviljas i förhand av den egna sjukförsäkringsinstitutionen. Kan motsvarande behandling inte erbjudas i det egna landet inom rimlig tid så får ansökan inte heller avslås. Konsekvenserna för sjukvården i Öresundsregionen är ännu vanskliga att värdera.

7.4 Harmonisering inom sjukvårdssektorn

I sammanhanget kan nämnas att kommissionen antog en handlingsplan den 13 februari 2002 som har som främsta mål att eliminera hinder för arbetskraftens mobilitet inom EU senast 2005¹². Ett viktigt och synligt initiativ inom ramen för handlingsplanen är införandet av ett EU-sjukförsäkringskort. Målsättningen är att sjukförsäkringskortet skall reducera pappersarbete och byråkrati (ersätta blankett E111) och vara ett synligt bevis på att innehavaren har rätt till akut sjukvård i hela EU och får gottgjort utgifterna av sin medlemsstat.

Patienterna blir alltmer kunniga och har en allt större tillgång till information, särskilt resurstarka yngre medborgare. Ett framtidsperspektiv där fler patienten söker och ställer krav på bästa möjliga vård utifrån tids- och kvalitetsaspekter utom och inom landets gränser är rimligt att tänka sig inom en snar framtid. Under Spaniens ordförandeskap har frågan om

¹¹ Mål C-157/99

¹² Källa: Commission Press Room DN: IP/02/235 Date: 13/02/2002

harmonisering inom sjukvårdssektorn fått en ökad aktualitet. Det kan inte uteslutas att frågan får nytt fokus under Danmarks ordförandeskap.

8. Slutsatser

Gränsarbetarnas rättigheter till vård och behandling berörs av de skilda systemens uppbyggnad och regelverk. Även om det inte direkt föreligger några oklarheter i lagstiftningen kan det göras enklare att förstå för vårdgivare och vårdtagare, möjligen också enklare att hantera. Nyckeln till lösning på en del av problemen är därför information. Uppgiften är dock omfattande eftersom reglerna ska förankras på djupet i både det danska och svenska sjukvårdssystemen. I praktiken betyder det att all personal som möter vårdsökande kan vara informerade om vilka rättigheter som gäller i Öresundsregionen. Dessutom måste kunskapen förankras hos gränspendlarna själva.

Det finns en del skillnader mellan det svenska och danska sjukvårdssystemet som har sin grund i organisation, administration och finansiering, men likheterna är dock fler än skillnaderna. Det öppnar dörrar för en utökad integration mellan sjukvårdsenheter i regionen. Motiven för en ökad integration och samarbete är dels ett effektivare utnyttjande av resurser, erbjudande av reservkapacitet och specialistkompetens. Det ges också möjligheter till en ökad vård- och behandlingskvalitet och synergieffekter avseende medicinsk kompetens. De initiativ till samarbete som här beskrivits har främst haft sin utgångspunkt i den medicinska kliniska och forskningsmässiga vardagen. Behovet av ett samlat forum för koordinering och informationsutbyte varierar som tidigare beskrivits. Det vore emellertid intressant att öppna diskussionen om utökade möjligheter till samarbete till att omfatta fler intressenter i något sammanhang.

Öresundsregionen utgör en unik gränsregion i och med de korta avstånden och dess roll i den Europeiska Unionen. Gränsarbetare har pendlat över Öresund under många år men förhoppningarna om att integrationen på arbetsmarknaden skall öka medför ökade krav på att de stödjande systemen, såsom den offentliga servicen och sjukvården, kan möta förväntningarna på enkelhet och tillgänglighet.

Frågan om fritt vårdsökande över nationsgränser har legalt sin hemvist inom EU:s regelverk. I princip finns dock inga hinder för att Öresundsregionen kan bli en föregångare på detta område. Det innebär att olika modeller kan prövas och diskuteras förutsättningslöst i takt med att man söker ändamålsenliga former och identifierar behoven.

Referenser och källor:

- Norrback O. (2001): *"Nordbornas Rättigheter"* Nordiska Ministerrådet.
"Beskrivning av sjukvårdsstrukturen i Skåne, H:S och Köpenhamns Amt", Medicon Valley Academy, 1998
"EU bestämmelser om social trygghet", Europa Kommissionen-Sysselsättning och socialpolitik, 2000.
"Hälsa och sjukvård i Öresundsregionen", Øresunddirekt, 2002.
- Commission Press Room DN: IP/02/235 Date: 13/02/2002
"Indenrigs- og sundhedsministernes besvarelse af spørgsmål nr. 1-2 (§16-bilag 1), som Finansudvalget har stillet den 24. januar 2002". 2.kt.nr. 2001-0833-475, jvb/1-2 Smits-Peerboom dom
"Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v." BEK nr 31 af 19/01/2001
"Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet" LOV nr 143 af 25/03/2002
Kammarrätten i Göteborg, DOM 2001-09-07, Mål nr 4564-1998
Kammarrätten i Göteborg, DOM 1999-07-07, Mål nr 7336-1998