

SAMMANFATTNING AV RAPPORT 2019:3

Vård utomlands

En granskning av Försäkringskassans hantering av vårdförmåner inom EU/EES och Schweiz

isf

Detta är en sammanfattning av en rapport från Inspektionen för socialförsäkringen. Rapporten i sin helhet kan läsas online, laddas ner och beställas på www.inspsf.se.

Stockholm 2019

© Inspektionen för socialförsäkringen

Författare: Rapporten är skriven av Lisa Carlsson (projektledare), Louise Malmgren, Fredrik Cullberg Jansson, Linnéa Haglund (projektledare fram till 2019-01-24) och Maria Denker (fram till 2019-01-18). Inledningsvis deltog även Elisabeth Rydberg och Susanne Eriksson.

Inledning

Det är möjligt för en person som är försäkrad för vårdförmåner i Sverige¹ att få nödvändig eller planerad vård i ett annat EU/EES-land eller i Schweiz till samma patientavgift som invånarna i vårdlandet. På samma sätt kan en person som är försäkrad för vårdförmåner i ett annat land inom EU/EES eller Schweiz få planerad eller nödvändig vård till samma patientavgift som en invånare i Sverige. Detta framgår av det EU-rättsliga regelverket om samordningen av de nationella systemen för social trygghet som fastställs i förordning 883/2004.²

Sveriges medlemskap i EU gör det också möjligt för personer som är försäkrade för vårdförmåner i Sverige att få ersättning för vårdkostnader för nödvändig eller planerad vård i en annan medlemsstat enligt svenska regler. Det innebär att personerna betalar samma patientavgift som de hade betalat om vården hade utförts i Sverige. Vården ersätts då enligt den så kallade ersättningslagen³, som genomför EU:s patientrörlighetsdirektiv.⁴

För den som är försäkrad för vårdförmåner i Sverige finns det alltså möjlighet att få ersättning för vård i ett annat land enligt både förordning 883/2004 och ersättningslagen. Anledningen till att det finns två regelverk är att patienters möjlighet att få vårdförmåner ska vara heltäckande. Regelverken ersätter patienter på delvis olika sätt och för vård hos olika utförare. De två regelverken ska alltså komplettera varandra, men överlappar också delvis varandra. Tabell S.1 beskriver översiktligt skillnader och likheter mellan de två regelverken.

¹ Försäkrad enligt betydelsen i artikel 1 i förordning 883/2004.

² Europaparlamentets och rådets förordning (EG) 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, EUT L 166, 30.4.2004.

³ Lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.

⁴ Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU, 09.03.2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård, EUT L 88/45, 4.4.2011.

Tabell S.1. Skillnader och likheter mellan reglerna om vårdförmåner i förordning 883/2004 och ersättningslagen

<i>Förordning 883/2004</i>	<i>Ersättningslagen</i>
Vårdkostnader beräknas enligt vårdlandets regler. ⁵ Den enskilda personen betalar samma belopp som en invånare i vårdlandet.	Vårdkostnader ersätts enligt svenska regler. ⁶ Den enskilda personen får ersättning i efterhand för vårdkostnaderna.
Kringkostnader, såsom resor och uppehälle, kan ersättas.	Kringkostnader ersätts inte.
<i>Nödvändig vård</i> Den enskilda personen betalar samma patientavgift som en invånare i vårdlandet. Om det inte fungerar kan personen också ansöka om ersättning i efterhand.	<i>Nödvändig vård</i> ⁷ Den enskilda personen kan ansöka om ersättning i efterhand.
<i>Planerad vård</i> Den enskilda personen kan ansöka om ett förhandstillstånd. Ett förhandstillstånd visas upp vid vårdtillfället och personen får då betala samma patientavgift som en invånare i vårdlandet.	<i>Planerad vård</i> Den enskilda personen kan ansöka om ett förhandsbesked som visar att hen har rätt till ersättning. När personen fått vården och det har uppstått en kostnad begär hen ersättning för den i efterhand. Personen kan också begära ersättning i efterhand utan ett förhandsbesked.

Det är Försäkringskassan som handlägger ansökan om förhandstillstånd, förhandsbesked och ersättning i efterhand för nödvändig och planerad vård.

⁵ Artikel 19.1,20.2 i förordning 883/2004.

⁶ Skäl 29 i patientrörlighetsdirektivet.

⁷ Lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet skiljer inte på nödvändig och planerad vård på det sätt som förordning 883/2004 gör, men redovisas ändå uppdelat i tabellen för illustrera hur regelverken fungerar i de olika situationerna.

Rapportens syfte och frågor

I den här rapporten kartlägger och analyserar vi hur Försäkringskassan hanterar kostnader för vårdförmåner inom EU/EES och Schweiz. Syftet preciseras i nedanstående frågor:

1. Skapar Försäkringskassans hantering av kostnader för vårdförmåner i EU/EES och Schweiz förutsättningar för att alla inblandade aktörer får den ersättning de har rätt till enligt de regler som gäller?
2. För till exempel pensionärer som är bosatta i Sverige och där ett annat EU/EES-land eller Schweiz ska betala för vården återkräver Sverige vårdkostnaderna i form av fasta belopp (schablonbelopp) istället för faktiska kostnader. Vilka fördelar och nackdelar finns det med det och vilka praktiska möjligheter skulle det finnas för Sverige att övergå till att enbart återkräva faktiska kostnader?

Rapporten besvarar ett regeringsuppdrag. Det framgår av uppdraget att Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) ska granska hanteringen när det gäller effektivitet, likformighet och rättssäkerhet samt korrekt tillämpning av regelverken. Granskningen ska inkludera Försäkringskassans hantering i förhållande till enskilda försäkrade, berörda myndigheter, kommuner och landsting samt till andra medlemsstaters behöriga institutioner. ISF ska också ge förslag till åtgärder för att öka kvaliteten i handläggningen och effektiviteten i hanteringen, om det behövs.

Vi koncentrerar granskningen till de vårdförmåner som är vanligast och där kostnaderna har ökat under de senaste åren, det vill säga sjukvård och tandvård. I de fall där en person även har fått ersättning för läkemedel i anslutning till sjukvård eller tandvård samt resekostnadsersättning vid sjukresor så ingår även detta i granskningen. De aktörer som är aktuella i granskningen blir därför enskilda vårdtagare, Försäkringskassan, landsting och andra medlemsstater.

I granskningen fokuserar vi särskilt på situationer när enskilda försäkrade i Sverige får planerad eller nödvändig vård utomlands. Det beror på att svårigheter kring dessa situationer ofta har lyfts fram av företrädare för landsting och Försäkringskassan i den här granskningen. Dessutom har landstingens kostnader för planerad vård utomlands ökat betydligt under de senaste åren.

I rapporten använder vi några olika begrepp för området som vi granskar. När vi skriver om *rätt till vårdförmåner* menar vi rätt till gränsöverskridande vård enligt förordning 883/2004 och rätt till ersättning enligt ersättningslagen. Begreppet *EU-vård* använder vi som ett samlingsbegrepp för sjukvård och tandvård som utförs i annat EU/EES-land eller Schweiz. För att beskriva det använder vi också begreppet *internationell vård*. Detta begrepp hänvisar också till den organisatoriska del av Försäkringskassan som handlägger ärenden inom området som vi granskar.

Behörig stat och vårdland – två centrala begrepp

Inom EU-vården används de två begreppen *behörig stat* och *vårdland* för att definiera vilket land som ska betala för vården i olika situationer. Behörig stat är det land som betalar för vården. Vårdland är det land där

vården utförs och det land som därför ska få betalt för den utförda vården. Huvudprincipen är att vårdförmåner ska återbetalas i sin helhet med de faktiska kostnaderna.

Statistik över EU-korten saknas

Försäkringskassan har generellt stora svårigheter att redovisa konsistent statistik över den internationella vården. Kvaliteten varierar och informationen måste hämtas från olika databaser som inte är sammanlänkade. Det förefaller vara något enklare att ta fram statistik över vårdärenden där landstingen har gett vård till personer som inte är bosatta i Sverige. Det gäller kostnader som landstinget fakturerar Försäkringskassan och Försäkringskassan i sin tur fakturerar den behöriga staten.

För svenskar som får vård utomlands faktureras landstingen av Försäkringskassan efter det att betalningskrav har kommit in från vårdlandet. Kostnaderna för planerad vård kan myndigheten redovisa, men de har inte kunnat leverera statistik på nödvändig vård i samband med ISF:s granskning. Antalet personer som får nödvändig vård utomlands med svenskt utfärdat europeiskt sjukförsäkringskort, så kallat EU-kort, och vårdkostnaderna för dessa kan därför inte redovisas i rapporten. Det betyder att kostnaderna är underskattade.

Antalet identifierade vårdärenden som utförs i Sverige där annat land är behörig stat uppgick under år 2018 till omkring 40 000 ärenden och till en kostnad av 304 miljoner kronor. Antalet identifierade vårdärenden utomlands där ersättning har betalats ut i efterhand till en person där Sverige är behörig stat uppgick samma år till 28 900 ärenden och en kostnad av 241 miljoner kronor.

I denna summa ingår inte hur många som har fått vård utomlands med EU-kort. Försäkringskassan har inte kunnat redovisa denna summa.

Statsbidraget täcker den planerade vården

I Sverige är det kommuner och landsting som har kostnadsansvar för EU-vården men de ska kompenseras av staten enligt den kommunala finansieringsprincipen. Det betyder att kommunerna och landstingen inte ska behöva höja skatter eller omprioritera sin verksamhet till följd av kostnader som uppstår av EU-vården. Staten kompenserar detta genom statsbidrag, vilket under åren 2015–2018 har uppgått till 165, 222, 262 respektive 262 miljoner kronor per år.

Statsbidraget täcker då kostnaderna för planerad vård och nödvändig vård som ersätts i efterhand som uppgick till 241 miljoner kronor under år 2018 relativt väl. Men eftersom Försäkringskassan inte kan redovisa kostnaderna för EU-korten är det inte möjligt att avgöra hur högt statsbidraget borde ha varit för att kompensera kostnaderna fullt ut.

Region Stockholm och Region Skåne påpekar att statsbidraget för EU-vården inte täcker deras kostnader. SKL tar upp värdet av att inrätta en kontrollstation som ska kunna säkerställa att landstingen och kommunerna

blir korrekt kompenserade, såsom regeringen föreslog när kostnadsansvarslagen togs fram.⁸

Kostnaderna för planerad vård utomlands ökar

Den statistik som finns tillgänglig motiverar att vi lyfter fram kostnadsutvecklingen inom den planerade vården utomlands. År 2015 beviljade Försäkringskassan ersättning för planerad vård utomlands till en kostnad på 45,6 miljoner kronor. År 2016 uppgick kostnaderna till 70 miljoner kronor. År 2017 hade kostnaderna ökat till 302,8 miljoner kronor, men detta värde överskattar vårdens kostnader under det året till följd av retroaktiva utbetalningar vård utomlands för överdriven svettning, så kallad hyperhidros. Under år 2018 uppgick kostnaderna till 158 miljoner kronor.

En ökning av den planerade vården kan vara positiv, exempelvis om vårdköerna kan förkortas, eller negativ om det handlar om en överkonsumtion av vård. Den frågan har den här granskningen inte haft för avsikt att studera. Men det finns en tydlig förskjutning mot att samhällets kostnader för personer som får planerad vård utomlands ökar. Det gäller inte bara för så kallade svettbehandlingarna, utan de genomsnittliga kostnaderna för varje vårdtillfälle tenderar att öka generellt.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och de landsting som vi har intervjuat som en del av granskningen har tagit upp kostnadsökningen för planerad vård. En aspekt som de har lyft är landstingens prislistor för vården och denna fråga diskuterar vi specifikt i rapporten.

Patientlagens inverkan på ersättningslagen är oklar i dagsläget

Det är Försäkringskassans uppgift att utreda om en person har rätt till ersättning för vård utomlands. En central fråga för om en person har rätt till förhandsbesked eller ersättning enligt ersättningslagen är vilken vård som tillhandahålls i Sverige. Den här frågan blir även aktuell när Försäkringskassan prövar ansökan om förhandstillstånd enligt förordning 883/2004. Förenklat innebär det att om vården tillhandahålls i Sverige, så kan vården utomlands bli ersättningsgrundande. Personen behöver då inte betala vårdkostnaderna själv, utöver patientavgiften.

Innan patientlagen trädde ikraft år 2015 hade patienter huvudsakligen tillgång till den vård som tillhandahölls av deras hemlandsting. Försäkringskassan behövde därför bara utreda vårdutbudet i det landstinget. Patientlagen innebär att ett nationellt vårdval infördes, vilket öppnade för personer att söka öppen vård i alla Sveriges landsting. Numera behöver Försäkringskassan därför förhålla sig till vårdutbudet i *hela* Sverige.

När Försäkringskassan utreder vilken vård som tillhandahålls i Sverige frågar myndigheten hemlandstinget. Om vården inte ges i hemlandstinget får hemlandstinget svara på om det känner till om vården tillhandahålls i något annat landsting i Sverige. Om det inte gör det, och om Försäkringskassan inte på annat sätt fått kännedom om att vården ges i något annat landsting, utreder myndigheten inte vårdutbudet vidare.

⁸ Prop. 2012/13:150, *Patienttrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning*, s. 81.

Försäkringskassans tillvägagångssätt att fråga hemlandstinget har stöd i ersättningslagen. Men tillvägagångssättet har blivit rättsligt prövat i två kammarrättsdomar från år 2018. Kammarrätten bedömde att Försäkringskassan brustit i sitt utredningsansvar för att ta reda på vårdutbudet i hela Sverige eftersom myndigheten enbart kontrollerat vårdutbudet i två landsting.⁹ Kammarrätten hänvisade till patienters rätt till fri rörlighet i patientlagen.

Frågan som är föremål för prövning i skrivande stund är alltså hur regelverket ska tillämpas när patientlagen ger patienten rätt att söka vård i hela Sverige, samtidigt som ersättningslagen anger att vårdutbudet i hela Sverige ska fastställas genom att tillfråga hemlandstinget.

Domarna har överklagats till Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) och har därför inte vunnit laga kraft. Men om de skulle stå sig skulle det innebära nya förutsättningar för Försäkringskassan att göra sina utredningar. Sannolikt skulle detta innebära en ökad och svårhanterlig administration för såväl Försäkringskassan som för landstingen.

Exakta och uttömmande förteckningar över vårdutbud kan lösa några problem men kanske inte alla

I en dom från HFD från november år 2017 som gällde ersättning enligt ersättningslagen slog domstolen fast att det krävdes att hemlandstinget hade en exakt och uttömmande förteckning över vilken vård som tillhandahölls för att det skulle vara möjligt att fastställa vårdutbudet.¹⁰ HFD baserade detta på kraven i patientrörlighetsdirektivet. Hemlandstinget bedömdes ha en sådan förteckning. Vården fanns inte med i förteckningen och därmed avlogs rätten till ersättning.

HFD:s dom gällde en behandling som utförts innan patientlagen började gälla. De senaste kammarrättsdomarna gör gällande att det med anledning av patientlagen krävs att det finns förteckningar för alla landsting. Så länge en sådan inte finns i samtliga landsting resonerar kammarrätten att Försäkringskassan inte kan utesluta att vården inte ges någonstans i Sverige.

Om det saknas en exakt och uttömmande förteckning över vårdutbudet behöver Försäkringskassan gå vidare till nästa steg i prövningen, enligt HFD. Enligt förarbetena till ersättningslagen ska då Försäkringskassan pröva om vården *motsvarar* vård som finns i Sverige.¹¹

Prövningen av om det finns motsvarande vård i Sverige ska göras utifrån objektiva och icke-diskriminerande kriterier. Den ska också ta hänsyn till relevanta medicinska omständigheter och tillgängliga vetenskapliga rön i ett internationellt perspektiv.¹²

Granskningen visar att det finns vissa oklarheter om hur bedömningen av motsvarande vård ska göras, bland annat om hur kriteriet om tillgängliga vetenskapliga rön i ett internationellt perspektiv ska tillämpas.

⁹ Kammarrätten i Stockholm, mål nr 7892-17 och mål nr 7889-17.

¹⁰ HFD 2017 ref. 63.

¹¹ Prop. 2012/13:150, *Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning*, s. 52.

¹² Prop. 2012/13:150, *Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning*.

Vi kan konstatera att om det skulle finnas exakta och uttömmande förteckningar över vårdutbudet i alla landsting, så hade Försäkringskassan inte behövt pröva om vården i det enskilda ärendet motsvarar vården som ges i Sverige. Det hade förenklat hanteringen. Förenklingen hade varit särskilt tydlig om de rättsliga prövningar som pågår i skrivande stund skulle leda till att Försäkringskassan behöver utreda vårdutbudet i alla landsting.

Men det finns även andra aspekter att ta hänsyn till när det gäller frågan om det är möjligt och lämpligt att ta fram förteckningar över vårdutbudet. Det skulle exempelvis sannolikt innebära praktiska svårigheter att hålla sådana förteckningar uppdaterade. Det kan också uppstå andra svårigheter med en detaljerad förteckning, vilket vi kan se inom det statliga tandvårdsstödet. ISF tar inte ställning till frågan men rekommenderar regeringen att utreda om det är möjligt att ta fram exakta och uttömmande förteckningar över vårdutbudet i Sverige.

Brist på samsyn mellan Försäkringskassan och landstingen

Att fastställa vårdutbudet och motsvarande vård innefattar svårigheter, inte minst med anledning av ett föränderligt rättsläge. Men oavsett rättsläget finns det andra aspekter i den nuvarande handläggningen som kan påverka olika aktörers rätt till ersättning. Svårigheterna handlar om det ömsesidiga beroendet mellan landsting och Försäkringskassan och hur samarbetet fungerar mellan dem.

Försäkringskassan skickar frågor till hemlandstinget för att utreda om vården i det enskilda fallet hade tillhandahållits i landstinget och till vilket pris. Försäkringskassan frågar också om landstinget har kännedom om vården erbjuds i något annat landsting. Granskningen visar att landstingen kan uppleva att det är svårt att svara på dessa frågor.

Det verkar också ibland finnas en bristande samsyn mellan Försäkringskassan och landsting om hur bedömningarna ska göras. Även om vården tillhandahålls i ett landsting, är det oklart på vilket sätt Försäkringskassan ska ta individuell hänsyn i bedömningen om personen ska få rätt till en behandling utomlands. Behandlingen kan tillhandahållas i Sverige, men skulle inte ges till patienten i Sverige förrän andra behandlingsalternativ prövas. Hur ska detta vägas in i bedömningen? Är det meningsfullt att begära att landstingen svarar på frågor om nödvändig vård? Det finns en uppfattning från landstingen att administrationen är omfattande och emellanåt både svårhanterlig och ineffektiv. Försäkringskassan och landstingen behöver ha samsyn kring frågorna för att få till stånd en effektiv och rättssäker hantering av ersättningsanspråken.

I granskningen har landsting och Försäkringskassan även lyft fram att underlagen som de båda aktörerna skickar till varandra kan vara svåra att bedöma. Det handlar om underlag som inte är översatta, som saknar information eller som är svåra att tolka. Det förekommer dessutom att landsting inte svarar på Försäkringskassans förfrågningar.

Exemplen som framkommer i våra intervjuer visar på en del praktiska svårigheter som uppkommer när Försäkringskassan formellt ansvarar för utredningen och beslutet men är beroende av landstingens kompetens för att fatta beslutet. Samspelet påverkas åt båda hållen. Försäkringskassan

behöver få underlag från landstinget för att kunna fatta korrekta beslut om rätten till ersättning eller intyg. Landstinget är å sin sida beroende av att Försäkringskassans beslut är korrekta eftersom det ofta är landstingen som ska betala för vården.

Vi har intervjuat ett begränsat antal landsting i den här granskningen, men anser att det är tydligt att de problem som har kommit fram både från de deltagande landstingen och från Försäkringskassan påverkar hanteringen av vårdärendena negativt. Det kan finnas stora vinster i att se över hur samarbetet mellan landstingen och Försäkringskassan kan förbättras. Det kan handla om att förtydliga vad exakt som landstingen ska besvara i vårdärenden som Försäkringskassan fattar beslut om. Det kan också vara positivt att från Försäkringskassans sida förtydliga för landstinget hur de väger in bedömningarna i de beslut som i sin tur påverkar landstingen.

Dom från Högsta förvaltningsdomstolen får stora konsekvenser på ersättningsnivån enligt ersättningslagen

När Försäkringskassan har bedömt att den enskilda individen har rätt till ersättning ska myndigheten avgöra storleken på ersättningen. Ersättningsnivån enligt ersättningslagen avgörs utifrån ett belopp som högst motsvarar den vårdkostnad som skulle ha uppkommit om patientens vård hade tillhandahållits i Sverige.

Försäkringskassan kan också behöva beräkna ersättningen enligt förordning 883/2004 när patienten ansöker om ersättning för nödvändig vård i efterhand. Patienten får då ersättning så att hen betalar samma kostnad som försäkrade i vårdlandet.

Men oavsett vilket regelverk som tillämpas ska ersättningen aldrig överskrida personens faktiska kostnader.

År 2016 kom en dom från HFD som handlade om beräkning av ersättning med utgångspunkt i landstingens prislistor för vård i Sverige. Domen har fått stora konsekvenser på ersättningsnivåerna enligt ersättningslagen. Konsekvensen av domen blev att Försäkringskassan numera bestämmer ersättningsbeloppet utifrån vårdtagarens faktiska kostnad, med avdrag för patientavgiften. Målet gäller en behandling av hyperhidros, men konsekvensen blir densamma för all vård enligt Försäkringskassan och de landsting som vi har intervjuat.

Skälet till HFD:s dom är förenklat att de prislistor som använts för att bestämma ersättningsbeloppet i det aktuella målet inte uppfyllde kraven i patientrörlighetsdirektivet om transparens och icke-diskriminering. Det innebär att prislistorna inte kunde användas för att avgöra kostnaden för vård i Sverige. Ersättningens storlek kunde därför inte begränsas med hänsyn till vad vården skulle kostat i Sverige. HFD konstaterade att ersättningsbeloppet därför får bestämmas utifrån den faktiska kostnaden för vården, med avdrag för patientavgiften.

Domen innebär alltså att ersättningsnivåerna enligt ersättningslagen inte kan begränsas med hänvisning till vad vården skulle ha kostat i Sverige. Försäkringskassan och de landsting som vi har intervjuat uppger att det inte finns tillräckligt transparenta prislistor i dag, och att domen därför ska

tillämpas på all vård. Det har inneburit högre kostnader för landstingen för vård utomlands.

HFD säger också att Försäkringskassan måste ta hänsyn till patientens möjligheter att söka vård i andra landsting, med de kostnader som därigenom kan uppkomma för hemlandstinget. Det kan tolkas som att det räcker med att ett landsting saknar en prislista som uppfyller kraven i patientrörlighetsdirektivet för att Försäkringskassan inte ska kunna utsluta att patientens faktiska kostnad hade kunnat uppstå i Sverige.

Landstingen som vi har intervjuat berättar att SKL arbetar med att ta fram transparenta prislistor på hyperhidros. Det är bra eftersom det skulle ge en bättre överblick över kostnaderna och överensstämmer med patientrörlighetsdirektivets tanke om förutsägbarhet för patienter. Under förutsättning att alla landsting tar fram sådana listor skulle ersättningen då lämnas enligt det högsta priset i Sverige. Om det finns stora variationer i priserna mellan landstingen innebär det visserligen att hemlandsting med lägre priser får betala ett högre pris. Men det skulle åtminstone innebära en ökad kostnadskontroll för landstingen jämfört med dagens situation där priserna utomlands avgör ersättningen.

Det ska tilläggas att HFD i sin dom även ger möjlighet att inskränka rätten till full ersättning för den enskilda personens faktiska vårdkostnader om kostnaderna skulle bedömas som oskäligen. Detta har Försäkringskassan i regel inte tillämpat. Men myndigheten har informerat oss om att ett sådant beslut i dagsläget är under prövning i Förvaltningsrätten. Detta är intressant att följa eftersom det kan få påverkan på ersättningsnivåerna framöver.

Det kan vara svårt att bedöma vad vården har kostat utomlands

För att kunna beräkna ersättningen behöver Försäkringskassan också ta hänsyn till vad vården utomlands faktiskt har kostat. Det gäller när Försäkringskassan ska avgöra storleken på ersättning enligt ersättningslagen.

Försäkringskassans utredning om vårdkostnader utomlands i samband med förhandstillstånd enligt förordning 883/2004 eller förhandsbesked enligt ersättningslagen sker i enlighet med förvaltningslagens bestämmelser om utredningsskyldighet. Vår granskning ger ingen anledning att anmärka på denna utredning.

Men när det gäller vård som redan har utförts finns det en del omständigheter som kan försämra rättssäkerheten och effektiviteten. Det handlar om att Försäkringskassan ibland får otydliga och knapphändiga kvitton som behöver utredas. Det kan också vara svårt för Försäkringskassan att veta om vårdgivarpriset faktiskt stämmer. Vi har i den här granskningen inte kunnat avgöra i vilken utsträckning otydligheter, och i värsta fall överutnyttjanden, förekommer. Men de intervjuade tar upp att detta förekommer. ISF bedömer att detta är en risk för rättssäkerheten och effektiviteten som behöver utredas vidare.

Dröjsmål med svar från andra länder kan försämra effektivitet och rättssäkerhet

När det gäller ersättning för nödvändig vård i efterhand enligt förordning 883/2004 skickar Försäkringskassan en förfrågan till den behöriga institutionen i vårdlandet om vilken patientavgift som patienten hade fått betala med ett EU-kort.

Enligt de medarbetare som vi har intervjuat tar det ibland mycket lång tid att få svar från andra medlemsstater.

Försäkringskassan skickar en påminnelse till vårdlandet var tredje månad. Innan detta kontaktar myndigheten den sökande och ger hen möjlighet att justera sin ansökan på så sätt att den prövas enligt ersättningslagen istället.

Försäkringskassan kan inte lastas för att andra länder dröjer med att svara. Det faktum att Försäkringskassan kontaktar den enskilda personen och ger hen möjlighet att gå vidare med en ansökan enligt svenska regler visar på god service. Men konsekvensen av att andra länder dröjer med att svara kan bli att den enskilda personen väljer en ersättning som blir lägre än vad den hade blivit om den hade betalats ut enligt förordning 883/2004. Medarbetare på Försäkringskassan som vi har intervjuat uppger att det förekommer att sökande väljer att pröva ersättningen enligt svenska regler, men de upplever att de flesta personer väljer att vänta på svar från det andra landet. Men personer som behöver få ersättningen tidigare kan ha ett större incitament att välja att enbart söka enligt svenska regler.

I det här sammanhanget kommer det att vara intressant att studera om och på vilket sätt det elektroniska systemet för utbyte av socialförsäkringsinformation inom EU effektiviserar handläggningen. Detta system heter EESSI och ska sätts under 2019.

Försäkringskassans styrande och stödjande dokument är innehållsrika men behöver ses över i vissa delar

Vi har granskat de produktionsprocesser och den vägledning som Försäkringskassan har utformat för att styra och stödja sin handläggning av vårdförmåner i EU/EES och Schweiz. Vi har även granskat kontrollstrukturerna inom området. En kontrollstruktur är ett dokument som beskriver villkoren för rätten till ersättning inom ett visst förmånsområde och de manuella och maskinella kontroller som genomförs för att minska risken för felaktiga beslut eller felaktiga utbetalningar. Syftet med granskningen har varit att undersöka om dokumenten ger förutsättningar för en rättssäker och effektiv handläggning.

Området vårdförmåner i EU/EES och Schweiz är mycket komplext och Försäkringskassan har en mängd olika arbetsuppgifter av varierande art. Det är inte möjligt att samla alla dessa arbetsuppgifter i en process. Istället har Försäkringskassan valt att beskriva handläggningen i tre processer, ett antal arbetsbeskrivningar och manualer.

Vi noterar att dokumenten är innehållsrika och beskriver en komplex verksamhet. Vi bedömer också att de generellt ger ett bra stöd för handläggningen. Men i några delar behöver processerna och kontrollstrukturerna ses över för att säkerställa att de innehåller korrekt och tydlig information och att de är konsekventa.

- Vissa kontroller i processerna saknas i kontrollstrukturerna. Omvänt finns det kontroller i kontrollstrukturerna som saknas i processerna. När kontrollerna är korrekt beskrivna i kontrollstrukturen och inte finns beskrivna någon annanstans kan det försämra rättssäkerheten, eftersom kontrollerna riskerar att inte genomföras i handläggningen. Men det behöver inte alltid vara ett rättssäkerhetsproblem. I några fall anger Försäkringskassan att det är informationen i processerna som är korrekt och det står fel information i kontrollstrukturerna. Då uppstår inte samma risk för att viktiga kontroller missas i handläggningen. Oavsett vilket bedömer ISF att det kan finnas skäl för Försäkringskassan att se över dokumenten och uppdatera dem där det behövs.
- Det finns också exempel på där de olika kontrollstrukturerna värderar riskerna med samma situation på olika sätt. Två kontrollstrukturer räknar det som en nyckelkontroll att kontrollera om den som ansökt är behörig att ansöka, men i den tredje är det inte alls beskrivet som en kontroll, trots att det framgår i processen att detta ska göras. ISF bedömer att Försäkringskassan bör se över detta och uppdatera dokumenten där myndigheten finner att det finns behov.
- Granskningen av processbeskrivningarna inom området visar att de ofta innehåller hänvisningar till var man kan läsa mer för att få stöd vid bedömningar. Men det finns också exempel på när det saknas sådana hänvisningar. ISF bedömer att det finns risk för osäkerhet i handläggningen när hänvisningar finns i vissa avsnitt och inte i andra. Det kan påverka både rättssäkerheten i besluten och effektiviteten i handläggningen.
- Granskningen visar att det finns exempel i processerna på otydligheter om handläggningsmoment. Det handlar om i vilka situationer handläggaren ska ta ställning till om det behövs samråd med en annan aktör, när ett yttrande från försäkringsmedicinsk rådgivare eller försäkringsodontologisk rådgivare ska vara ett underlag för bedömning och om privata tandläkare är part i en av processerna. Otydligheter i processerna kan skapa en osäkerhet hos handläggarna när de gör sina utredningar. I värsta fall kan det leda till att Försäkringskassan inte hämtar in underlag som kan vara väsentliga för att fatta korrekta beslut och att myndigheten fattar beslut utifrån ofullständiga underlag.

Försäkringskassan beskriver inte all handläggning i processerna. ISF har inga synpunkter på det. Men när det gäller den hantering som Försäkringskassan väljer att lämna utanför processerna krävs det att det finns tillgång till stöd när avvikande ärenden dyker upp eller när det finns oklarheter i ärendena. Annars riskerar de svåra ärendena att bli alltför resurskrävande när handläggaren behöver identifiera hur hen ska gå vidare. Granskningen visar att det förekommer att handläggare upplever

att de har fått sämre tillgång till specialister jämfört med tidigare. Det finns olika perspektiv på hur specialisterna bör arbeta för att stödja handläggarna på bästa sätt. ISF har inte granskat detta vidare men vill ändå betona att det är viktigt att handläggarna har tillgång till ändamålsenligt stöd.

Risker i samband med utredning av försäkringstillhörighet

Vår granskning visar även att det finns en risk för att Försäkringskassan baserar beslut om en vårdförmån på inaktuella uppgifter om försäkringstillhörighet, det vill säga vilket lands lagstiftning som personen ska omfattas av. Det kan leda till att fel land blir utpekad som behörig stat och i värsta fall felaktigt får betala för vården. Riskerna uppstår i och med utformningen av ansökningsblanketterna för ersättning i efterhand, förhandstillstånd och förhandsbesked.

Blanketterna frågar inte efter tillräcklig information för att ge indikationer på om några avgörande omständigheter förändrats när det gäller bosättning eller arbete. Därför kan det vara svårt för handläggaren att avgöra om de behöver göra en ny utredning om försäkringstillhörighet.

Försäkringskassan har också en blankett för att ansöka om intyg för vårdförmåner. ISF ser inte samma risk när det gäller den blanketten.

Utformningen av processbeskrivningarna är en annan riskfaktor när myndigheten ska ta ställning till försäkringstillhörigheten, enligt vår bedömning. Det handlar om situationen när den enskilda personen inte har ansökt om intyg via en blankett. Det framgår generellt i processerna att ärendet kan behöva kompletteras för att handläggaren ska kunna göra sin bedömning. Men ISF bedömer att det skulle kunna vara tydligare att underlag behöver hämtas in när den sökande inte använt blanketten för att ansöka, särskilt om ansökan gäller intyg där blanketten efterfrågar utförlig information.

Det uppstår andra risker när personens försäkringstillhörighet faktiskt utreds. Det handlar om att utredningen kan ta lång tid. Under tiden får den enskilda personen vänta på sitt beslut och sin eventuella ersättning, vilket kan få allvarliga konsekvenser för den enskilda personens ekonomi. När det gäller hur Försäkringskassan hanterar intyg inom området internationell vård kan beslut även dröja därför att myndigheten väntar på svar från andra länder, vilket i vissa fall kan ta mycket lång tid. Försäkringskassans arbete med att ansluta sig till EESSI kan vara ett viktigt steg mot mer effektiv handläggning av den här typen av ärenden. Detta arbete syftar till att förenkla för medlemsstater inom EU att utbyta socialförsäkringsinformation.

Två former av fakturering av vårdkostnader

Det finns två olika former av fakturering av vårdförmåner mellan medlemsstaterna i EU/EES och Schweiz. Antingen fakturerar länderna för faktiska kostnader eller genom fasta belopp (schablonbelopp). Vid fasta belopp så behöver inte den behöriga institutionen uppgifter om de enskilda vårdinsatserna och deras kostnader. Istället beräknas ett totalbelopp utifrån uppgifter om hur många personer som har rätt att få sådan vård och en uppskattad vårdkostnad.

Medlemsländer som har rättsliga eller administrativa strukturer som inte lämpar sig för återbetalning i form av faktiska kostnader kan välja att kräva återbetalning i form av fasta belopp för två specifika grupper. De grupper som omfattas av återbetalning i form av fasta belopp är familjemedlemmar till försäkrade personer som inte är bosatta i samma medlemsstat som familjemedlemmarna samt pensionärer och deras familjemedlemmar som är bosatta i ett annat medlemsland. Sverige har valt denna form och det har även Cypern, Irland, Spanien, Portugal och Storbritannien.

Saknas det intyg går Sverige miste om ersättning

Det fasta beloppet ska ligga så nära de faktiska utgifterna som möjligt och återbetalningen får inte grundas på högre taxor än de som gäller för vårdförmåner i övrigt. Det är Administrativa kommissionen inom EU som ska bedöma det underlag som ska användas för att beräkna schablonbeloppet och fastställa dess storlek. Ersättningen utgår i förhållande till hur många personer som har registrerat intyg om rätt till vård (intyg S1) i bosättningslandet. Saknas det intyget går landet miste om ersättning.

Sverige kan inte redovisa de faktiska vårdkostnaderna för de grupper som berörs eftersom landstingen bara behöver kontrollera folkbokföringsuppgifter i samband med vård. Personer som bor och är folkbokförda i Sverige men samtidigt är försäkrade i ett annat medlemsland identifieras inte eftersom de har rätt till sjukvård i Sverige även utan intyg. Det finns heller inte något incitament för landstingen att identifiera dem eftersom det är staten som får intäkterna från faktureringen av fasta belopp.

Försäkringskassans handläggare bedömer att antalet intyg som registrerats är underskattat. Det är också ett rimligt antagande eftersom personerna som borde ha intyg inte har några egentliga incitament att registrera dem, eftersom de får vården ändå. Beloppet som Sverige går miste om för varje oregistrerat intyg är ungefär 32 000 kronor.

Samordning mellan Försäkringskassan och Skatteverket

Analysen visar att en samordning mellan Försäkringskassan och Skattemyndigheten skulle kunna underlätta att identifiera antalet personer som är sjukförsäkrade i ett annat EU/EES-land och Schweiz. Det beror på att personer som flyttar till Sverige måste visa upp en heltäckande sjukförsäkring för Skatteverket för att bli folkbokförda. Informationen finns alltså tillgänglig på Skatteverket, men den förs inte vidare till Försäkringskassan.

Denna information skulle ge Försäkringskassan större förutsättningar att identifiera det korrekta antalet intyg, vilket skulle öka precisionen i faktureringen av fasta belopp. Ett heltäckande register över personer som är folkbokförda i Sverige men som har ett annat EU/EES-land eller Schweiz som behörig stat skulle också ge förutsättningar för hälso- och sjukvården att inte bara kontrollera folkbokföringen vid vårdbesök utan även kontrollera socialförsäkringstillhörigheten via Försäkringskassan. Den kontrollen görs redan i dag inom tandvården. En sådan kontroll skulle även ge förutsättningar att fakturera faktiska kostnader och ersätta landstingen för faktiskt utförd vård. Sverige skulle då tillmötesgå de ambitioner som finns

inom EU:s revisionskommitté att på sikt övergå till att all vård faktureras utifrån faktiska kostnader.

ISF föreslår regeringen att uppdra åt Försäkringskassan se över förutsättningarna för att öka precisionen i antalet personer med registrerade intyg genom ett samarbete med Skatteverket,

Mot bakgrund av de problem som beskrivits i rapporten kring att identifiera enskilda vårdinsatser och vad de kostar är det dock inte självklart för ISF att fakturering av faktiska kostnader är en mer effektiv och rättssäker modell än att beräkna ett fast schablonbelopp.

Behov av förenklingar

ISF:s granskning visar sammantaget att hanteringen av vårdförmåner inom EU/EES medför en omfattande administration och svårbedömda ärenden som Försäkringskassan i samråd med landstingen behöver ta ställning till. ISF har granskat handläggningen givet dessa förutsättningar och har inte närmare analyserat vilka möjligheter det finns till förenklingar av systemet. Exempel på förenklad hantering som redan idag finns på plats är fakturering av fasta belopp för vissa grupper samt avtal om betalningsavståenden som Sverige har med ett antal länder. Överenskommelser mellan landsting och Försäkringskassan vad gäller vissa nödvändig vård är andra exempel på förenklingar som skulle kunna utvecklas.

Förteckningar över vårdutbud liksom transparenta prislister är ytterligare alternativ att undersöka närmare. Dels för att svara upp mot europeiska krav på system som Sverige i nuläget inte lever upp till och dels för att ISF anser att det är eftersträvänsvärt att ytterligare förenkla administrationen inom EU-vården på de områden där det är möjligt.

Rekommendationer

ISF rekommenderar regeringen:

- att utreda förutsättningarna att ta fram förteckningar över vårdutbudet i Sverige som motsvarar kraven i patientrörlighetsdirektivet.
- att undersöka hur Försäkringskassans utredning kan förenklas för att fastställa den vård som tillhandahålls i Sverige. Behovet av förenkling kan påverkas av förändringar i rättsläget och vilken inverkan patientlagen har på ersättningslagen.

Beroende på utvecklingen av rättsläget kan det också finnas skäl att utreda om ersättningslagen behöver ändras för att bättre harmonisera med patientlagen.

- att utreda förutsättningarna för att ta fram transparenta prislister för vården i Sverige, så att ersättningsnivån för vård utomlands regleras i förhållande till svenska prisnivåer.
- att ge Försäkringskassan i uppdrag att utreda förutsättningarna att i samarbete med Skatteverket underlätta identifieringen av antalet personer som är folkbokförda i Sverige men sjukförsäkrade i ett

annat EU/EES-land eller Schweiz. Avsikten är att i ett första steg öka precisionen i faktureringen av fasta belopp, och om identifieringen av intyg är framgångsrik, i ett andra steg även bedöma om det är möjligt och lämpligt för Sverige att övergå till att fakturera faktiska kostnader för all vård.

ISF rekommenderar Försäkringskassan:

- att arbeta för att utveckla uppföljningen när det gäller kostnader för vård utomlands.
- att, i samråd med landstingen, se över hur samarbetet kan förbättras vad gäller ärenden om internationell vård.
- att se över blanketter för att säkerställa att de är utformade så att de så långt som möjligt fångar upp impulser om att en tidigare fastställd försäkringstillhörighet behöver utredas på nytt.
- att säkerställa att i så hög utsträckning som möjligt se till att utredningen av försäkringstillhörighet görs inom rimlig tid.
- att se över kontrollstrukturerna och processerna och säkerställa att de innehåller korrekt och tydlig information och att de är konsekventa.



adress Box 202, 101 24 Stockholm *besöksadress* Fleminggatan 7
telefon 08 58 00 15 00 *fax* 08 58 00 15 90 *e-post* registrator@inspsf.se *webb* www.inspsf.se