

ENTREPRENÖRSKAP OCH UPPHANDLINGAR INOM VÅRD OCH OMSORG

Export av vård- och omsorgstjänster – utvecklingen ur ett europeiskt perspektiv

EU, Belgien, Storbritannien och Tyskland

Export av vård- och omsorgstjänster – utvecklingen ur ett europeiskt perspektiv

EU, Belgien, Storbritannien och Tyskland

R 2008:49

Har du frågor om denna publikation, kontakta

Johanna Essemyr

Telefon 08-681 91 00

E-post johanna.essemyr@nutek.se

© Nutek

Upplaga: 400 ex

Därefter tryck efter behov.

Produktion: Nutek

Stockholm september 2008

Tryck: Danagårds Grafiska

ISSN 1102-2574

Nutek R 2008:49

Förord

Vård och omsorg är en bransch i omvandling. Demografiska förändringar i Sverige och i stora delar av västvärlden gör det troligt att efterfrågan på vård kommer att öka både nationellt och internationellt.

Nutek har i tidigare rapporter och projekt dragit slutsatsen att svenska företag har goda möjligheter till ökad export av vård och omsorgstjänster. Organisatoriska lösningar, kvalitet och goda medicinska resultat gör svensk vård och omsorg intressant för andra länder. Ur detta perspektiv är det europeiska samarbetet särskilt intressant. Kommer EU-samarbetet att påskynda utvecklingen mot en mer internationaliserad vård- och omsorgsmarknad? Genomför andra europeiska länder insatser för att underlätta och främja export av vård och omsorg som Sverige kan lära av?

Denna rapport beskriver översiktligt hur vården organiseras samt några intressanta initiativ med anknytning till export av vård- och omsorgstjänster i de tre länderna Belgien, Storbritannien och Tyskland. Politikområdets utveckling inom EU belyses också liksom aktuella initiativ för att underlätta gränsöverskridande hälsovård.

Nutek har fått i uppdrag av regeringen att i samverkan med Almega, Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet utforma ett handlingsprogram med konkreta insatser för att främja entreprenörskap inom hälso- och sjukvård samt omsorg. Denna rapport ska användas som underlag i arbetet med att föreslå insatser i handlingsprogrammet. Den ger också en bakgrund till frågan om patienters rättigheter i EU som är av intresse för så väl företagare som patienter och medborgare.

Rapporten har författats av Måns Lindberg och Per Tervahauta vid ITPS. Författarna ansvarar själva för innehåll och slutsatser i rapporten. Johanna Essemyr vid Nutek har bidragit med synpunkter under arbetets gång.

Ingela Blixt

Stf generaldirektör

Hanna Sjöberg

Projektledare

Abstract

Different types of cross-border co-operation exist in Europe already today. Often, this kind of co-operation takes place between border regions as a result of strong social, cultural or linguistic ties.

At European level both deregulation and commercialisation of the healthcare sector have been, and still are, controversial issues. For example, this sector was excluded from the service directive in 2006. Meanwhile, the European Court of Justice has recognised healthcare services as something directly linked to the principle of free movement. As an attempt to clarify the legal framework and to remove barriers, the Commission adopted a *proposal for a directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare* in July 2008.

At EU level e-health is considered an important tool which will improve the service development in the healthcare sector. There are several initiatives launched in this area.

This report outlines what actions Belgium, the United Kingdom and Germany have undertaken to stimulate export of healthcare services.

Some of the conclusions are:

- None of the countries within the study has a coherent national policy on export of healthcare services, although the issue is under discussion.
- Uncertainty characterises the free movement of patients within the EU today.
- There exists political controversy on European level regarding some aspects of increased export of healthcare services.
- Once the directive on patients' rights in cross-border healthcare has been adopted, the implications could be of major importance as the healthcare sector is one of the largest industries in the EU in terms of turnover and number of employees. The demand for medical care will increase in the future due to demographic trends.
- The Swedish government should consider developing a political strategy to promote healthcare export, and also to design strategies on how to handle increased patient flows.

This report is supposed to serve as a basis for discussion in Nutek's commission from the government to design a proposal for an action program to increase entrepreneurship in the Swedish healthcare sector.

This commission is carried out in collaboration with the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR), Almega and the Ministry of Health and Social Affairs. The report is also to be used as inspiration for entrepreneurs and others with an interest in the development of the healthcare sector and related services in Europe.

Sammanfattning

Sjukvårdssektorn har länge setts som en kontroversiell fråga när det gäller avregleringar och kommersialisering. På europeisk nivå utslöts exempelvis området från tjänstedirektivet 2006. Samtidigt har domar från EG-domstolen i Luxemburg erkänt vård och omsorg som en tjänst underordnad principen om fri rörlighet. Efter många turer presenterades ett förslag till direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård den 2 juli 2008.

Definitionerna av gränsöverskridande vård är flera. Olika typer av gränsöverskridande samarbete förekommer redan idag i Europa. Ofta sker detta i gränsregioner till följd av starka sociala, kulturella eller språkmässiga band.

På EU-nivå ses e-hälsa som en stark framtidsbransch där mycket av tjänsteutvecklingen inom vården kommer att ske. Man har därför lanserat ett flertal initiativ på området.

Rapporten beskriver vad Belgien, Storbritannien och Tyskland gör för att stimulera export av vård och omsorg. Belgien är en pionjär inom gränsöverskridande vård men samarbetet sker framför allt på regional nivå och mellan sjukhus och försäkringskassor. En nationell strategi för export av vård och omsorg har föreslagits från näringslivshåll men utan att möta stor entusiasm på nationell nivå. Storbritannien är en framstående nation inom life-science, där vårdtjänster ingår, och har utvecklat en nationell strategi för detta. I Tyskland har man nyligen på ministerienivå börjat tänka i termer av att främja tysk sjukvårdsexport. Utvecklingen har dock hittills främst skett på regional- och delstatsnivå.

Av slutsatserna framgår bland annat att:

- Något nationellt politiskt mål eller någon nationell politisk strategi rörande export av vård- och omsorgstjänster har inte kunnat identifieras i något av de aktuella länderna, även om frågan är föremål för viss diskussion.
- En stor osäkerhet råder kring patienters fria rörlighet inom EU och finansieringen av hälsovård vilket förmodligen är en viktig anledning till den relativt begränsade sjukvårdsexport som sker idag.

- Utöver det otydliga regelverket hämmas förmodligen utvecklingen inom sektorn av ett traditionellt ”kostnadsperspektiv” från politiskt håll, där få ser sektorn som en tillväxtbransch utan snarare förknippar sjukvården med stora offentliga kostnader. Denna syn håller dock på att ändras. Andra invändningar mot ökad sjukvårdsexport från politiskt håll är rädslan för att kvaliteten och tillgängligheten ska försämrats för landets egna medborgare.
- Om och när ett gemensamt EU-direktiv för gränsöverskridande sjukvård träder ikraft kan det antas att frågan får en helt annan aktualitet. Sjukvårdssektorn är en av de största branscherna inom EU räknat i omsättning och antal anställda. Behovet av sjukvård kommer dessutom att öka i framtiden till följd av den demografiska utvecklingen.
- Den svenska regeringen bör därför redan idag utforma en politisk strategi för att främja sjukvårdsexport, men även för hur man ska hantera ökade patientströmmar in och ut ur landet för att stå väl förberedda den dag EU når en uppgörelse om ett gemensamt sjukvårdstjänstedirektiv.
- Avslutningsvis, eftersom sjukvård huvudsakligen finansieras via offentliga medel har sannolikt politikerna en större roll att fylla både direkt och indirekt i fråga om att främja svensk sjukvårdsexport.

Innehåll

1	Inledning	1
1.1	Bakgrund	1
1.2	Uppdraget	1
1.3	Metod	1
2	EU-översikt	3
2.1	Bakgrund	3
2.2	EG-domstolens prejudicerande domar	4
2.2.1	Politiska konsekvenser	4
2.2.2	Policyproblem	5
2.3	Direktiv om tillgång till gränsöverskridande hälsovård	6
2.4	Gränsöverskridande hälsovård i sitt juridiska sammanhang	7
2.4.1	Definition av gränsöverskridande samarbete	8
2.5	E-hälsa	12
3	Belgien	15
3.1	Bakgrund	15
3.2	Sjukvårdens organisation	16
3.2.1	Privat kontra offentliga utförare	16
3.2.2	Inga vårdköer	16
3.3	Gränsöverskridande sjukvård	17
3.4	Studie från den belgiska företagsorganisationen FEB-VBO	18
4	Storbritannien	23
4.1	Bakgrund	23
4.2	Internationellt ansedd sjukvård	24
4.3	Medicinsk turism	25
4.4	Exempel på privata aktörer	26
4.5	Ingen nationell politisk strategi för export	26
4.5.1	E-hälsa	27
4.6	Gränsöverskridande sjukvård i Storbritannien	28
5	Tyskland	29
5.1	Bakgrund	29
5.2	Sjukvårdens organisation	29
5.3	Sjukvårdsexport	31

5.3.1	Ingen nationell handlingsplan för sjukvårdsexport__	32
5.4	Delstatliga exportinitiativ_____	34
5.4.1	HealthCapital Berlin-Brandenburg_____	34
5.4.2	Bayern_____	36
6	Slutsatser_____	37
	Referenser_____	41

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Den framtida sjukvården inom EU är ett omdebatterat ämne på europeisk nivå. Den demografiska utvecklingen, tjänstedirektivet, patienternas ökade rörlighet på EU:s inre marknad och frågan om vem som ansvarar för kostnaden för vård utförd i annan medlemsstat har starkt bidragit till ett ökat fokus på frågan. Sjukvårdssektorn tillhör de branscher som idag sysselsätter flest människor inom EU och dess betydelse för den totala ekonomin förutspås växa i takt med att EU:s befolkning blir allt äldre. Behovet av produktivitetsökningar inom vården kommer därmed att öka för att möta den stigande efterfrågan. Kan EU på sikt hålla fast vid 27 olika och från varandra fristående sjukvårdssystem och är detta ens önskvärt?

Problemen och hoten med bland annat ökade sjukvårdskostnader framhålls ofta i den offentliga debatten. Samtidigt innebär olikheterna och sektorns enorma omfattning en potentiell möjlighet som tillväxtmarknad. Den allt djupare europeiska integrationen samt den tekniska utvecklingen gör att sektorn kan spela en allt viktigare ekonomisk roll i framtiden.

1.2 Uppdraget

Som en del i Nuteks regeringsuppdrag om entreprenörskap och upphandlingar inom hälso- och sjukvård samt omsorg ombads ITPS våren 2008 genomföra en studie av vilka policyåtgärder och satsningar som görs i andra europeiska länder för att främja export av vård- och omsorgstjänster. ITPS uppdrag omfattade även att belysa politiken på EU-nivå. Syftet med studien har varit att få idéer till hur politiken kan utformas för att underlätta export- och internationaliseringsfrämjande insatser för svenska vård- och omsorgsföretag och offentliga aktörer.

1.3 Metod

Rapporten baseras till stor del på intervjuer med representanter för branschorganisationer, EU-kommissionen, OECD, myndigheter samt regeringstjänstemän på nationell och delstatlig nivå. Sammanlagt har 16 intervjuer genomförts. Utifrån intervjuerna identifierades Belgien,

Storbritannien och Tyskland som de mest framstående länderna inom området export av vård- och omsorgstjänster.

2 EU-översikt

2.1 Bakgrund

För de flesta EU-medborgare är tillgång till högkvalitativ vård och omsorg en prioriterad fråga. EU:s hälsosektor sysselsätter och utbildar många människor och vård- och omsorgssektorn har sedan år 2000 varit en central drivkraft för servicesektorns expansion (nära 2,3 miljoner jobb).¹ Trots detta uppskattar EU-kommissionen att endast ca en procent av de nationella hälsovårdsbudgetarna inom EU används till gränsöverskridande hälsovård, vilket motsvarar ca 10 miljarder euro.² Den växande hälsosektorn är även en viktig källa till och användare av innovativ teknik samt som stöd till regionalpolitiken och social och ekonomisk sammanhållning. I oktober 2007 antog EU-kommissionen strategin ”Tillsammans för hälsa: Strategi för EU 2008-2013”³. Ett viktigt motiv med denna är att skapa länkar mellan olika sektorer där t.ex. företagssektorn utnyttjas för att utveckla innovationer inom hälsoområdet.

Traditionellt sett har europeisk hälsopolitik varit inklämd mellan EU-fördrag, EG-domstolens prejudikat och medlemsländernas samförståndspolitik. De nationella regeringarna har under lång tid hänvisat till subsidiaritetsprincipen⁴ och länge ansett sjukvården vara ett nationellt ansvar. Hälsoområdet har dock indirekt påverkats av ett flertal EU direktiv, exempelvis det angående erkännande av yrkeskvalifikationer.⁵

Med enhetsakten 1986 utvidgades gemenskapens åtgärder på hälsoområdet (arbetsmiljö, miljö- och konsumentskydd) även om hälsopolitik fortfarande inte behandlades som ett separat politikområde. Unionens kompetens formaliserades genom Maastrichfördraget, bl.a. vad gäller offentlig hälsovård, förebyggande av sjukdomar och principen om subsidiaritet etablerades formellt. Amsterdamfördraget som ratificerades 1999 resulterade bl.a. i att ett nytt generaldirektorat för konsument- och hälsofrågor sattes upp. I det

¹ Employment in Europe 2006, rapport från Europeiska kommissionen

² COM (2008) 415

³ Vitbok ”Tillsammans för hälsa” Strategi för EU 2008-2013 KOM (2007) 630

⁴ Principen innebär att beslut ska fattas på den politiska nivå som anses mest effektiv och som är närmast medborgarna

⁵ 2005/36/EG

föreslagna Lissabonfördraget erkänns EU-medborgarnas rätt till förebyggande hälsovård och medicinsk vård.⁶

I januari 2004 presenterade EU-kommissionen ett förslag till tjänstedirektiv för den inre marknaden med syfte att etablera ett juridiskt ramverk för att eliminera hinder för tjänsters fria rörlighet. Förslaget mötte motstånd från både ministerrådet och EU-parlamentet där kritikerna anförde att hälso- och sjukvård var ett alltför komplicerat och politiskt känsligt område för att klumpas ihop med övriga tjänstesektorer, varför marknadens spelregler inte borde gälla. Följden blev att EU-kommissionen tvingades ta bort alla skrivningar om hälsovård från det nya tjänstedirektivet som presenterades 2006 och ombads istället återkomma med ett sektorspecifikt förslag.

2.2 EG-domstolens prejudicerande domar

Under senare år har den Europeiska gemenskapens domstol (ECJ) i flera uppmärksammade fall bekräftat patienters rätt att söka vård i andra EU-länder. 1998 kom en prejudicerande dom där man slog fast att två medborgare från Luxemburg hade rätt till ersättning för kostnader som uppkommit i samband med enklare ögon- och tandvård som de fått i Tyskland.⁷ Nyckelfallet blev utslaget i fallet Watts från 2006 där brittiskan Yvonne Watts⁸ åkte till Frankrike för en höftoperation för att slippa vänta ett år på operation hemma i Storbritannien. EG-domstolen konstaterade att långa väntetider berättigar patienten till att få vård utomlands ersatt från hemlandet. Genom domen undanröjs det ekonomiska hinder som behandling utomlands innebär för patienten och gör sådan mer tillgänglig. Genom domarna erkänns också vård och omsorg som en tjänst underordnad principen om fri rörlighet. Därmed har vägen öppnats för patienter som söker vård utomlands men också för EU-länder som vill dra till sig utländska patienter.

2.2.1 Politiska konsekvenser

Ur patientens perspektiv har de prejudicerande domarna i EG-domstolen lett till ett invecklat system som bestämmer under vilka förutsättningar europeiska medborgare har rätt att söka vård utomlands med eller utan tillstånd från sin nationella hälsomyndighet. Domarna har också lett till ökad oro bland de olika regeringarna och

⁶ Artikel 35 om hälso- och sjukvård

⁷ Rättsfallen berörde Raymond Kohl och Nicolas Decker

⁸ European Court of Justice, Primary Ruling; The Queen, on the application of Yvonne Watts vs. Bedford

fler har börjat inse både hoten och möjligheterna med den ökade patientrörligheten. Befarade konsekvenser av domarna har varit minskad kontroll över det nationella hälsosystemets gränser och att medlemsländerna inte kan hindra sina medborgare att utnyttja andra hälsosystems tjänster.

Efter domslutet i fallet med Yvonne Watts 2006 efterlyste EU:s hälsoministrar en lösning varpå kommissionen strax därefter inledde ett s.k. offentligt samråd där man lät medlemsstater och andra intressenter lämna sina synpunkter.⁹ Flera problem framkom, bl.a. saknades en klar definition på vad hälsotjänster egentligen omfattar för att kunna skapa juridisk säkerhet för patienter som önskar behandling i en annan medlemsstat. Exempelvis definieras termer som ”medicinsk vård” och ”nödvändig behandling” olika i respektive medlemsland. Ett annat problem som identifierades var att patienter behöver tillgång till grundlig information om möjligheter till behandling utomlands.

Samtidigt föreföll EU kommissionen ta tydlig ställning för att den inre marknaden även ska påverka hälsovård. I ett tal i september 2006 sa EU:s dåvarande kommissionär för konsument- och hälsofrågor, Markos Kyprianou: *”Den inre marknaden är tillämplig på hälsotjänster. Människor kan jämföra priser. Att öppna upp marknaden skulle kunna erbjuda lönsamma möjligheter för privata utförare att locka kunder från hela Europa”*.¹⁰

2.2.2 Policyproblem

Trots flera entydiga domar från EG-domstolen, som bekräftar att enskilda patienter enligt EU-fördraget har rätt att söka vård i andra medlemsstater och få ersättning i hemlandet, är det fortfarande oklart hur principerna bakom domstolens rättspraxis ska tillämpas mer allmänt. Som tidigare nämnts ville EU kommissionen klargöra detta genom att inkludera även hälsotjänster i det kontroversiella tjänstedirektivet våren 2006 men tvingades tänka om och återkomma med ett sektorspecifikt förslag.

⁹ Meddelande angående samråd om gemenskapsåtgärder som rör hälso- och sjukvård, SEC(2006) 1195/4

¹⁰ Tal av dåvarande hälsokommissionären Markos Kyprianou, 5 september 2006

2.3 Direktiv om tillgång till gränsöverskridande hälsovård

Ett förslag till direktiv om tillgång till gränsöverskridande hälsovård skulle ursprungligen ha presenterats i december 2007 men drogs tillbaka till följd av missnöje från politiska grupperingar i Europaparlamentet. Kritikerna menade att EU-kommissionen med förslaget bakvägen försökte liberalisera hälsosektorn. Ett nytt förslag till direktiv om gränsöverskridande vård presenterades av EU-kommissionen den 2 juli 2008 som en del av ett större socialt paket, vilket även inkluderar förbättringar av arbetstagares rättigheter och främjande av bättre utbildningssystem.

Patienters rätt att söka vård i andra EU-länder är ett viktigt led i arbetet med att öka den fria rörligheten i EU. Syftet med förslaget till direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård¹¹ är därför att ge patienterna ökad klarhet, kvalitet och trygghet vid vård utomlands. EU-kommissionens förslag har tre huvudsakliga mål:

- **Gemensamma principer för alla EU:s hälsosystem** där medlemsländerna måste sörja för att vårdsystemen baseras på allmängiltighet, solidaritet och tillträde till högkvalitativ vård. Patienterna måste ges tillgång till information om exempelvis vård och pris. För detta anmodas medlemsstaterna etablera s.k. nationella kontaktpunkter där medborgarna informeras om deras rätt att söka vård utomlands. Varje EU-land måste även se till att patienterna har möjlighet att klaga och att de kompenseras vid felbehandling. Ansvaret för patientsäkerheten och behandlingens kvalitet ligger hos det land där behandlingen utförts. Direktivet stadgar också att alla medlemsländer ska ha tydliga standarder för säkerhet och kvalitet baserat på gemensamt överenskomna EU-principer.
- **Ett särskilt ramverk för gränsöverskridande hälsovård** där patienten har rätt att söka vård utomlands och ersättas för kostnader upp till motsvarande belopp som skulle ha ersatts i hemlandet. Direktivförslaget klargör patientens rättigheter att få vård utomlands och vilka hinder medlemsländerna kan sätta upp för denna rörlighet. EU-medborgare har enligt förslaget rätt till:
 - *Icke-sjukhusbunden vård* såsom tandvård, besök hos optiker eller läkarundersökning i en annan medlemsstat utan förhandstillstånd från hemlandet. Patienten måste dock betala vården ur egen ficka för att därefter söka ersättning från hemlandet. Bara sådan vård ersätts som även skulle ha ersatts i hemlandet.

¹¹ KOM (2008) 414 slutlig

- *För sjukhusvård*¹² har medlemsländerna möjlighet att införa ett system för förhandstillstånd för att få ekonomisk ersättning i två fall: Den första möjligheten är i det fall behandlingen kunde ha utförts och ersatts ekonomiskt i patientens hemland. Den andra möjligheten är om utflödet av patienter är så stort att det hotar antingen finansieringen av det nationella sjukförsäkringsystemet eller planeringen av sjukhuskapaciteten i landet.
- **Europeiskt samarbete på hälsovårdsområdet** framför allt i gränsregioner och för erkännande av läkemedelsrecept. Direktivet stöder bl.a. bildandet av ett europeiskt referensnätverk där specialistcentra i olika medlemsländer kan samarbeta på frivillig basis vilket kan innebära fördelar för patienterna som t.ex. bättre tillgång till specialistvård.¹³

Förslaget berör även främjandet av informationsteknologi och skapandet av samarbetsstrukturer för ny hälsoteknik.

Enligt tjänstemän inom EU-kommissionen kan detta vara början på en lång förhandlingsprocess. Bl.a. har tyska diplomater antytt att man kan komma att ifrågasätta den rättsliga grunden för direktivet. Andra initiala reaktioner pekar på risken för att man på detta sätt skapar klyftor mellan rika och fattiga.¹⁴ Det förefaller osannolikt att EU-parlamentet kommer att ha behandlat färdigt förslaget innan det nyvalda parlamentet är på plats 2009.¹⁵

2.4 Gränsöverskridande hälsovård i sitt juridiska sammanhang

Gränsöverskridande hälsovård är ett komplext område vilket blir än mer uppenbart då man sätter det i sitt juridiska sammanhang. Patienter kan i nuläget få vård utförd i annat land ersatt av hemlandet vid tre typer av omständigheter:

1. Gränsöverskridande hälsovård kan äga rum under så kallad social trygghetskoordination vilket styrs under rådets förordningar No 1408/71 och 574/72 vilka ursprungligen sattes upp för migrerande arbetstagare. Dessa förordningar underlättar också tillfällig och planerad användning av hälsovårdstjänster i en annan medlemsstat än där man bor (t.ex. i samband med semester eller tillfälligt arbete). Det europeiska sjukförsäkringskortet (som ersätter E110, E111,

¹² Inkluderar minst en övernattning enligt EU-kommissionens definition

¹³ IP/08/1080

¹⁴ EurActiv.com, 17 juli 2008

¹⁵ Intervju med tjänstemän på Generaldirektoratet för konsument- och hälsofrågor 080527

E119, E128 och E112 formulären) ger rätt till ersättning under socialförsäkringssystemet. År 2004 moderniserades regelverket för koordinering av social trygghet genom antagandet av förordning (EC) No. 883/04 för att ersätta rådets förordning 1408/71.

2. Patienter kan också röra sig över gränserna då kontrakt om gränsöverskridande hälsovård existerar mellan två aktörer från två länder. De flesta sådana kontrakt är mellan försäkringskassa och utförare eller mellan olika utförare. Dessa kontrakt fungerar utanför rådets förordning 1408/71.
3. Genom rättsfallen Kohll och Decker från 1998 ändrades situationen drastiskt för gränsöverskridande hälsovård i EU. Fallet etablerade en tredje omständighet under vilken patienter kan använda sig av den inre marknadens regelverk för att få tillgång till hälsovård i annat EU land. Domstolens resonemang bygger på antagandet att hälsovård som ges till patienten utanför dess hemland är en ekonomisk aktivitet oavsett vilken typ av vård som ges eller vilken typ av system som efteråt ska ersätta vårdkostnaderna. Domstolen menade emellertid att tillgång till sjukhusvård utomlands visst kunde bli föremål för förhandstillstånd givet hur viktigt det är för medlemsstater att kunna garantera ett rationellt, stabilt, balanserat och tillgängligt utbud av sjukhusjänster hemma genom ett planerings- och kontrakteringssystem. EG-domstolen konstaterade dock att ett förhandstillstånd även i sådana fall bara kan vägras om samma eller lika effektiv behandling kan uppnås utan skälig fördröjning vid en kontrakterad institution i hemlandet.

2.4.1 Definition av gränsöverskridande samarbete

Gränsöverskridande samarbete på hälsoområdet innebär en förflyttning eller utväxling över en nationsgräns. Det finns gott om exempel på gränsöverskridande patientströmmar i Europa som involverar förflyttning, överföring eller utbyte av patienter, utförare, tjänster, finansiering och kunskap. Per definition måste gränsöverskridande samarbete på detta område innefatta minst två hälsovårdsaktörer skiljda åt av en nationsgräns. De kan kategoriseras enligt följande¹⁶:

- *Utförare*: Dessa kan bestå av institutioner (sjukhus och kliniker) eller individer (läkare). I de allra flesta fall inkluderar gränsöverskridande samarbete minst en utförare av vård.
- *Uppköpare*: Utgör normalt del av ett gränsöverskridande avtal där samarbetet inkluderar att förse patienter med medicinsk vård. I detta fall är den finansierande institutionens roll att täcka

¹⁶ Intervju med Matthias Wismar, European Observatory of Health Systems and Policies, 080428

vårdkostnaden för patienter som inte hör till det system där vården levereras.

- *Offentliga myndigheter:* Fastställer det rättsliga ramverk inom vilket det gränsöverskridande samarbetet äger rum. De kan också vara direkt inblandade i det praktiska arrangemanget vid gränsöverskridande överföringar.
- *Mellanhänder:* Dessa kan utgöra en del av samarbetet som förmedlare mellan samarbetande partners.

En vanlig orsak till att gränsöverskridande vård uppstår är de geografiska förutsättningarna. Avstånd är en given komponent som påverkar hur samarbetet organiseras. En kanske än viktigare orsak är gränsernas karaktär. Gränsöverskridande samarbete kan äga rum mellan två angränsande länder eller mellan två länder som ligger längre från varandra. I de fall länderna delar gräns kan det finnas en interregional kultur som sträcker sig över gränsregionen. I fall där utbyte och rörlighet är särskilt intensivt kan det hända att gränsen inte uppfattas som just sådan och att människor pendlar över den för arbete, fritid, sociala aktiviteter och hälsovård. När befolkningen i gränsregioner delar en gemensam identitet kan de anses utgöra en gränsöverskridande gemenskap. Vikten av kulturella och historiska länkar, språk, det geografiska landskapet eller avstånd bidrar till ”flytande” eller ”stelnade” gränser där den förra karaktäriseras av få eller inga hinder för gränsöverskridande samarbete och utbyte medan den senare karaktäriseras av administrativa, fysiska och kulturella barriärer.¹⁷ Den typ av tjänster som rör sig över gränserna kan karaktäriseras som någon av nedanstående faktorer eller en kombination av dessa:¹⁸

- *Patienters rörlighet* involverar överföring, utbyte etc. av patienter från ett system till ett annat. Exempel på ett tillfälligt samarbete: I Öresundsregionen ingick 2001 Lunds universitetssjukhus ett avtal med Gentofte sjukhus i Danmark om att tillåta 60 patienter genomgå by-pass operationer i Danmark på grund av rekryteringsproblem och underbemanning.

Exempel på långsiktigt samarbete: Sedan 1998 finns ett utbyte mellan Södra Jutland i Danmark och tyska sjukhus i Schleswig-Holstein där danska cancerpatienter har haft möjlighet att få strålbehandling i Flensburg. Idag har samarbetets utsträckt till andra områden bl.a. akutsjukvård och mödravård.

¹⁷ Glinos och Baeten (2006)

¹⁸ ”Cross-Border Healthcare” Mapping and analysing Health Systems Diversity” Rapport från European Observatory on Health Systems and Policies (ännu inte officiell)

- *Överföring eller utbyte av anställda inom vårddyrket* kan antingen vara för att leverera vård eller för att växelverka med kollegor i ett annat land, t.ex. genom gemensam vidareutbildning och erfarenhetsutbyte.

Exempel: I gränsregionen mellan Nederländerna, Belgien och Tyskland deltar fyra psykiatriska sjukhus i utbildningsprojektet Chronos. Två gånger per år arbetar psykiatristudenter tre veckor vid något av de andra instituten.

- *Utbyte av tjänster* innebär att dessa flyttas över gränserna utan att patienter eller utförare flyttar med. Normalt sker detta elektroniskt över Internet och inkluderar t.ex. informationsöverföring, expertkunskap, laboratorietjänster eller analys av röntgenbilder.

Exempel: Tusentals röntgenbilder, ultraljudsbilder och resultat från strålbehandlingsundersökningar i Sverige, Norge, Storbritannien och Spanien skickas idag för diagnos till en grupp specialister vid företaget Telemedicineclinic i Barcelona.

- *Multipla överföringar och simultana rörelser* kan förekomma när gränsöverskridande samarbete innebär att både patient och utförare är mobil. Det är normalt fallet när samarbetet baseras på ömsesidig nödhjälp, t.ex. ambulansservice.

Exempel: Avtal om räddningstjänst finns mellan flera europeiska regioner. Vid den fransk-tyska gränsen har ett sådant samarbete pågått mellan Lorraine och Saarland under flera år. Medan det skulle ta tysk räddningstjänst ca 20 minuter för att nå en viss tysk kommun tar det bara en minut för de franska kollegorna. Samma typ av ambulanssamarbete existerar mellan Övertorneå i Sverige och Ylitornio i norra Finland.

- *Överföring eller utbyte som involverar resursgenerering* kan antingen vara överföring av finansiella medel i syfte att skapa och dela fysiska resurser såsom medicinsk utrustning, eller överföring och utbyte av information, erfarenheter och kunskap för att underlätta gränsöverskridande samarbete.

Exempel: Ett bilateralt avtal ingicks 2003 mellan hälsoministrarna i Belgien och Storbritannien om att främja närmare samarbete på hälsoområdet i syfte att optimera den effektivaste användningen av resurser och kompetens.

Vanliga motiv till att inrätta gränsöverskridande hälsovård är att:

- Minska vårdköer
- Ge tillgång till hälsovård närmare hemmet

- Ge tillgång till specialistvård som inte finns tillgänglig nära hemmet
- Uppnå skalfördelar
- Öka inkomst och/eller status
- Lära från goda exempel
- Positionera sig internationellt
- Öka konkurrensen och bryta inhemska monopol
- Sända ut en politisk signal
- Skapa ett bredare samarbete, t.ex. för att uppnå mer regional integrering
- Attrahera EU finansiering
- Öka valmöjligheterna för patienten

Systemfaktorer

Litteraturen visar att skattefinansierade hälsovårdssystem (NHS) med större sannolikhet organiserar gränsöverskridande samarbete genom nationella överenskommelser för patienters rörlighet än sjukförsäkringsbaserade system (SHI). Sådana ingår för att angripa kapacitetsproblem i det nationella systemet, antingen relaterat till kvantiteten av tjänster eller typen av tjänster som erbjuds. Medan NHS system verkar mer benägna till underkapacitet karaktäriseras sjukförsäkringsbaserade system (SHI) av en tendens mot överutbud i hälsosektorn, vilket innebär att vårdutförare kan ha möjlighet att absorbera också utländska patienter.

En annan faktor som sannolikt stimulerar gränsöverskridande samarbete är verksamhetsbaserad sjukhusfinansiering och konkurrens mellan utförare. Läkares ersättning är ytterligare en faktor som kan påverka enstaka utförares deltagande i gränsöverskridande samarbete. S.k. fee-for-service ersättning till läkare innebär att dessa får ett direkt finansiellt incitament att behandla fler patienter. Motsatt gäller att lönebaserad ersättning till läkare kan avskräcka från deltagande i ett gränsöverskridande samarbete om detta bara ses som ”extra arbete”.¹⁹

Kontextuella faktorer

Befolkningens storlek kan spela in då mindre länder kan tänkas besluta att inte tillhandahålla dyrbar specialistvård på sitt nationella territorium. Istället kan dessa patienter skickas utomlands. Malta, Cypern, Island och Luxemburg utgör några sådana exempel.

¹⁹ Idem

Geografiska och kulturella faktorer

Ett lands eller en regions geografiska belägenhet utgör också en bidragande faktor. Ofta går en internationell gräns tvärs igenom en region eller ett samhälle där människorna på båda sidor om gränsen betraktar sig själva som en enhet. Antalet gränser som landet eller regionen har spelar naturligtvis också roll.

Flytande eller stela gränser

En flytande gräns är fysiskt och geografiskt enkel att korsa, utgör inte ett administrativt hinder och ses därför inte som en gräns i sig. Stela gränser, å andra sidan, karaktäriseras av geografiska eller naturliga inslag som skapar en fysisk åtskillnad (t.ex. berg eller vattendrag), omfattande administrativa passeringsprocedurer och att befolkningen på båda sidor gränsen känner främlingskap inför varandra (t.ex. därför att man talar olika språk).

Regionalism och politisk vilja

Detta är t.ex. fallet i Baskien som sträcker sig över flera nationsgränser i Pyrenéerna.

Språk och kultur

Att tala samma språk innebär att förstå vad andra säger medan att dela samma kultur innebär att förstå vad andra menar.

Politiska, administrativa och rättsliga strukturer

Otydlighet kan allvarligt hindra samarbete, särskilt om det finns osäkerhet om huruvida ansvaret för att ingå avtal ligger på federal, regional eller lokal nivå.

2.5 E-hälsa

Ny teknik kan revolutionera hälso- och sjukvården och bidra till långsiktig hållbarhet. E-hälsa kan bidra till bättre individcentrerad vård och även lägre kostnader och samverkan över nationsgränserna, vilket främjar såväl patienttrörlighet som patientsäkerhet.²⁰

E-hälsovård kan definieras som innefattande något av följande relaterade områden:²¹

²⁰ Vitbok "Tillsammans för hälsa" Strategi för EU 2008-2013 KOM (2007) 630

²¹ Accelerating the Developing of the eHealth Market in Europe, eHealth Taskforce report 2007

1. Kliniska informationssystem.
2. Telemedicin²² och vård i hemmet.
3. Integrerade regionala/nationella nätverk för hälsoinformation och spridda elektroniska hälsoförteckningssystem och tillhörande tjänster som t.ex. elektroniska recept.
4. Sekundära icke-kliniska användarsystem som t.ex. system för hälsoutbildning, specialiserade system för forskare, insamling om folkhälsotal och övriga stödsystem.

Hälsosektorn inom EU sysselsätter närmare tio procent av alla yrkesverksamma och svarar för närmare nio procent av BNP.²³ På grund av bl.a. en åldrande befolkning beräknas utgifterna på hälso- och sjukvårdområdet uppgå till 16 procent av BNP i OECD länderna år 2020.²⁴ E-hälsoindustrin inom EU-15 omsatte närmare 21 miljarder euro 2006.²⁵ Områden med särskilt stark tillväxt är specialiserade e-hälsovårdstjänster (punkt 1-3 ovan) såsom e-recept, elektroniska hälsojournaler, teleövervakning och vård i hemmet. e-hälsovård kan bidra till att ge mer vård för mindre pengar. Utan stora reformer, bl.a. en bättre användning av e-hälsovård, väntas kostnaderna för hälso- och sjukvården fortsätta att öka. Även om stora satsningar på IT gjorts inom hälsoområdet släpar IT-investeringarna efter andra tjänstesektorer. En orsak kan vara att det ofta är svårt att genomföra tekniska och organisatoriska lösningar eftersom marknaden är så fragmenterad, bl.a. till följd av olika sociala trygghetssystem och bristande samverkansförmåga mellan EU-länder. Fördelen med e-hälsovård är att den minskar hindren och möjliggör för vårdgivare (myndigheter och sjukhus) från olika medlemsländer att arbeta närmare tillsammans.

År 2004 antog EU kommissionen en handlingsplan för e-hälsovård²⁶ vilken uppmanar medlemsländerna (och EU-kommissionen) att påskynda utveckling och spridning av e-hälsovårdssystem. Planen syftar till att intensifiera samarbetet mellan nationella myndigheter med visionen att skapa ett europeiskt e-hälsoområde där den enskilde medborgarens geografiska belägenhet påverkar vårdens kvalitet minimalt. Ett konkret resultat av handlingsplanen är att alla EU:s medlemsstater nu publicerat färdplaner för utveckling av e-hälsovård.

²² Avser själva tillhandahållandet av kliniska tjänster

²³ Accelerating the Developing of the eHealth Market in Europe, eHealth Taskforce report 2007

²⁴ Price Waterhouse Coopers study, Health forecast 2020: Creating a Sustainable Future, 2006

²⁵ Health Information Network Europe report 2006 – European eHealth forecast

²⁶ KOM (2004) 356

E-hälsovård är också en integrerad del av EU-initiativet i2010. Det är ett politiskt ramverk som strävar mot att främja en öppen och konkurrenskraftig digital ekonomi, IKT-relaterad forskning liksom applikationer för att förbättra socialt inkluderande, samhällsservice och livskvalitet.

I januari 2006 rekommenderade den s.k. Aho rapporten ”Creating an Innovative Europe”²⁷ ett mer målmedvetet utvecklande av innovationsvänliga marknader. Särskild vikt lades vid informations- och kommunikationsteknologi (IKT) för att angripa utmaningarna inom hälsosektorn och e-hälsovård pekades ut som ett nyckelområde. EU-kommissionen lanserade senare ett s.k. Lead Market Initiative (LMI)²⁸ med syfte att underlätta skapandet och marknadsföringen av nya innovativa produkter och tjänster inom lovande sektorer. Sex marknader med potential att bli LMI har identifierats varav e-hälsovård är ett. För detta område finns en handlingsplan som tar upp möjliga förbättringar som kan genomföras vad gäller regleringar, standardisering, certifiering och offentlig upphandling. Ett antal särskilda aktiviteter har förslagits för att främja detta område under fyra rubriker: Att reducera marknadsfragmentisering, att öka interoperabiliteten, att förbättra den rättsliga säkerheten och konsumenternas acceptans, att optimera finansieringsmöjligheterna och att förbättra offentlig upphandling.²⁹

Ett stort problem som identifierats, vilket rör utnyttjandet av e-hälsovård inom EU, är avsaknaden av interoperabilitet hos system och tjänster som t.ex. elektroniska sjukjournaler. Utvecklandet av interoperativa hälsovårdssystem inom EU-27 är en av prioriteringarna i den ovan nämnda handlingsplanen för hälsovård. Ett offentligt samråd på detta område ägde rum 2007 vilket ledde fram till att EU-kommissionen den 2 juli 2008 publicerade en rekommendation om interoperabilitet inom e-hälsovård³⁰. Där skisseras på åtgärder EU:s medlemsländer bör vidta för att skapa kompatibla system för elektroniska patientjournaler. En uttalad ambition är också att ge patienten tillgång till informationen i den elektroniska journalen när som helst och var som helst.

²⁷ http://ec.europa.eu/invest-in-research/pdf/download_en/aho_report.pdf

²⁸ KOM (2007) 860

²⁹ Accelerating the Developing of the eHealth Market in Europe, eHealth Taskforce report 2007

³⁰ 2008/594/EG

3 Belgien

3.1 Bakgrund

Belgien är en konstitutionell monarki med tre styrelsenivåer – federal, regional (tre regioner och tre språkgemenskaper) och lokal (provinser och städer). Antalet invånare var 10,5 miljoner 2007. År 2004 uppgick de totala utgifterna på hälsoområdet till 9,3 procent av BNP vilket placerade landet på sjunde plats inom EU 27.³¹ Belgiens sjukvårdssystem karaktäriseras av stor tillgänglighet och hög kvalitet. Med en läkartäthet på fyra läkare per 1000 invånare hamnar landet mycket över genomsnittet inom OECD³² och även över snittet i EU-25 på 3,5 procent³³ (1 januari 2007).

Den federala regeringen är bl.a. ansvarig för reglering och finansiering av den obligatoriska sjukförsäkringen och finansieringen av sjukhus. Regionerna är t.ex. ansvariga för främjande av hälsa, mödravård och olika aspekter av äldreomsorg. Basen för det belgiska hälsosystemet är principerna om valfrihet och lika tillgång till vård och omsorg tillsammans med en bismark-typ³⁴ av obligatorisk nationell sjukförsäkring vilken täcker hela befolkningen och innehåller ett brett paket av förmåner. De flesta belgare har tillgång till högkvalitativ hälsovård vilken huvudsakligen finansieras genom sociala avgifter (2005 stod dessa för 74,8 procent av finansieringen³⁵).

Den obligatoriska sjukförsäkringen kombineras med ett övervägande privat system för utförare av vård och omsorg som bygger på oberoende medicinsk praktik, fritt val av läkare och avgiftbaserad betalning. Hälsosystemet är offentligt finansierat men mestadels utfört i privat regi där majoriteten av läkare, tandläkare och apotekare är egenföretagare och får betalt enligt en taxa beroende på utförd service (fee for service). Alla individer som är berättigade till sjukförsäkring måste registrera sig hos en lokal sjukkasse.

Patienter i Belgien deltar i finansieringen av hälsovård via a) egna bidrag av vilka patienten betalar en fast del av tjänstens totala kostnad och där tredje part täcker mellanskillnaden och b) genom

³¹ WHO Regional Office for Europe, January 2007

³² OECD health Data 2007

³³ European Observatory on Health Systems and Policies 2007

³⁴ Tillgången till hälso- och sjukvård är nära knutet till arbetsbegreppet

³⁵ European Observatory of Health Systems and Policies 2007

medförsäkring för vilken patienten betalar en viss fast andel och tredje part resterande mellanskillnad. Återbetalning sker via lokala sjukkassor och beror på typen av vård, vårdgivarens juridiska status och den försäkrades juridiska status. Det finns två typer av betalningssystem; ett återbetalningssystem för vilket patienten betalar den fulla kostnaden för erhållen vård och sedan får en del av denna ersatt av sjukkassan, dels ett tredjepartssystem för vilket sjukkassan direkt betalar utföraren medan patienten bara betalar medförsäkringen.

3.2 Sjukvårdens organisation

I Belgien kan sjukhus delas in i två kategorier: allmänna och psykiatriska sjukhus. Den allmänna kategorin består av akutsjukhus, specialiserade sjukhus och geriatriska sjukhus. De flesta sjukhus är privata (70 procent) och ägs av religiösa välgörenhetsorganisationer, universitet och sjukkassor. Såväl privata som offentliga sjukhus är icke-vinstdrivande och lyder under samma lagstiftning och finansieringsmekanismer.

3.2.1 Privat kontra offentliga utförare

Sjukhusvård ges av antingen privata icke-vinstdrivande sjukhus eller offentliga sjukhus. Den belgiska marknaden är i princip öppen för privata utländska vård- och omsorgsföretag men marknaden kan för den skull inte betecknas som liberaliserad. Ett utländskt vård- och omsorgsföretag kan bara etablera sig på den belgiska marknaden om ett specifikt behov identifierats. I detta fall krävs också att företaget uppfyller fastställda krav på vårdkvalitet etc. samt att tillstånd inhämtats från regionen. Dessutom måste företaget enligt lag registreras i den belgiska bolagsformen asbl vilket innebär att det visserligen får gå med vinst men att denna måste återinvesteras i den egna verksamheten.³⁶

3.2.2 Inga vårdköer

Det finns idag ett överutbud av läkare, tandläkare och sjukgymnaster i Belgien liksom en överkapacitet på vårdplatser. Detta har medfört att vårdköer är ett okänt begrepp. Antalet praktiserande läkare har närmast dubblats under de senaste 25 åren från 22 763 år 1980 till 42 176 år 2005. En starkt bidragande orsak till överutbudet är det tidigare nämnda fee for service systemet. För att minska

³⁶ Intervju med Christian Thijs, Rådgivare hos den belgiska hälsoministern Laurette Onckelinx, 080612

överkapaciteten vill regeringen att existerande sjukhus satsar mer på geriatrik och att antalet sängplatser för kirurgi, internmedicin och pediatrik reduceras.³⁷

3.3 Gränsöverskridande sjukvård

Patientrörligheten till och från Belgien är mer omfattande än i de flesta andra EU-länder och landet är en nettoimportör av utländska patienter.³⁸ Detta har särskilt varit fallet i områden med likartad kultur och språkbakgrund t.ex. mellan Flandern och Nederländerna och mellan Vallonien och Frankrike. Idag behandlas årligen 35 000 utländska patienter vid belgiska sjukhus.³⁹ Landet har på grund av sin storlek, geografiska läge och utbud av högkvalitativ vård varit en pionjär vad gäller gränsöverskridande sjukvård. Dock förblir andelen patienter som rör sig över gränserna marginell fram till idag (liksom i övriga europeiska länder). År 2002 representerade andelen icke-registrerade utländska medborgare i Belgien som sökte vård på belgiska sjukhus endast 0,58 procent av det totala antalet sjukhusbesök.

De flesta utländska patienter kommer från Nederländerna (ca 60 procent). Flera olika initiativ har under de senaste decennierna tagits för att underlätta tillgång till gränsöverskridande sjukvård mellan Nederländerna och Belgien. Ett sådant finns i den nederländska regionen Zeeuws-Vlaanderen där invånarna sedan 1978 haft möjlighet att söka specialistvård på belgiska sjukhus. Ett annat exempel är Euregio Meuse-Rhine som täcker delar av Nederländerna, Belgien och Tyskland och där patienter från de tre länderna sedan år 2000 kan få fördefinierad gränsöverskridande läkarvård.

I Flandern representerar nederländare upp emot 87 procent av det totala antalet utländska patienter. De holländsk/belgiska gränserna är bland de mest aktiva europeiska regionerna avseende gränsöverskridande hälsovård i EU och mer än 31 olika samarbeten har identifierats.⁴⁰ Särskilt noterbara är de kontrakt som existerar mellan holländska försäkrare och belgiska sjukhus. Från början verkade dessa under rådets förordning 1408/71 men idag fungerar kontrakten i vissa fall även utanför detta regelverk. Standardiserade holländska kontrakt används som bas där försäkraren och utföraren kommer överens om vilka behandlingar och typ av vård som ska ingå i

³⁷ Idem

³⁸ Den belgiska regeringens svar på EU-kommissionens offentliga samråd om gemenskapsåtgärder rörande hälso-tjänster

³⁹ Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) 2006

⁴⁰ Health Access Project

avtalet. Priser, medicinska standards och rättsliga aspekter baseras på belgisk praxis även om de belgiska myndigheterna inte är direkt involverade. Den behöriga holländska myndigheten övervakar kontraktet och den största belgiska sjukkassan är med för att se till att avgifterna stämmer med belgiska avgifter.⁴¹

Ett annat exempel är samarbetet med Storbritannien där brittiska NHS år 2002 upphandlade sjukvårdstjänster på europeisk nivå.⁴²

Vårdutförare som erbjöd kvalitet till ett bra pris valdes ut och där ingick flera belgiska sjukhus. Kontrakten med de belgiska sjukhusen rörde enbart höft- och knäoperationer för vilka det var lång väntetid i Storbritannien. 600 brittiska patienter behandlades mellan maj 2003 till september 2004 då flödet av patienter upphörde på grund av utebliven finansiering från NHS.

Det finns i Belgien exempel på att sjukhus har ändrat sina procedurer efter att ha behandlat utländska patienter. Exempelvis rekryterade ett belgiskt sjukhus, som hade ett gränsöverskridande vårdkontrakt med ett holländskt universitetssjukhus, en ny s.k. patientinformatör vilket är praxis i Nederländerna. Ett annat belgiskt sjukhus rapporterade att de mer systematiskt och på ett tidigare stadium börjat kontakta sociala myndigheter innan holländska patienter skrevs ut och att denna procedur även hade påverkat deras inställning vad gäller utskrivningsprocedurer för belgiska patienter.⁴³

3.4 Studie från den belgiska företagsorganisationen FEB-VBO

I flera västeuropeiska länder såsom Nederländerna och Storbritannien har en bristande tillgång till vissa specialistbehandlingar uppstått vilket medfört växande vårdköer. Det politiska och opinionsmässiga trycket för att minska dessa har gradvis ökat vilket lett till att man sett sig om efter möjliga utförare utomlands. I flera fall har valet fallit på Belgien. En tänkbar förklaring är att Belgien anses ha ett rikt hälsovårdsutbud. Tack vare finansieringssystemets konstruktion med s.k. ”fee for service” är vårdgivarna måna om att utföra så mycket vård som möjligt, även av utländska patienter. Flera belgiska sjukhus har därför slutit avtal med vårdupphandlare i t.ex. Nederländerna och Storbritannien. Belgiska myndigheter har å sin sida varit noggranna med att skydda det belgiska systemet så att

⁴¹ Intervju med M.van Riesmal, Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) 080613

⁴² The London Patient Choice Project

⁴³ Glinos, I. A., Boffin, N. en Baeten, R. (2005)

gränsöverskridande kontrakt inte resulterar i ökande priser eller växande vårdköer.

Antalet utländska patienter som behandlas på belgiska sjukhus ökar stadigt. Från att ha behandlat 12 000 år 1999 behandlades 25 000 per år 2003 till 35 000 idag. Ökningen gäller framför allt inflödet av patienter från Nederländerna men också från andra länder. En anledning är att det nu inte bara är patienter som på eget initiativ korsar gränsen utan att utländska köpare av hälsovård sluter avtal med belgiska sjukhus för att behandla sina anslutna medlemmar. Mot denna bakgrund föreslog belgiska företagsorganisationen FEB-VBO i en studie från 2006 att mottagande och behandling av utländska patienter ska göras till en framtida exportprodukt. Studien mynnade ut i en vitbok⁴⁴ för att utveckla Belgiens internationella vård- och omsorg. Universitetsvärlden, hälsosektorn, näringsliv, sjukförsäkring och ministerier var involverade under arbetets gång. Det ska dock betonas att initiativet till Dare & Care kom från FEB-VBO. Fördelarna med internationaliseringen av vård- och omsorgssektorn i Belgien anges i studien till:

- Möjligheten att skapa nya arbetstillfällen inom såväl som utanför vård- och omsorgssektorn vilket stimulerar ekonomin. Större omsättning hos sjukhusen skapar jobb hos underleverantörer, t.ex. tillverkare av medicinsk utrustning och läkemedel. Även andra sektorer såsom turism, försäkring, konstruktion och distribution beräknas påverkas positivt.
- Hälso- och sjukvård som traditionellt varit en utgiftspost i statsbudgeten kan också bli en intäktspost. Genom att attrahera utländska patienter uppnås en inkomstkälla och en möjlighet till att skapa arbetstillfällen
- Skapande av skalfördelar: Utländska patienter kan absorbera en del av överkapaciteten i belgiska sjukhus.
- Inflödet av utländska patienter bidrar positivt till kompetensen hos belgisk medicinsk personal. Sektorn får ekonomiska medel att utvecklas snabbare mot att bli en av de mest avancerade i världen.

Vitboken identifierar två framtidsområden för internationalisering av belgisk sjukvård: Det första handlar om att från Belgien behandla utländska patienter medan det andra rör behandling av utländska patienter på belgiska sjukhus.

Vad gäller det första området så ligger fokus på ”telemedicin” där man kombinerar medicinsk expertis med teknologisk kunskap. Flera belgiska företag är idag pionjärer inom detta område. Ett exempel är

⁴⁴ Dare & Care – Developing Belgium’s international medical services

företaget Eurad consult som etablerades 2001 och som erbjuder analys av röntgenbilder. Dessa skickas elektroniskt från utlandet för analys av belgiska läkare. Köpare av tjänsterna finns särskilt i länder med långa väntelistor orsakade av brist på röntgenläkare såsom Spanien, Storbritannien, Frankrike och USA.

Enligt vitboken finns kapacitet för att behandla ytterligare 50 000 utländska patienter per år. En marknadsundersökning från universitetet i Gent⁴⁵ visar att den potentiella marknaden är omkring 100 000 europeiska patienter per år. Också patienter utanför Europa identifieras som potentiella målgrupper och då särskilt från Kanada, USA, Mellanöstern och Afrika.

Marknadsföring av belgisk vård nämns likaså som en viktig beståndsdel och det främsta säljargumenten föreslås till ”högkvalitativ medicinsk vård till låga priser”. På detta område har vitboken redan gett resultat i form av bildandet av webportalen ”Healthcare Belgium”⁴⁶ 2007. Det är en icke-vinstdrivande opolitisk sammanslutning bestående av 11 av de största och mest framstående belgiska sjukhusen inom olika specialiteter med stöd från FEB-VBO och företaget Agfa healthcare. Målet för Healthcare Belgium anges till:

- Att göra Belgien känt som ett medicinskt center av hög kvalitet.
- Att främja utvecklingen av belgisk telemedicin internationellt.
- Att erbjuda information om belgisk hälsovård till utländska patienter och utförare av hälsovård på ett etiskt och koordinerat sätt. Syftet ska vara att garantera att utländska patienter kan förlita sig på tjänster av hög kvalitet och att de vårdas på ett professionellt sätt från initial kontakt till repatriering.

Då en förutsättning för den föreslagna strategin är att den inte ska inverka negativt på belgarnas tillgång till hälsovård föreslår vitboken att en särskild myndighet inrättas. Denna ska vara oberoende och bevaka hur de belgiska patienterna påverkas. Då så är nödvändigt ska inflödet av utländska patienter kunna styras.

Vitboken har fått ett blandat mottagande från politiskt håll i Belgien. Delen om telemedicin som en framtidsbransch togs väl emot. Vad gäller rekommendationen att aktivt främja mottagandet av utländska patienter höll politikerna dock inte med eftersom de menar att allt beror på efterfrågan på sjukvård inom landet. Visserligen finns det

⁴⁵ Utfördes under ledning av professor Paul Gemmel vid Vlerick Leuven Gent Management School 2006

⁴⁶ www.healthcarebelgium.com

överkapacitet, och många utländska patienter tas redan emot, men av politiska skäl går det inte att aktivt främja detta på det sätt som föreslås.⁴⁷ Den befarade risken är att det blir mer lönsamt att arbeta med utländska patienter vilket kan skapa problem för de belgiska patienterna. Det belgiska hälsoministeriet har ambitionen att i framtiden bygga upp ett system så att sjukhus kan förse myndigheterna med siffror om antalet behandlade utländska patienter.

⁴⁷ Intervju med Christian Thijs, Rådgivare hos den belgiska hälsoministern Laurette Onckelinx, 080612

4 Storbritannien

4.1 Bakgrund

Storbritannien är en konstitutionell monarki och unionsstat med ca 58 miljoner invånare. Hälsovårdssystemet vilar på principen om allmän tillgång till vård- och omsorg utan koppling till arbetsbegreppet.⁴⁸ 2004 uppgick de totala utgifterna på hälsoområdet till 8,1 procent av BNP vilket placerade landet på elfte plats inom EU-27.⁴⁹ Statistiken visar att utgifterna ökat stadigt under de senaste 15 åren. År 1994 var motsvarande siffra 6,9 procent. Den privata andelen har hela tiden legat runt 1,3 procent.⁵⁰ Finansieringen sker i huvudsak via skattesedel. Det årliga beloppet allokerat till utgifter på hälsoområdet bestäms av en begränsad budget som röstats igenom av parlamentet. På lokal nivå ligger ansvaret för att köpa upp hälso-tjänster hos lokala enheter (i England Primary Care Trust). Sjukhus är för det mesta offentligt ägda. Privata sjukhus erbjuder i huvudsak service till patienter med privat försäkring och patienter som är redo att betala ur egen ficka. Alla legalt bosatta personer i Storbritannien täcks av den nationella hälso-tjänsten (NHS). Därutöver har medborgare från det europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EEA) liksom medborgare från andra länder med vilka Storbritannien ingått ömsesidiga avtal rätt till sjukvård.

Sjukvårdssystemet i Storbritannien karaktäriseras idag av en kapacitetsbrist vilket lett till långa vårdköer. Detta har medfört att patienter i vissa fall skickats utomlands för specialiserad vård (mer om detta längre fram). Marknaden har under de senaste 5-10 åren konsoliderats men andelen privata vårdgivare står fortfarande för endast ca tio procent. Det finns i princip inga hinder för privata företag (inhemska eller utländska) som vill utföra offentligt finansierad vård. NHS upphandlar regelbundet privata vårdtjänster. Antalet privata icke-vinstdrivande sjukhus är mycket begränsat⁵¹.

⁴⁸ Systemet kallas Beveridgiens. Det tillämpas i sin centraliserade version i Storbritannien och Irland och i en mer decentraliserad version i de nordiska länderna och medelhavs-länderna Grekland, Spanien och Portugal

⁴⁹ WHO Regional Office for Europe, January 2007.

⁵⁰ NHS confederation 2008

⁵¹ Intervju med Nigel Edwards, NHS, 080605

4.2 Internationellt ansedd sjukvård

Life science är en av Storbritanniens starkaste sektorer. Den sysselsätter ca 400 000 människor och bidrar med tiotals miljarder pund till statskassan. År 2006 såldes exempelvis läkemedelsprodukter utomlands för mer än 12 miljarder pund medan exporten av vård och omsorgstjänster uppgick till 1,5 miljarder pund.⁵² Storbritannien är även världsledande inom forskning, utveckling och innovation och är hemvist för några av världen mest välrenommerade vetenskapsmän och innovatörer. Med endast en procent av världens befolkning utförs fem procent av forskningen och genereras 12 procent av citerade artiklar i vetenskapliga tidskrifter.⁵³ För den brittiska hälsosektorn är The National Health Service (NHS) en tillgång vid internationell marknadsföring genom sitt goda rykte för högkvalitativ vård.⁵⁴ Särskild kompetens finns inom avancerad skadebehandling, diagnostik och ortopedi. Brittiska hälsovårdskonsulter har varit speciellt framgångsrika på utländska marknader där de kunnat dra nytta av erfarenheterna från att ha arbetat nära NHS och den brittiska regeringen. Projekten har varierat alltifrån att ge regeringar råd om hur hälsovård skall organiseras till modeller för sjukhuskonstruktion baserat på det s.k. UK Private Finance Initiative (PFI)⁵⁵. Ett exempel är det partnerskap för innovation (PiHI) som det brittiska hälsoministeriet ingått med sin kinesiska motsvarighet.⁵⁶ Fem brittiska life science företag och NHS har besökt landet och fungerat som modell för kinesiska reformer på hälsoområdet. En handlingsplan med projekt inom prioriterade områden såsom t.ex. högkvalitativa tjänster, har upprättats. Varje projekt sponsras av de nominerade organisationerna/företagen från de båda länderna. PiHI är i grunden en del av det brittiska hälsodepartementets missionerande uppdrag att främja hälsa globalt. Samtidigt öppnar NHS goda renommé också upp den kinesiska marknaden för brittiska företag. Det handlar om kunskapsöverföring vilket i sig kan ses som en slags export.

Det finns idag mer än 500 konsultföretag i Storbritannien som erbjuder tjänster till hälsosektorn. Brittisk projektledning för hälsoprojekt såsom sjukhuskonstruktion i andra länder är också ett

⁵² Health is global, Department of Health, 2007

⁵³ Healthcare UK 2007, UK Trade & Investment

⁵⁴ Intervju med Theresia Ashford, Association of British Healthcare Industries 080528

⁵⁵ En typ av offentligt-privat partnerskap där den privata sektorn tvingas att riskera det egna kapitalet och leverera förutbestämda nivåer på service på lång sikt

⁵⁶ Partners in Health Innovation (PiHI) programme från 2007

efterfrågat område. Den ökade brittiska närvaron på den globala hälsovårdsmarknaden kan förklaras av följande faktorer:⁵⁷

- Utmärkta arbetsrelationer mellan näringsliv, regering, NHS, privat sektor och frivilligorganisationer.
- En högt utvecklad vårdinfrastruktur, inklusive expertis inom offentlig-privata partnerskap.
- En framstående och väl understödd forskningsbas.

En viktig sektor är också hälsovårdsutbildning. Det finns 29 medicinska skolor inom Storbritannien varav flera anses vara av världsklass och fyra av världens 20 högst rankade universitet är brittiska. Life science kluster finns bl.a. runt Cambridge, Oxford, London och Liverpool. Regeringen stöder forskning och utveckling inom hälsosektorn bl.a. genom det s.k. Medical Research Council och NHS Research and Development.⁵⁸

4.3 Medicinsk turism

I Storbritannien har det under senare år uppstått en ökad trend mot att åka utomlands för medicinsk behandling. Detta kan dels härledas till långa vårdköer men också till lägre priser där Tyskland tillhör de populäraste destinationerna. Många åker också till Polen för fertilitetsbehandlingar eller tandvård. Runt detta fenomen har en industri vuxit fram. Ett exempel är Treatment abroad (www.treatmentabroad.com) som snabbt etablerat sig som den ledande webbsidan i Storbritannien för medicinsk turism.

Ett annat snabbt växande område är spa där exempelvis företaget spafindskincare har etablerat ett utbildningscentrum i Kent. Planen är att locka internationella spaoperatörer att skicka sina anställda till Storbritannien för att både förbättra sin behandlingsteknik och att lära sig den engelska typen av spa.

Även utländska patienter kommer till Storbritannien. NHS Health Service och privata sjukhus genererar ca 150 miljoner pund per år i avgifter från utländska patienter varav många kommer från mellanöstern.⁵⁹

⁵⁷ Intervju men Ian Bunker, UK Trade & Investment 080606

⁵⁸ Denna summa uppgick till 212 miljoner pund 2005/2006

⁵⁹ Improving Healthcare Around the World An Export Strategy, Department of Health 2004

4.4 Exempel på privata aktörer

Flera stora privata utförare av vård och omsorg verksamma i flera länder har sitt ursprung i Storbritannien, exempelvis:

- BUPA som under flera årtionden varit både hälsoföräkringsföretag och utförare av vård. 2007 såldes dock de 25 sjukhusen. I Storbritannien har man under de senaste tio åren satsat på äldreomsorg vilket liksom barnomsorg⁶⁰ visat sig vara en källa till tillväxt. Man har expanderat både i Storbritannien och världen genom uppköp och opererar idag i Spanien, Mellanöstern, Thailand, Hong Kong, Singapore och Malaysia.
- ALLIANCE Medical är ett företag specialiserat på olika typer av mobila och fasta scannertjänster, bl.a. för mammografi. 1999 ingick man ett joint-venture med en italiensk partner för att leverera mobila scanners till Italien. Företaget har även vunnit flera kontrakt från NHS och driver idag två behandlingsställen i Storbritannien. Datan tolkas av läkare i Belgien, Sydafrika och Spanien.
- Iplato är ett företag som har skapat ett s.k. Patient Care Messaging System vilket automatiskt påminner patienter om schemalagda läkarbesök genom SMS- teknik. Företaget står nu i begrepp att med stöd av UK Trade & Invest expandera till andra utvecklade länder såsom Tyskland och USA.

4.5 Ingen nationell politisk strategi för export

Någon nationell strategi för export av vård- och omsorgstjänster finns inte på politisk nivå i Storbritannien. Däremot existerar en mer näringslivsbaserad marknadsföringsstrategi:

I november 2007 lanserade den brittiske handelsministern Lord Digby en nationell strategi⁶¹ för att marknadsföra life science⁶². Tillsammans med energi, kreativa näringar, finansiella tjänster och IKT har Life science identifierats som en nyckelsektor för den framtida brittiska ekonomin. Syftet med strategin är att för första gången få olika aktörer såsom myndigheter, företag och regioner att främja sektorn med en gemensam röst. Tanken är att sektorn får ökad uppmärksamhet när olika intressenter lägger gemensam kraft bakom. Strategin är endast tillgänglig för brittiska företag. Den specificerar bl.a. marknadssegmenteringen i detalj och inom vilka områden

⁶⁰ Dagis och lekskolor har under senare år blivit den snabbast växande SME sektorn i Storbritannien

⁶¹ Den s.k. UK Life Science marketing Strategy

⁶² Life science definieras i strategin såsom inkluderande bioteknologi, vård och omsorg och läkemedel

Storbritanniens styrkor och svagheter finns. Exempel på identifierade styrkeområden med anknytning till vård- och omsorgstjänster är kliniska tester och e-hälsa. Styrkor och svagheter på olika geografiska marknader tas också upp och särskilt Indien och Kina ges hög prioritet.⁶³ Strategin rekommenderar en pro-aktiv metod för att nå utländska patienter och att näringsliv och regering under de kommande fem åren tillsammans fokuserar på att öka den internationella handeln och inhemska investeringarna inom life science. De tre huvudsakliga principerna bakom marknadsföringsstrategin kan sammanfattas som:

- Intressenter från politik, akademi och näringsliv intar en gemensam hållning.
- Politik och näringsliv arbetar i partnerskap.
- En övergripande inriktning på marknadsföringen under parollen ”En språngbräda mot global tillväxt”.

De fyra syftena med marknadsföringen anges till:

- Att komma överens om och förmedla styrkor och huvudbudskap.
- Att stärka länkarna mellan regering, näringsliv och intresseorganisationer.
- Att dela med sig av kunskap och goda exempel för att tillgängliga resurser ska komma till bästa möjliga användning.
- Att enas om en gemensam inriktning för att bygga kundrelationer.

Som en integrerad del av strategin lanserades i april 2008 även ett råd ”Life Science Marketing board”⁶⁴ bestående av representanter från näringslivet, regeringen och universitetsvärlden. Dess uppgift är att närmare besluta om strategins inriktning under resans gång och att främja life science sektorn på den internationella scenen. Rådet kommer närmare att studera vilka geografiska marknader som erbjuder de bästa möjligheterna för brittiska life science företag och även uppmuntra utländska företag att investera i Storbritannien. Det leds av AstraZenecas styrelseordförande Chris Binsmead.

4.5.1 E-hälsa

Ett viktigt område som också nämns i strategin är e-hälsa. T.ex. pågår inom NHS för närvarande ett stort IT projekt värt ca fem miljarder

⁶³ Intervju med Ian Bunker, UK Trade & Investment 080606

⁶⁴ Offentliggjordes av UK Trade & Investment som är regeringens myndighet för internationell affärsutveckling

pund⁶⁵ vilket går ut på att digitalisera och lagra mer än 48 miljoner patientjournaler och att etablera en infrastruktur som stöder telemedicin. Detta system har även rönt uppmärksamhet utomlands och ses som en potentiell framtida exportsuccé.⁶⁶

4.6 Gränsöverskridande sjukvård i Storbritannien

Storbritannien har sedan 30 år ett bilateralt avtal för behandling av patienter från Malta. Även om Malta erbjuder de flesta typer av hälsovård inom landets gränser skickas patienter som kräver specialistvård, exempelvis transplantationer, till Storbritannien.

I början av 2000-talet satsade regeringen Blair på att öka kapaciteten i den brittiska sjukvården och samtidigt värna om NHS. NHS fick uppdraget att upphandla 30-50 mindre sjukhus specialiserade inom vissa verksamheter. Endast utländska anbud togs emot. För att inte riskera kompetensbrist var ett av villkoren att inte anställa NHS personal. Det svenska företaget Capio fick uppdraget att bygga och driva 10 stycken sjukhus varav det första stod färdigt 2005.

⁶⁵ The National programme for IT var 2007 ansett som det största IT projektet i världen

⁶⁶ Intervju med Nigel Edwards, NHS, 080605

5 Tyskland

5.1 Bakgrund

Tyskland är en federal stat med 82,6 miljoner invånare (2007). Landet består av 16 relativt självständiga delstater (länder) med egen konstitution och regering, samt eget parlament. Delstaterna ansvarar i huvudsak för den offentliga sjukvården i Tyskland. I 14 av de 16 delstaterna har dock ansvaret delegerats till kommunal nivå. De totala kostnaderna för sjukvårdssektorn uppgår till cirka 11 procent av BNP, vilket är en av de högsta siffrorna inom EU.

Det tyska sjukvårdssystemet finansieras till en övervägande del genom lagstadgade sjukförsäkringar. Tyskland karaktäriseras av en mängd olika konkurrerande sjukförsäkringskassor och en privat/offentlig mix av leverantörer (Bismarck-modellen). 2003 omfattades närmare 88 procent av Tysklands befolkning av en lagstadgad offentlig sjukförsäkring (78 procent obligatorisk och tio procent frivillig). Ytterligare tio procent av befolkningen är anslutna till privata sjukförsäkringar och två procent av befolkningen omfattas av ett statligt system (statstjänstemän, pensionärer eller deras familjer). Cirka 0,2 procent av befolkningen täcks inte av något tredjepartsfinansierat system.

De privata sjukförsäkringarna står för 17,3 miljarder euro av de totala sjukvårdskostnaderna per år, vilket kan jämföras med de lagstadgade offentliga sjukförsäkringarnas andel på 148 miljarder euro.⁶⁷

5.2 Sjukvårdens organisation

Det tyska sjukvårdssystemet karaktäriseras av samarbete och ansvarsfördelning mellan hälsoministeriet på federal respektive delstatsnivå och det lagstadgade sjukförsäkringssystemet. På nationell nivå är den Federala församlingen, Förbundsrådet och Förbundsministeriet för Hälsa och social trygghet nyckelaktörer. Dessa ansvarar för regelverket och för att genomföra sjukvårdsreformer rörande de lagstadgade sjukförsäkringarna.

⁶⁷ European Observatory on Health Systems and Policies, Health Care Systems in Transition – Germany, 2004.

Delstaterna ansvarar för planering av sjukvårdskapaciteten och finansiering av investeringar i sjukhus, vårdhem och institutioner för social omsorg m.m. Delstaterna ansvarar även för övervakningen av de olika sjukvårdsaktörerna. De cirka 290 sjukförsäkringskassorna finansierar själva driften av sjukhusen genom sjukförsäkringsavgifter och förhandlar i sin tur fram kontrakt med olika sjukvårdsleverantörer. Sedan 1996 har så gott som samtliga försäkrade rätt att fritt välja bland de olika sjukförsäkringskassorna, samtidigt som de olika kassorna är tvungna att acceptera samtliga ansökningar. Det finns dock ett särskilt system för riskkompensation mellan de olika sjukförsäkringskassorna för att eliminera skillnader till följd av ålder, kön och hälsoprofil bland de försäkrade. Även andra kompletterande system tillämpas som tar hänsyn till högriskgrupper och kroniska sjukdomar.⁶⁸

Den vanliga öppenvården i Tyskland levereras i huvudsak av fristående privatpraktiserande och vinstdrivande aktörer. Patienterna kan fritt välja läkare, psykoterapeuter (sedan 1998), tandläkare, apotekare och akutvård. De som är försäkrade enligt den lagstadgade sjukförsäkringen har i princip fri tillgång till 96 procent av alla ambulerande läkare, medan de fyra procent av läkarna som inte är anslutna till den lagstadgade sjukförsäkringen endast behandlar patienter med privat försäkring eller personer som betalar ur egen ficka.

Det blandade sjukvårdssystemet i Tyskland lägger stor vikt vid fritt val av leverantörer och försäkringsgivare. Detta i kombination med ett med internationella mått stort utbud av ekonomiska, fysiska och även mänskliga resurser möjliggör en god tillgång till både ambulerande vård och sjukhusvård. De olika lagstadgade sjukförsäkringarna har lyckats upprätthålla en heltäckande vård trots de ekonomiska utmaningar som återföreningen med Östtyskland innebar, minskande intäkter från den lagstadgade sjukförsäkringen och politikernas ambitioner att minska sjukvårdskostnaderna. Invånarna upplever jämförelsevis korta väntetider i förhållande till andra länder och alla har lika tillgång till en heltäckande vård.⁶⁹

Antalet sjukhus i Tyskland har minskat från 2 411 år 1991 till 2 104 år 2006. År 2006 drevs 34 procent av sjukhusen i offentlig regi (kommuner), 38 procent av ideella organisationer (kyrkor, stiftelser och andra välgörenhetsorganisationer) och 28 procent av privata

⁶⁸ European Observatory on Health Systems and Policies, Health Care Systems in Transition – Germany, 2004.

⁶⁹ European Observatory on Health Systems and Policies, Health Care Systems in Transition – Germany, 2004.

företag. Den privata andelen sjukhus har ökat under motsvarande tidsperiod. Generellt sett är dock de privata sjukhusen betydligt mindre i storlek än de offentliga.

Det totala antalen sjukhussängar har minskat med mer än 20 procent sedan 1991 och uppgick till 510 767 stycken år 2006. Av dessa var 31,7 procent offentliga, 21,9 procent ideella och 8,4 procent privata. Den totala andelen privata sjukhussängar har ökat stadigt sedan 1990 då dessa uppgick till endast 3,7 procent. Nyligen köpte ett privat företag ett av de större offentliga sjukhusen och den privata andelen vårdplatser förväntas fortsätta öka i framtiden.⁷⁰

Trots färre antal sjukhussängar totalt sett har Tyskland fortfarande flest antal sjukhussängar per invånare inom EU – 62 per 10 000 invånare (2006), vilket kan jämföras med Sveriges 22 per 10 000 invånare (2005). Antalet sängar per 10 000 invånare och fördelningen mellan olika typer av sjukhus varierar dock kraftigt mellan olika delstater.

Tyskland har totalt sett en överkapacitet som återspeglar sig i cirka 20 procent tomma sängar. En viktig orsak till att det fortfarande råder en överkapacitet trots att antalet sjukhusbäddar har minskat, är att den genomsnittliga sjukhusvistelsen har minskat avsevärt sedan 1990. För de allmänna sjukhusen har den genomsnittliga sjukhusvistelsen minskat från 13,7 dagar (2000) till 7,9 dagar (2006).⁷¹

5.3 Sjukvårdsexport

Eftersom det råder en överkapacitet på sjukvård i Tyskland är regeringen positivt inställd till att denna överkapacitet utnyttjas för att behandla utländska patienter. Förutsättningen är dock att det inte drabbar den inhemska befolkningen i form av längre väntetider m.m. Antalet utländska patienter som behandlas på tyska sjukhus har stigit på senare tid. År 2005 uppgick dessa till 54 000 personer, vilket var 3 400 fler än året innan. Sjukvårdsturister från andra länder söker sig till Tyskland främst för behandling av hjärt- och kärlsjukdomar, epilepsi eller höft- och benbrott. Bonn och Bielefeld tar exempelvis emot många patienter för epilepsibehandlingar medan Hamburg är ett vanligt mål för proteser.

⁷⁰ Eckdaten der Krankenhausstatistik 2005/2006, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser http://www.dkgev.de/media/file/4288.Vergleich_Grunddaten_2005-2006.pdf

⁷¹ Bundesministerium für Gesundheit, Referat 216, Bonn 080610.

Generellt sett betraktar den tyska regeringen sjukvårdssektorn som en stor och viktig tillväxtsektor. Den tyska sjukvårdssektorn karaktäriseras av hög forskningsintensitet, högkvalitativa tjänster och starka innovativa företag. Sammanlagt cirka 4,26 miljoner människor är idag anställda inom den tyska hälsosektorn, vilket utgör drygt tio procent av det totala antalet anställda i Tyskland. Av dessa arbetade 2,2 miljoner specifikt med sjukvårdstjänster.⁷² Antalet läkare i Tyskland ökade med 20 procent från 1990 till 2002, medan antalet sköterskor ökade med åtta procent.⁷³

5.3.1 Ingen nationell handlingsplan för sjukvårdsexport

Trots en välvillig inställning till sjukvårdsexport generellt för inte den tyska regeringen någon aktiv politik på nationell politisk nivå för att främja export av sjukvårdstjänster. I dagsläget finns det därför inte någon konkret politisk strategi för ändamålet, även om vissa uttalanden har gjorts från politiskt håll om att det är en viktig ekonomisk sektor. Den främsta anledningen till detta, enligt kontakter med regeringstjänstemän, är att det huvudsakliga ansvaret för sjukvården är decentraliserad till delstatsnivå (länderna), vilket inkluderar ansvar för sjukhus, doktorer, sjukförsäkringskassor m.m.

Det internationella arbete som bedrivs inom det tyska hälsoministeriet är koncentrerat till expertutbyte, kunskapsöverföring och utbyte av best-practice i fråga om olika politiska program. Därigenom bidrar ministeriet även till att sprida information internationellt om tysk sjukvårdskvalitet. De stöttar även olika strategier för vårdexport som förs fram av olika intressenter och agerar även dörröppnare i olika internationella sammanhang när sjukhusindustrin ber om deras hjälp.⁷⁴

Inom det tyska näringsdepartementet Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWI) togs dock ett initiativ på tjänstemannanivå under 2007 som syftar till att främja export av tysk sjukvård. Tjänstemännens inställning är att sjukvårdssektorn är en stor och växande internationell marknad där det finns stora möjligheter till tysk export eftersom Tyskland dels anses ha en bra sjukvård, dels har en relativt stor och outnyttjad överkapacitet. Initiativet har stöd från den politiska nivån även om intresset än så länge anses ganska ljummet. Projektet tar sikte på mindre sjukhus och sjukvårdstjänsteföretag och syftar till att uppmuntra samarbete mellan mindre aktörer som gemensamt kan erbjuda olika systemlösningar

⁷² Statistisches Bundesamt www.destatis.de

⁷³ Snapshots of health systems, European Observatory on Health Systems and Policies.

⁷⁴ Intervju, Yvonne Lindenlaub, Federal Ministry of Health, Berlin.

inom sjukvårdssektorn (både tjänster och produkter) för export till andra länder.

Tyskland är sedan tidigare ett betydande exportland vad gäller sjukvårdsteknik där några stora tyska företag dominerar marknaden, däribland Siemens, men det är inte dessa företag som initiativet riktar sig till eftersom dessa företag anses klara sig bra utan regeringens hjälp.

Under våren 2008 inledde BMWI ett samarbete med den tyska handelskammaren inom ramen för projektet för att bättre nå ut till den tänkta målgruppen. I Tyskland är det främst handelskamrarna som arbetar med exportfrämjande åtgärder⁷⁵.

Hittills har BMWI provat sig fram med olika lösningar för att uppmuntra exporten. Tyskland är av tradition en stor exportnation, men de traditionella metoderna för att stimulera tysk export anses inte alltid tillämpliga för att främja export av just sjukvårdstjänster. Tjänstemännen vill därför testa andra metoder vilket delvis har mött motstånd bland ”traditionalisterna” inom exportfrämjande.

Viktiga exportmarknader för tyska sjukvårdstjänster anses vara bland annat de forna Öststaterna och vissa länder i Asien eftersom de är i färd med att bygga upp nya sjukvårdssystem och därför är i behov av systemkunnande. Denna efterfrågan ses som en möjlighet till ”systemexport” av tjänstemännen inom BMWI. I många av dessa länder är dock sjukvården helt statligt finansierad vilket är en bidragande orsak till att de exportfrämjande åtgärderna kräver andra metoder än de traditionella. Tjänstemännen anser att de tyska politikerna har en större roll att fylla ifråga om att sälja in tysk sjukvård utomlands.⁷⁶

I takt med den stigande internationella efterfrågan på tyska sjukvårdstjänster har även ministeriet för utbildning och forskning (Bundesministerium für Bildung und Forschung) initierat och finansierat projektet ”Health Care Export” i samarbete med ”dem Sozial und Seniorwirtschaftszentrum in Gelsenkirchen (www.swz-net.de) och ”VVA Health Marketing” i Essen (www.vva.de). Projektet löper från den 1 november 2005 till 30 april 2009.

⁷⁵ <http://www.dihk.de/english/>

⁷⁶ Intervju, Harald Kuhne, Harald Kuhne, Leiter des Arbeitsstabs Gesundheitswirtschaft im Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMW), Berlin.

Internationaliseringen av hälso- och sjukvården anses vara en viktig förutsättning för att uppnå en ledande position inom sjukvårdssektorn, såväl inom området medicinteknik som sjukvårdstjänster. Inom ramen för detta projekt utvecklar man därför villkor och strategier för internationalisering av vårdtjänster, samt verktyg för genomförandet. Projektet anlägger ett systemperspektiv på hela värdekedjan inom sjukvårdstjänsteindustrin. Deltagarna i projektet består av olika sjukvårdsanläggningar och leverantörer, bland annat universitetssjukhuset i Hamburg-Eppendorf, sjukhuset i Nürnberg och rullstolstillverkaren ”Meyra”. Ett viktigt syfte med projektet är att öka det internationella vetenskapliga utbytet inom det medicinska området, men även att främja den internationella utbildningen av unga läkare.⁷⁷

5.4 Delstatliga exportinitiativ

På delstatsnivå förekommer ett flertal olika initiativ för att sälja tysk sjukvård utomlands. Dessa initiativ kommer dock främst från företagsnivå. Några stater som anses särskilt aktiva inom området är bland annat München, Hamburg och Berlin, som samtliga tar emot många sjukvårdsturister från främst Ryssland, Mellanöstern och Centralasien. Det finns idag även ett flertal regionala gränsöverskridande sjukvårdssamarbeten med närliggande länder. Ett sådant exempel är sjukhuset i Flensburg som har haft ett bilateralt samarbete med Danmark sedan tio år tillbaka och behandlar idag patienter från hela södra Danmark, bland annat strålbehandling och onkologipatienter.

Vissa tyska sjukhus har upprättat framgångsrika nätverk inom Gulfstaterna och Ryssland. Bayern har rapporterat en kraftig ökning av tillresta patienter från bland annat Förenade arabemiraten och Kuwait, medan Baden Württemberg har märkt en ökad tillströmning av patienter från främst Frankrike och Schweiz, men även Ryssland, Kuwait och Saudiarabien.

5.4.1 HealthCapital Berlin-Brandenburg

Ett intressant politiskt initiativ på delstatlig nivå är samarbetet mellan delstaterna Berlin och Brandenburg som har som mål att bli Tysklands ledande sjukvårdskluster. Berlin och Brandenburg har tillsammans en befolkning på runt sex miljoner människor. Av dessa sysselsätts cirka 350 000 inom hälsoområdet, som stod för mer än tio procent av regionens bruttofördlingsvärde och en avkastning på 22 miljarder

⁷⁷ Bundesministerium für Gesundheit, Referat 216, Bonn 080610.

euro 2006. Regionen räknar sig själva till ett av Europas ledande kluster för hälsoindustrier med framstående forskningsinstitutioner och kliniker, samt en omfattande närvaro av stora läkemedelskoncerner. Berlin-Brandenburg börjar bli internationellt erkänt för sin life science och idag är cirka 170 bioteknikföretag verksamma inom regionen.

Ett omfattande samarbete mellan de bägge regionerna har pågått en längre tid och ett särskilt nätverk ”HealthCapital Berlin-Brandenburg” har etablerats som omfattar 30 olika institutioner inom de två delstaterna bland annat sjukhusoperatörer, tjänsteleverantörer, universitet och forskningsinstitutioner, medicinteknik-, bioteknik- och läkemedelsföretag m.fl. (www.healthcapital.de). Nätverket har utarbetat och ansvarar för genomförandet av en gemensam översiktsplan ”Masterplan – Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg”⁷⁸ som ska göra regionen till ett ledande sjukvårdskluster inom tio år.

Den gemensamma planen omfattar 12 olika insatsområden:⁷⁹

1. Hälsovårdsvetenskap som utgångspunkt och motor för utvecklingen
2. Undervisning, utbildning och vidareutbildning (www.medinet-ausbildung.de)
3. Insyn och tillsyn
4. Varumärken, mässor och kongresser
5. Bioteknik och biomedicin
6. Medicinsk teknik och telemedicin
7. Erbjudanden och tjänster för äldre, inklusive omvårdnad (BASE, www.base-berlin.mpg.de)
8. Modernisering och optimering av hälso- och sjukvården
9. Förebyggande, hälsofrämjande, rehabilitering och nutrition (www.dife.de)
10. Att utvidga och stärka värdekedjorna
11. Hälsolokalisering och utveckling
12. Export av hälsa och hälsoturism

Inom dessa områden ska man ta fram konkreta projekt och åtgärder för att uppnå de satta målen. För sjukvårdsexporten handlar det bland annat om att öka närvaron och marknadsföra varumärket

⁷⁸ Masterplan, Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, 071026.

⁷⁹ http://www.healthcapital.de/fileadmin/DokumentePDF/en/Imagebroschuere_englisch.pdf

”HealthCapital” på olika internationella mässor samt att bättre exploatera och koordinera de olika produkter och tjänster som produceras inom regionen. Berlin-Brandenburg tar redan idag emot en mängd sjukvårdsturister från olika delar av världen. Ett exempel är The German Heart Institute Berlin, DHZB (www.dhzb.de) som behandlar 400-500 utländska patienter varje år från hela världen, vilket motsvarar 8-10 procent av sjukhusets samtliga patienter.

Berlin-Brandenburg ser även en stor potential i export av specialisttjänster, utbildning och systemlösningar inom hälso- och sjukvårdsområdet.

5.4.2 Bayern

Bayern har totalt 390 akutsjukhus och nära 60 sjukbäddar per 10 000 invånare (2008). Mellan 1972 och 2007 investerades mer än 18 miljarder euro i sjukhus, varav cirka 12 miljarder euro avsåg byggnader. Utöver detta har stora belopp satsats på modern medicinteknik. I Bayern finns även 298 rehabiliteringsanläggningar av olika slag med drygt 31 000 bäddar (2007). I Tyskland som helhet finns det totalt 1 270 anläggningar. Bayern har vidare 48 topprankade SPA-anläggningar. I början av 2008 fanns det 50 800 läkare och 10 400 tandläkare i Bayern, vilket kan jämföras med 380 000 läkare och tandläkare sammantaget i hela Tyskland.

I München finns en särskild sjukvårdshub där flera sjukhus samarbetar och erbjuder sjukvård till patienter från främst Ryssland, Mellanöstern och Centralasien⁸⁰. Varje år tar regionen emot tusentals patienter från Mellanöstern som vill ha specialistvård. Bayern är också framstående när det gäller medicinteknik och exporterar mer än 70 procent av produktionen.

Gesundheitsstandort Bayern

År 2005 antog Bayerns regering ett åtgärds paket som syftade till att positionera regionen på den internationella marknaden. Detta skedde genom att sammanföra de olika marknadsstrategierna inom områdena medicin, teknik, hälsa och turism. Åtgärderna inkluderade även ökat stöd till regionala hälsokluster i Bayern.

⁸⁰ <http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/baymed/index.htm#english>

6 Slutsatser

Det kan konstateras att export av vård- och omsorg idag är ett relativt outforskat område med bristfällig statistik och avsaknad av gemensamma definitioner. En svårighet med att göra relevanta jämförelser mellan vård- och omsorgssektorerna inom EU är att det i praktiken existerar 27 olika typer av komplexa sjukvårdssystem, vart och ett med sina egna regler. Statistiken på området är dessutom ofullständig och olika länder tillämpar olika definitioner. Inom Europa anses dock Belgien, Storbritannien och Tyskland tillhöra de mer aktiva länderna i fråga om sjukvårdsexport.

Av de undersökta länderna är Storbritanniens sjukvårdssystem det som mest liknar Sveriges. Systemet karaktäriseras av kapacitetsbrist och vårdköer och finansieras via skattsedeln. NHS ses dock som ett starkt varumärke med vars hjälp man säljer know-how i andra delar av världen. Även om ingen direkt nationell politisk strategi existerar för export av hälsovård inkluderas området i det bredare begreppet life science för vilket det existerar en mer näringslivsbaserad strategi. En sektor på vilket det satsas är bl.a. e-hälsa. Geografisk fokus ligger på Asien.

Belgien har ett överskott av läkare och vårdplatser och ett system baserat på en obligatorisk sjukförsäkring där patienten betalar sin del. Andelen privata utförare är hög. Inte heller i Belgien finns någon nationell politisk strategi för export av vård och omsorg men ett omfattande gränsöverskridande vårdssamarbete existerar sedan länge. Förslag på att etablera en nationell strategi för hur Belgien mer aktivt ska försöka attrahera utländska patienter har främst kommit från näringslivshåll. Intresset på politisk nivå har dock hittills varit ljummet. Detta har positivt påverkat samarbetet mellan enskilda aktörer såsom sjukhus, sjukförsäkringskassor, regioner etc. där samarbetet idag ofta sker utan politisk inblandning. Även i Belgien är e-hälsa och telemedicin områden det satsas på och där man redan i dagsläget är framgångsrika.

Tyskland har precis som Belgien ett sjukvårdssystem baserat på en lagstadgad sjukförsäkring. Sjukförsäkringskassor och sjukhus drivs i offentlig, ideell och privat regi. Andelen privata sjukhus och vårdleverantörer har dock stadigt ökat de senaste tio åren. Delstaterna har det huvudsakliga ansvaret för sjukvården och Tyskland har totalt

sett ett kapacitetsöverskott på cirka 20 procent, vilket delvis utnyttjas för vårdexport. På nationell politisk nivå existerar ingen särskild strategi för att främja export av vårdtjänster. Politikerna är dock positiva till sådan export förutsatt att det inte sker på den inhemska befolkningens bekostnad i form av längre väntetider och högre kostnader m.m. På delstatsnivå har det dock på senare tid vuxit fram alltfler initiativ för att främja sjukvårdsexport och intresset för sektorn som en tillväxtbransch tilltar. Exempel på särskilt aktiva delstater är Bayern och Berlin-Brandenburg. Viktiga destinationer för tysk sjukvårdstjänsteexport är idag Asien, Ryssland och Mellanöstern.

Trots att dessa tre länder anses ligga i framkant inom området har inget land utarbetat vare sig nationella politiska mål eller nationella politiska strategier för att främja export av vård- och omsorgstjänster. Den export och gränsöverskridande vård som existerar idag har huvudsakligen initieras av andra orsaker bl.a. utifrån olika samordningsfördelar som vi har redogjort för i denna rapport. Den troliga förklaringen till avsaknaden av nationella politiska strategier är den osäkerhet och de oklara regler som gäller för gränsöverskridande vård idag och att många politiker är oroad för att en ökad export ska försämra kvaliteten och tillgången till vård för de egna medborgarna. En annan viktig förklaring kan vara den traditionella synen på sjukvården som enbart en samhällsekonomisk kostnad.

I dagsläget råder, som redan konstaterats, en stor osäkerhet kring regelverket vad gäller patienters fria rörlighet inom EU och finansieringen av hälsovård. EU-kommissionen har länge velat liberalisera vård- och omsorgssektorn men har stött på starkt politiskt motstånd vid varje försök. Vård och omsorg uteslöts på ett sent stadium från det ursprungliga förslaget till tjänstedirektiv 2005 (Bolkensteindirektivet) för att göra detta mindre kontroversiellt.

Det nya direktivförslaget om gränsöverskridande vård som presenterades av EU-kommissionen den 2 juli 2008 är ett nytt försök från kommissionens sida att driva processen framåt. Till följd av frågans känsliga karaktär samt valet till EU parlamentet 2009 får sannolikheten för en utdragen process betecknas som hög.

Kommissionens officiella syfte med det nya direktivet anges vara att förtydliga reglerna och förbättra informationen för patienternas skull. Intentionen som angavs i det ursprungliga tjänstedirektivet om att förbättra den inre marknaden har helt tonats ned, förmodligen för att göra frågan mindre politiskt känslig. Direktivförslaget presenterades följaktligen av Generaldirektoratet (GD) för hälsa och konsumentskydd och inte av GD Inre marknaden. Det är dock

uppenbart att inre marknadsaspekten och frågan om ökad konkurrens inofficiellt fortfarande är ett viktigt mål även om detta avfärdas av tjänstemännen på kommissionen. För detta talar tidigare uttalanden av bland annat den tidigare kommissionären för GD hälsa och konsumentskydd om att man på sikt även vill inlemma vård och omsorg i den inre marknaden.

För svensk del är det viktigt att följa utvecklingen noga och att försöka påverka utformningen av det slutliga direktivet. För om och i så fall när ett gemensamt EU-direktiv för gränsöverskridande sjukvård träder ikraft kan det antas att frågan får en helt annan aktualitet. Som tidigare konstaterats är sjukvårdssektorn en av de största branscherna inom EU räknat i omsättning och antal anställda. Behovet av sjukvård kommer dessutom bara att öka i framtiden till följd av den demografiska utvecklingen.

Den svenska regeringen bör därför redan idag utforma en politisk strategi för att främja sjukvårdsexport, men även för hur man ska hantera ökade patientströmmar in och ut ur landet för att stå väl förberedda den dag EU når en uppgörelse om ett gemensamt sjukvårdstjänstedirektiv.

Avslutningsvis, eftersom sjukvård huvudsakligen finansieras via offentliga medel har sannolikt politikerna en större roll att fylla både direkt och indirekt i fråga om att främja svensk sjukvårdsexport.

Referenser

Bundesministerium für Gesundheit (2008), *Referat 216*, Bonn 080610.

Department of Health (2004), *Improving healthcare around the world – an export strategy*

Department of Health (2007), *Health is global – proposals for a UK Government-wide strategy*

Direktiv 2005/36/EG, *Direktiv om erkännande av yrkeskvalifikationer*

European Observatory on Health Systems and Policies (2004), *Health Care Systems in Transition – Germany*.

European Observatory on Health Systems and Policies (2005), *Snapshots of health systems*,.

European Observatory on Health Systems and Policies (2008), “*Cross - Border Healthcare*” *Mapping and analysing Health Systems Diversity*, (ännu inte officiell)

European Observatory on Health Systems and Policies (2008), *Belgium – Health system review*

Europeiska kommissionen (2003), *Resultat av diskussioner på hög nivå om rörlighet för patienter och utvecklingen av hälso- och sjukvården i Europeiska unionen*

Europeiska kommissionen, *Accelerating the development of the eHealth Market in Europe – eHealth Taskforce report 2007*

Europeiska kommissionen, *Meddelande angående samråd om gemenskapsåtgärder som rör hälso- och sjukvården*, SEC (2006) 1195/4

Europeiska kommissionen, *Meddelande om ett pionjärmarknadsinitiativ för Europa*, KOM (2007)860

Europeiska kommissionen, *Meddelande om tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård*, KOM 2008 (415)

Europeiska kommissionen, *Meddelande om tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård*, KOM (2008) 415

Europeiska kommissionen, *Meddelande: E-hälsovård – bättre hälso- och sjukvård för Europas medborgare: Handlingsplan för ett europeiskt område för E-hälsovård*, KOM (2004)356

Europeiska kommissionen, *Rapport om sysselsättningen i Europa 2006*

Europeiska kommissionen, *Rekommendation om gränsöverskridande interoperabilitet för elektroniska patientjournalssystem*, 2008/594/EG

Europeiska kommissionen, Vitbok: Tillsammans för hälsa: Strategi för EU: 2008-2013

Europeiska Unionen, Pressmeddelande 2 juli 2008, *Kommissionen antar förslag till direktiv om patienträttigheter vid vård utomlands*, IP/08/1080

Federation of Enterprises in Belgium, FEB-VBO (2006), *Dare & Care – Developing Belgium’s international medical services*

Glinos Irene och Baeten Rita (2005), *Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives*

Glinos Irene och Baeten Rita (2006), *Patient mobility in the European Union – learning from experience*

Health Information Network Europe (HINE) report 2006 – *European eHealth forecast*

INAMI – Institut national d’assurance maladie - invalidité

Magazine E!Sharp (July 2006)

Netzwerk Gesundheitswirtschaft (2007), *Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg*, Berlin.

NHS Confederation 2008

OECD, *Health Data 2007*

PriceWaterhouseCoopers (2006), *HealthCast 2020 - Creating a sustainable future*

Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Eckdaten der Krankenhausstatistik 2005/2006*, Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser

UK Trade & Investment (2007), *Healthcare UK*

UK Trade & Investment (2007), *UK Life Science Marketing Strategy*

WHO Regional Office for Europe (January 2007)

www.destatis.de

www.dihk.de/english/

www.dkgev.de/media/file/4288.Vergleich_Grunddaten_2005-2006.pdf

www.healthcapital.de/fileadmin/DokumentePDF/en/Imagebroschuere_englisch.pdf

Intervjuer och andra kontakter

- Barrie Stevens, OECD, Intervju 080516
- Christian Thijs, Belgian Ministry of Health, Intervju 080612
- Dr. Matthias Wissmar, Health Policy Analyst, European Observatory of Health Systems and Policies, Intervju 080428
- Hans-Josef Marx, Gesundheitsministerium, Berlin, 080618
- Harald Kuhne, enhetschef, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWI), Berlin, Intervju 080610.
- Howard Oxley, OECD, Intervju 080522
- Ian Bunker, UK Trade & Investment, Intervju 080606
- M. van Riesmal, Institut national d'assurance maladie - invalidité (INAMI) 2006, Intervju 080613
- Meike Kaspari, Statistisches Bundesamt, Gruppe VIII A Gesundheit, Bonn 080612
- Natasha Waltke, Chief Adviser to the Secretary General BusinessEurope, 080604
- Nathalie Chaze m.fl., Europeiska kommissionen - Generaldirektoratet för hälsa- och konsumentskydd, Intervju 080527
- Nigel Edwards, NHS, Intervju 080605
- Nigel Edwards, NHS, Intervju 080608

- Theresia Ashford, Association of British Healthcare industries, Intervju 080528
- Yvonne Lindenlaub, Federal Ministry of Health, General European Health Policy Planning, Berlin, Intervju 080613
- Åsa Benteke, Sveriges Ambassad Berlin, 080528
- Åke Strandberg, Capio, 080908

Böcker och rapporter från Nutek 2006-2008

Cumulative List of Publications issued by the Swedish Agency for Economic and Regional Growth 2006-2008

Nutek har publicerat följande utredningar i bokserien (B).

Nutek has published the following reports from the Booklist (B).

- B 2006:1 Lokal ekonomi för hållbar tillväxt. Ny omarbetad upplaga.
- B 2006:2 Entreprenörskapsbarometern 2005 – unga mer positiva till att bli företagare
- B 2006:3 Att vara sin egen. Unga företagare med utländsk bakgrund – villkor och strategier
- B 2006:4 Storstadsutveckling för nationell tillväxt – ett analysunderlag
- B 2006:5 Storstäder och ekonomisk tillväxt en kunskapsöversikt
- B 2006:6 Service som tillväxtmotor i industriföretag
- B 2006:7 Invadörerna

- B 2007:1 Entreprenörskapsbarometern 2006
- B 2007:2 Företagens framväxt i vård- och omsorgssektorn
- B 2007:3 Prognoser visioner och förhoppningar
- B 2007:4 Entreprenörskapsbarometern 2007

- B 2008:01 De nya affärsinnovationerna

Nutek har publicerat följande utredningar i rapportserien (R).

Nutek has published the following reports from the Reportlist (R).

- R 2006:01 Näringslivets administrativa kostnader på miljöområdet
- R 2006:02 Näringslivets administrativa kostnader på jordbruks- skogsbruks- och fiskeområdet.
- R 2006:03 Näringslivets administrativa kostnader på arbetsrättsområdet
- R 2006:04 Att mäta produktivitetspotentialen - Rapport om Productivity Potential Assessment (PPA)
- R 2006:05 Kapitalförsörjning i småföretag
- R 2006:06 Strategiska projekt inom den regionala utvecklingspolitiken
- R 2006:07 Riskkapitalbolagens aktiviteter, fjärde kvartalet 2005
- R 2006:08 Villkor och strategier för unga företagare med utländsk bakgrund
- R 2006:09 Valfärdssektorns omstrukturering: Förekomst av och villkor för små företag i mindre kommuner
- R 2006:10 Storstadsutveckling för nationell tillväxt – förslag och råd från forskare
- R 2006:11 Verktyg för hållbar regional utveckling – Stöd och tips för ett lyckat förändringsarbete
- R 2006:12 Riskkapitalbolagens aktiviteter, första kvartalet 2006
- R 2006:13 Kartläggning av arbetsställen och sysselsatta inom hälsa, vård och omsorg i privata driftformer 1990-2004
- R 2006:14 Intraprenader i Umeå
- R 2006:15 Uppföljning och resultatutvärdering av regionala företagsstöd och stöd till projektverksamhet Budgetåret 2004
- R 2006:16 Riskkapitalbolagens aktiviteter, andra kvartalet 2006
- R 2006:17 PPA – En metod för att bedöma produktivitetspotentialen i verkstadsindustrin
- R 2006:18 Framtidens arbetsmarknadsregioner - Ett uppdrag från Ansvarskommittén
- R 2006:20 Klassificering och perception - en studie av genusaspekter på SNI-koden som klassificeringsverktyg av näringsgrenar
- R 2006:21 Offentlig upphandling som drivkraft för innovation och förnyelse
- R 2006:22 Kartläggning av regler på fordonsindustrins område
- R 2006:23 Hemparty – en bra affär?
- R 2006:24 Infrastruktur och ekonomisk tillväxt – en makroekonomisk översikt
- R 2006:25 Riskkapitalbolagens aktiviteter och annan finansiering i tidiga skeden, tredje kvartalet 2006
- R 2006:26 Det sociala företaget och samhället - Socioekonomiska bokslut för Vägen Ut! och Basta
- R 2006:27 Läkemedel, bioteknik och medicinsk teknik i Sverige

- R 2007:01 Mätningar av företagens administrativa kostnader på statistikområdet
- R 2007:02 Mätningar av företagens administrativa kostnader på bygg och fastighetsområdet
- R 2007:03 Mätningar av företagens administrativa kostnader på livsmedelsområdet
- R 2007:04 Bland pneumatiska sköldpaddor och teknikfreaks - Utvärdering av KomTek i Härnösand 2003-2006
- R 2007:05 Är miljöinnovationer mindre framgångsrika än andra innovationer?

Böcker och rapporter från Nutek 2006-2008

- R 2007:06 Finansieringsituationen vid företagande för utrikes födda kvinnor och män
- R 2007:07 Riskkapitalbolagens aktiviteter och annan finansiering i tidiga skeden, fjärde kvartalet 2006
- R 2007:08 Hur mycket kostar det att vänta? - en kontrafaktiskt analys
- R 2007:09 Transporter och besöksmål - Rapport från RTS' Reseforum
- R 2007:10 Globalisation and Regional Economies - Case Studies in the Biotechnology Sector
- R 2007:11 Globalisation and Regional Economies - Case Studies in the Automotive Sector
- R 2007:12 Globalisation and Regional Economies - Case Studies in the ICT Sector
- R 2007:13 Sjukvården - en tjänstebans med effektiviseringspotential
- R 2007:14 Riskkapitalbolagens aktiviteter och annan finansiering i tidiga skeden - Första kvartalet 2007
- R 2007:15 Ökad integration och mångfald - i det regionala tillväxtarbetet
- R 2007:18 Uppföljning och resultatvärdering av regionala företagsstöd och stöd till projektverksamhet - Budgetåret 2006
- R 2007:22 Invandrades företagande - En studie av utlandsfödda företagare i Sverige
- R 2007:23 Effekter av avreglering och konkurrensutsättning - Med fokus på vård- och omsorgssektorn
- R 2007:24 Offentliga upphandlingar av vård och omsorg
- R 2007:25 Statens budget och regionernas utveckling - Vad har hänt de senaste 15 åren?
- R 2007:26 Effekter av 10 års samlade företagsstöd till ett Karlskoga i förändring
- R 2007:27 Riskkapitalbolagens aktiviteter och annan finansiering i tidiga skeden - Andra kvartalet 2007
- R 2007:28 Stärkt miljöprövning i enklare former
- R 2007:30 Näringslivets administrativa kostnader för bokföring
- R 2007:32 Riskkapitalbolagens aktiviteter och finansiering i tidiga skeden - Tredje kvartalet 2007
- R 2007:34 Utfall och styrning av statliga insatser för kapitalförsörjning ur ett könsperspektiv
-
- R 2008:01 Mer vård för pengarna
- R 2008:02 Näringslivets administrativa kostnader för associationsrätt
- R 2008:03 Näringslivets administrativa kostnader på produktområdet
- R 2008:04 Näringslivets administrativa kostnader på konsumentområdet
- R 2008:05 Näringslivets administrativa kostnader för tull- och utrikeshandel
- R 2008:06 Offentlig upphandling - vad tycker företagen är krångligt?
- R 2008:08 Forskning om invandrades företagande - en litteraturöversikt
- R 2008:09 Riskkapitalbolagens aktiviteter och finansiering i tidiga skeden, Fjärde kvartalet 2007 samt Helår 2007
- R 2008:10 Näringslivets administrativa kostnader på energiområdet
- R 2008:11 Näringslivets administrativa kostnader för hälso- och sjukvårdsområdet
- R 2008:12 Näringslivets administrativa kostnader på transportområdet
- R 2008:13 Näringslivets administrativa kostnader på finans- och försäkringsområdet
- R 2008:14 Näringslivets administrativa kostnader inom kommunikationsområdet
- R 2008:15 Kompletterande skattemätning Näringslivets administrativa kostnader
- R 2008:16 Vägledning följeforskning
- R 2008:17 Vad menas med cleantech?
- R 2008:21 Företagens villkor och verklighet 2008 - dokumentation och svarsöversikt
- R 2008:22 Näringslivets administrativa kostnader för konsumentlagstiftningen - uppdatering för 2007
- R 2008:23 Näringslivets administrativa kostnader för livsmedelsområdet - uppdatering för 2007
- R 2008:24 Näringslivets administrativa kostnader för miljöområdet - uppdatering för 2007
- R 2008:25 Näringslivets administrativa kostnader för bygg- och fastighetsområdet - uppdatering för 2007
- R 2008:27 Näringslivets administrativa kostnader för statistikområdet - uppdatering för 2007
- R 2008:28 Näringslivets administrativa kostnader för transportområdet - uppdatering för 2007
- R 2008:29 Näringslivets administrativa kostnader för tull och utrikeshandel - uppdatering för 2007
- R 2008:30 Näringslivets administrativa kostnader för årsredovisning - uppdatering för 2007
- R 2008:32 Näringslivets administrativa kostnader för bokföring - uppdatering för 2007
- R 2008:33 Näringslivets administrativa kostnader för associationsrätt - uppdatering för 2007
- R 2008:34 Näringslivets administrativa kostnader för arbetsrättsområdet - uppdatering för 2007
- R 2008:35 Näringslivets administrativa kostnader för kommunikationsområdet - uppdatering för 2007
- R 2008:36 Näringslivets administrativa kostnader för energiområdet - uppdatering för 2007
- R 2008:37 Näringslivets administrativa kostnader för finansiell lagstiftning - uppdatering för 2007
- R 2008:38 Näringslivets administrativa kostnader för hälso- och sjukvårdsområdet - uppdatering för 2007
- R 2008:39 Näringslivets administrativa kostnader för jordbruks-, skogsbruks- och fiskeområdet - uppdatering för 2007
- R 2008:40 Värdering av kvalitet vid upphandlingar av vård och omsorg
- R 2008:42 Näringslivets administrativa kostnader för skatteområdet - uppdatering för 2007
- R 2008:44 Kringtjänster till vård och omsorg

Böcker och rapporter från Nutek 2006-2008

Ett litet urval av skrifter från Nuteks infoserie (Info).

A small selection of publications from Nutek's Informationlist (Info)

- | | |
|---------------|---|
| Info 093-2006 | Storstadsutveckling för nationell tillväxt – en sammanfattning |
| Info 094-2006 | Storstäder och ekonomisk tillväxt – en sammanfattning |
| Info 107-2006 | Regioner i arbete för ökad tillväxt. En skrift om de regionala tillväxtprogrammen 2005 |
| Info 127-2006 | Hållbara affärer – Samarbete för lönsamhet och bättre miljö i Östersjöregionen |
| Info 001-2007 | NYTTA - Nuteks arbete med uppföljningar, effektvärderingar och utvärderingar |
| Info 002-2007 | Ägarskifte med förnuft och känsla - Vägledning inför ägar- och ledarskiften i företag |
| Info 005-2007 | Så tänds eldsjälur. En introduktion till entreprenöriellt lärande |
| Info 001-2008 | Starta företag – information och vägledning från sex myndigheter som hjälper dig att spara tid på vägen till eget företag |
| Info 005-2008 | Fakta om svensk turism och turistnäring 2008 |
| Info 018-2008 | Nuteks Årsbok 2008 |

Export av vård- och omsorgstjänster – utvecklingen ur ett europeiskt perspektiv

EU, Belgien, Storbritannien och Tyskland

Denna rapport konstaterar att export av vård- och omsorgstjänster är ett relativt utforskat område. Gränsöverskridande vård- och omsorg förekommer i viss utsträckning i Europa redan idag. Detta sker ofta i gränsregioner till följd av starka sociala, kulturella eller språkmässiga band.

På EU-nivå har olika initiativ tagits för att stärka utvecklingen av gränsöverskridande vård- och omsorg. Rapporten ger en översikt av rättsläget och redogör för de föreslagna förändringarna. Rapporten beskriver också översiktligt hur vården organiseras i Belgien, Storbritannien och Tyskland samt beskriver några initiativ från de olika länderna. En slutsats är att någon samlad nationell strategi rörande export av vård- och omsorgstjänster inte har kunnat identifieras i de undersökta länderna, men att frågan är föremål för diskussion.

En annan slutsats är att Sverige bör ta fram en strategi för att främja sjukvårdsexport redan i dagsläget, och även ha en beredskap att hantera ökade patientströmmar in och ut ur landet.

Rapporten är framtagen av ITPS och ska tjäna som kunskapsunderlag i Nuteks regeringsuppdrag att ta fram ett handlingsprogram för ökat entreprenörskap inom hälso- och sjukvård samt omsorg. Projektet bedrivs i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting, Almega och Socialdepartementet. Varken Nutek eller övriga samarbetsparter har tagit ställning till de slutsatser eller förslag som presenteras i rapporten.



Nutek stärker näringslivet i hela Sverige genom att bidra till fler nya företag, fler växande företag och fler starka regioner.



Verket för näringslivsutveckling

08-681 91 00
www.nutek.se