

Rapport:
Hur påverkar EU svensk hälso- och sjukvård?



skriven av Catharina Barkman
juni 2024

Innehåll

Förord	3
Påverkar EU svensk sjukvård?	4
Patientperspektivet och EU	7
Hälsodata och digitalisering	9
Sjukvårdsförsäkringar i EU	13
EU och Läkemedel	16
Apotekens roll och EU	18
Avslutning och rekommendationer	20

Förord

Påverkar EU svensk hälso- och sjukvård egentligen? På vilket sätt arbetar Sverige inom ramen för EU? Vad händer inom olika områden såsom hälsodata, patientmakt, digitalisering, läkemedel? Påverkas apotekens framtid av EU? Det är några frågor som diskuterades med en rad experter när Forum för Health Policy anordnade en stor workshop den 7 maj 2024 på temat ”Hur påverkar EU svensk vård?”. Utöver kunskapshöjande presentationer genomfördes gruppsamtal som genererade intressanta reflektioner och rekommendationer.

Syftet med denna rapport är att ge en övergripande kunskapshöjande bild av EU:s påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet och även presentera reflektioner och policyrekommendationer.

Rapporten inleds med en kort beskrivning av EU som organisation och vilken påverkan EU har på svensk hälso- och sjukvård övergripande. I kommande kapitel diskuteras EU:s arbete inom några strategiska områden: patientperspektivet, ehälsa/digitalisering, sjukvårdsförsäkringar, läkemedel och apotekens roll. Avslutningsvis presenteras några policyrekommendationer.

Rapporten är skriven av Catharina Barkman. Layout och redigering är gjord av Helena Conning. Ett stort tack till Maria Fagerquist, Lif, Louise Skalin, Apoteket AB och Kristina Ström Olsson, försäkringsbolaget If som bidragit med texter och tack till alla deltagare på workshopen.

Peter Graf
Ordförande Forum för Health Policy
Stockholm, juni 2024

Kort om Europeiska unionen

EU-kommissionen är den verkställande grenen i Europeiska unionen och ansvarar för att föreslå och genomföra lagstiftning, förvalta EU:s budget, samt övervaka att medlemsländerna följer EU-lagstiftningen.

Rådet/ministerrådet representerar medlemsstaternas regeringar och deltar i lagstiftningsprocessen genom att anta EU-lagar tillsammans med Europaparlamentet eller rådgöra med parlamentet i vissa frågor.

Europaparlamentet är EU:s enda direktvalda institution och representerar medborgarna i unionen. Det deltar i lagstiftningsprocessen genom att anta, ändra eller förkasta lagförslag tillsammans med rådet.

EU-parlamentet antar EU-lagar genom en demokratisk process där ledamöterna företräder EU-medborgarnas intressen.

EU-lagstiftningen kan antas antingen i form av *direktiv* eller *förordningar*. Ett direktiv är bindande för medlemsstaterna när det gäller resultatet som ska uppnås, men lämnar det öppet för nationella myndigheter att bestämma formen och medlen för att uppnå detta resultat. En förordning är direkt tillämplig och bindande för alla medlemsstater i hela unionen utan behov av nationell omvandling.

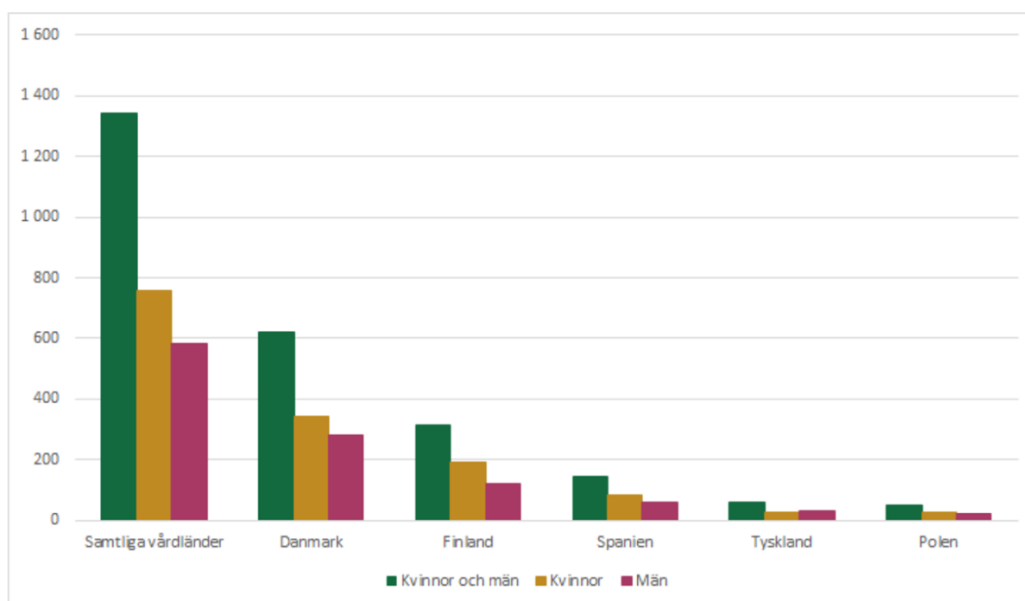
Påverkar EU svensk sjukvård?

Medlemsstaternas hälso- och sjukvård är framför allt en nationell angelägenhet (national competence). EU har emellertid viss påverkan på den svenska sjukvården genom olika mekanismer och samarbetsformer. För det första har EU inflytande genom regelverk och direkt, inte minst inom läkemedelsområdet, som påverkar hälso- och sjukvården i medlemsländerna, inklusive Sverige. Läs mer om läkemedel i kapitel 7 nedan.

Den största påverkan för patienter är den fria rörligheten för personer inom EU, vilket innebär att både patienter och vårdpersonal har möjlighet att röra sig fritt över gränserna (patientrörlighetsdirektivet). Medborgare i en EU-medlemsstat som reser inom EU har rätt till akut vård på samma sätt som invånarna i vistelseslandet. Planerad vård kan sökas i andra medlemsländer i EU. I Sverige kan man söka vård i annat EU-land genom att först kontakta Försäkringskassan för ett förhandsbesked eller söka vård direkt och ansöka om ersättning i efterhand. Huvudregeln är att patienten får ersättning för hela vårdkostnaden förutom vanlig patientavgift.

Antal mottagare av planerad vård utomlands EU/EES länder, efter vårdland 2023¹

De fem vanligaste länderna som personer åker till och får ersättning för planerad vård 2023 var Danmark, Finland, Spanien, Tyskland och Polen.



En relativt liten andel av svenskar söker vård i andra EU-länder och motsvarande med EU-medborgare som söker vård i Sverige. Detta kan bero på okunskap om att denna möjlighet finns eller otillräckliga förutsättningar för och information om att underlätta patienters rörlighet över gränserna inom EU.

Inom EU finns regler och direktiv som reglerar yrkesmässig rörlighet, det gäller för läkare och sjuksköterskor. Ett av de mest relevanta direktiven är EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv, som syftar till att underlätta erkännandet av yrkeskvalifikationer inom EU och därigenom främja rörligheten för yrkesutövare. När det gäller antalet läkare och sjuksköterskor som söker jobb i andra EU-länder än sina egna varierar det från land till land och beror på en rad olika faktorer, inte minst tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster, lönenivå mm. Rörligheten av vårdpersonal påverkar självklart de olika EU-länderna, även Sverige.

Sverige deltar i olika samarbeten och projekt inom ramen för EU:s hälsopolitik. Ett exempel är ramverket ”European Health Union” med målet att utrusta EU och dess medlemsstater att förebygga och hantera framtida pandemier, inte minst med covid i färskt minne. Ekonomiskt stöd från EU, genom olika fonder och program, kan också påverka svensk vård. Det kan innefatta finansiering för forskning och utveckling inom hälso- och sjukvården, där svenska lärosäten och företag kan delta, infrastrukturprojekt inom vården samt stöd för att hantera specifika hälsoutmaningar. Ett annat exempel är forsknings- och innovationsprogrammet Europe Horizon.²

Sammanfattningsvis har EU en viss påverkan på den svenska hälso- och sjukvården även om hälso- och sjukvården framför allt är en nationell angelägenhet.

¹ <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistik-om-internationell-varld>

² https://commission.europa.eu/funding-tenders/find-funding/eu-funding-programmes/horizon-europe_en

Gunnar Hökmark: "Patientrörlighetsdirektivet är underutnyttjat"

- Summering från presentation workshop 7 maj 2024

Sjukvården är en nationell kompetens vilket innebär att EU:s påverkan är relativt begränsad. Det viktigaste är patientrörlighetsdirektivet som numera är en lagstiftning inom EU. Kanske är det så att patientrörlighetsdirektivet utnyttjas för lite. Steg för steg utvecklas patientdirektivet och det blir förhoppningsvis lättare för den enskilda patienten att se vilka möjligheter som finns. Medlemsländer, regioner och vårdgivare borde förse invånarna med information om hur man kan söka vård i andra medlemsstater. Om vårdgivare i Södertälje eller Lund ser att patienter får snabbare vård i Riga eller Berlin ökar kunskapen bland svenska vårdgivare varför så är fallet. Sjukvården kan bli en brygga mellan länderna med möjlighet till sjukvård i hela EU.

Den gemensamma forskningspolitiken inom EU är viktig för Sverige som en av de ledande forskningsnationerna och kan inom ramen för EU hämta hem viktig kunskap för sjukvården.

Ju närmare länderna i kommer varandra, desto mer praktiska och konkreta konsekvenser kan det få, inte minst när det gäller lärande och kunskap där forskare från olika länder samarbetar.

Det skulle vara önskvärt med betydligt mer satsningar på forskning och kunskap som sprids då sprider man också kunskap. Pandemin är ett exempel som kom att utlysa något, inte minst ett kraftfullt samarbete mellan länderna. Nu byggs det upp en beredskap och en gemensam kompetens att hantera pandemier och den typ av kriser som då handlade om medicinsk behandling och skyddsutrustning. Detta kan också leda till att man rent allmänt får en högre förmåga att möta olika förändringar i sjukvården, en bättre brygga mellan länder och en gemensam resurs utan att behöva rucka på den nationella självständigheten inom hälso- och sjukvården (nationella kompetensen) som är viktig att slå vakt.

Gunnar Hökmark är tidigare EU-parlamentariker med lång erfarenhet av politik i Europa.

Patientperspektivet och EU

EU:s påverkan på svensk sjukvård med avseende på patientmakt och patienters delaktighet i vården är mångfacetterad och inkluderar både direktiv och initiativ som syftar till att stärka patienters rättigheter och engagemang i sin egen vård.

Patienträttighetsdirektivet som trädde i kraft 2011 är en central del för patientmakt och påverkan. Det syftar till att säkerställa att patienter har rätt att söka vård i andra EU-länder och få ersättning för den vården på samma villkor som om vården hade givits i hemlandet. Direktivet stärker patienternas makt genom att ge patienter möjlighet att välja vårdgivare inom hela EU, vilket kan leda till snabbare behandlingar och tillgång till specialiserad vård. EU kan kräva att medlemsstaterna tillhandahåller tydligt information om vårdalternativ och ersättningssystem, vilket gör det lättare för patienter att fatta informerade beslut.

EU har satsat på e-hälsa och digitalisering vilket också påverkar patienters delaktighet genom att främja utvecklingen av elektroniska patientjournaler som är tillgängliga över gränserna.

EU:s forskningsprogram Horizon 2020 och dess efterföljare Horizon Europe, stödjer forskning och innovation inom hälsa, inklusive projekt som syftar till att förbättra patienters delaktighet och makt över sin egen vård. Exempel är projekt som utvecklar nya behandlingsmetoder eller teknologier.

Genom olika direktiv och regler har EU arbetat för att harmonisera standarder och kvalitetskrav inom vården, vilket påverkar svensk sjukvård genom krav på transparens och patientinformation. Det finns olika kanaler för patientorganisationer att påverka EU.

► **”Vem ska äga data? Handlar det om ägande eller att stärka individens kontroll över sin egna hälsodata och kunna styra vad det får användas till?”**

Citat från workshop 7 maj 2024

Margareta Haag "Vi måste först lösa problemen med datadelning i Sverige."

- Summering från presentation workshop 7 maj 2024

Idag är det viktigt att Sverige tar till sig det EU tagit fram i form av olika direktiv. Det gäller både hälsodata med införandet av EHDS (European Health Data Space) och läkemedelsförskrivning m.m. Digitalisering är ett annat viktigt område där Nätverket mot Cancer ser implanteringen av EU:s cancerplan "EU beating cancer" som avgörande. Genom EHDS direktivet kommer det att bli enklare att ta till sig vård utanför Sverige. Men då måste vi först lösa problemen som finns i Sverige. Idag är det svårt, näst intill omöjligt, att dela data både inom och mellan regioner. Patienter måste upprepa sin sjukdomshistoria och avsaknad av informationsdelning leder till en bristande patientsäkerhet. Vi måste lösa de digitala propparna.

När det gäller patientrörligheten inom EU fungerar det om man blir akut sjuk i ett annat EU-land. Men att få anpassad specialistvård kan vara svårare. European Cancer Plan, ett direktiv från 2021 där Sverige var med och fastställde/godkänd, är ett flaggskepp som faktiskt införts men vi är sena på bollen. Vi överlever cancer i Sverige, men tillgången till vård i Sverige är inte bra. Våra nordiska grannländer ligger före såväl Danmark, Norge som Finland. Mycket faller av. Vi måste kunna mäta, följa upp levnadsupplevelser för att mäta resultat av läkemedel och mäta patienternas tillstånd på ett helt annat sätt. När det gäller levnadsupplevelser (quality of life and survivorship) så forskar vi inte ens på rehabilitering och det finns inget kvalitetsregister på detta i Sverige. Vi måste kunna mäta tillgången och hela förloppet, även rehabilitering och palliativ vård. Europa har varit duktiga. Läs europeiska cancerplanen här https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

Förhoppningsvis kan patientrörlighetsdirektivet användas i högre utsträckning och förutsättningarna för patienterna förbättras. Nätverket mot Cancer sitter till exempel med i europeiska cancerpatientorganisationer för att vara med och påverka. Det finns också olika svenska kanaler. Sammanfattningsvis påverkar EU en stor del och EHDS är det bästa som hänt. Det är hoppet att dela data och kanske får patienter till och med äga sin egna data och dela med dem vi själva väljer att dela med.

Margareta Haag är ordförande för Nätverket mot Cancer och har en rad andra uppdrag för att driva på patienters rättigheter.

Hälsodata och digitalisering

- Vad innebär European Health Data Space för Sverige?

Europaparlamentet har just antagit förordningen om det europeiska hälsodataområdet, EHDS (European Health Data Space) vilket markerar ett historiskt ögonblick för digital hälsa i EU. Förordningen om ett europeiskt hälsodataområde innebär ett stort steg framåt och ska möjliggöra ett smidigt flöde av hälsodata till gagn för patienter.

Detta steg kan komma att ha en stor inverkan på fysiska personers rätt till sina e-hälsodata och på möjligheterna till vidareutnyttjande av sådana data. Data ska kunna användas direkt i sjukvården men även lättare nyttjas för forskning och utveckling. Läs mer om European Health Data Space (EHDS) här https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_sv

Det europeiska hälsodataområdet kommer att ge enskilda personer tillgång till sina elektroniska hälsodata via patientportaler eller appar. Detta är i linje med målen i policyprogrammet för det digitala decenniet 2030: 100 % av medborgarna ska ha tillgång till sina elektroniska patientjournaler. Dessutom ska förordningen säkerställa att e-hälsodata följer patienter när de söker vård hos olika vårdgivare i sin egen medlemsstat eller i hela EU.

Genom det europeiska formatet för utbyte av elektroniska patientjournaler ska förordningen främja ytterligare harmonisering av strukturerna för uppgifter som utbyts via elektroniska patientjournalssystem. Utöver strukturerade data ska formatet stödja utbyte av ostrukturerade kliniska dokument, för att säkerställa genomförandet av fysiska personers rättigheter. De elektroniska patientjournalssystemen kommer att certifieras för att garantera att de uppfyller kraven på interoperabilitet och loggning.

För att säkerställa säker tillgång till e-hälsodata för sekundär användning kommer förordningen att inrätta ett nätverk av organisationer som ansvarar för tillgång till hälsodata i varje medlemsstat. Tanken är att detta ska påskynda forskning och innovation i EU och bidra till utvecklingen av nya behandlingar och avancerade hälsolösningar.

Två viktiga infrastrukturer, MyHealth@EU och HealthData@EU, kommer att inrättas för att stödja genomförandet av det europeiska hälsodataområdet. Skapandet av dessa infrastrukturer är ett betydande åtagande, men framstegen är på god väg. Huvudkomponenterna i MyHealth@EU är redan i drift och pilotprojekt pågår i HealthData@EU.

Den svenska regeringen och riksdagen stöder den europeiska hälsodatasfären (EHDS) men står inför utmaningar i dess genomförande. Medan Sverige gör framsteg i att bygga den nödvändiga infrastrukturen, ligger dess lagliga beredskap efter den tekniska beredskapen. Av denna anledning kommer Sverige att vara bland de sista länderna att ansluta sig till myHealth vid EU. Ingen omfattande bedömning har ännu genomförts av de förändringar som krävs i regional lagstiftning.³

³ <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2023/11/Implementing-the-European-Health-Data-Space-in-Sweden.pdf>

Sverige, som forskarnation, har en gedigen infrastruktur och kunskap med avseende på sekundär användningen av data för forskning: nationella register, statistik, epidemiologi mm. Men, enligt en rapport från EIT⁴, råder brist på färdigheter för att extrahera data från elektroniska patientjournaler. Med tanke på att hälso- och sjukvården redan idag ofta är överbelastade av onödig administration⁵ behöver dessutom hänsyn tas för att minimera ytterligare administrativa uppgifter vid genomförandet av EHDS.

► **”Det finns myter om var hindren ligger när det kommer till hälsodata. Vi bör undanröja dessa hinder eller komma med förslag för hur vi kan lösa dem och säkerställa att myterna försvinner, för vissa är faktiskt inte sanna.”**

Citat från workshop 7 maj 2024

Michel Silvestri: ”Det kan ta ett decennium innan vi ser vinsterna från EHDS”

- Summering från presentation workshop 7 maj 2024

Bra hälso- och sjukvård är baserad på information och till grund för informationen ligger data, som är livsnödvändigt för bästa möjliga behandling och diagnostik. Idag produceras enorma mängder hälsodata. Vi måste bli bättre på att både strukturera och utnyttja data, samt vaska fram information som skapar kunskap för framtidens hälso- och sjukvård. EHDS (European Health Data Space) är ett förslag till förordning. Det ser nu ut efter omröstning i parlamentet i slutet av april 2024 att vi vet ganska väl hur förordningen kommer vara skriven. Förordning innebär en lagstiftning som medlemsstaterna måste följa. EHDS är positivt på många sätt. Det handlar om att tillgängliggöra data, för primäranvändning för hälso- och sjukvård men även för sekundäranvändning för att återanvända data för framtidens sjukvård, genom forskning, beslutsfattande, träna AI, för precisionsmedicin mm. Men vi har en lång resa framför oss innan vi är i mål med EHDS, både ur svenskt perspektiv och alla EU:s medlemsländer.

EHDS utgör ett tydligt momentum för oss att ta tag i frågorna på nationell nivå. Sverige har varit lite dåliga på detta jämfört med våra grannländer. De har sprungit om oss när det gäller att skapa en infrastruktur som möjliggör delning av hälsodata på ett effektivt och säkert sätt. Vi tvingas skapa interoperabilitet på inrikes nivå och då gäller att hälsodata tolkas på samma sätt. Juridiken, tekniken, semantiken och organisationen måste vara på plats. EHDS är en katalysator på svensk nivå. EHDS projektet har en lång och krånglig resa fram till implementering. Det kommer ta tid och kommer kosta resurser. Men vi har inget val. Kanske tar det ett decennium för svensk del och kanske två decennier för EU innan vi börjar se vinsterna av EHDS. Alla aktörer kan hjälpas åt och ta fram allt. Det kräver att alla har ett modigt ledarskap.

Michel Silvestri är enhetschef på e-Hälsomyndigheten och har en gedigen kunskap om EU.

⁴ <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2023/11/Implementing-the-European-Health-Data-Space-in-Sweden.pdf>

⁵ Forum för Health Policy: Onödig administration i hälso- och sjukvården. 2023

Daniel Forslund: "Det börjar bli oetiskt att *inte* dela data"

- Summering från presentation workshop 7 maj 2024

Länder som Finland och Holland har blivit föredömen när det gäller hälsodata för de har tydlighet och tydligt ledarskap. I Sverige är det mesta i en gråzon. Vi måste hitta en annan typ av styrning, inte detaljstyrning, utan att sätta ramar för utveckling. Jag har stor förhoppning att vi kan lösa detta och skapa en tydlighet för alla som utvecklar system och köper in och använder system. Det faller på att vi tar chansen att omreglera/uppgradera reglerna. Vi måste hitta nya omprövningar så vi kan använda dessa möjligheter. Det är farligt att inte pröva, vi måste testa brister i allt och pröva och testa våra leverantörer för att se till att allt fungerar. Vi måste särskilja data från applikationer. Ledarskapet på nationell nivå är viktigt.

Vi behöver nationella och internationella krav. Vi kan inte ha 21 olika regelverk i 21 olika regioner där vi inte kan dela data. Läs Forum för Health Policys rapport "Onödig administration i vården" där bl.a. vårdpersonal kommenterar problemen med olika regelverk i regionerna. https://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2023/06/Rapport_Onodig-administration-sjukvard-juni-2023.pdf

Samtliga länder kommer att få problem med att förbereda sig för EDHS. Det är svårt att få igenom lagstiftning, vissa saker går långsammare och andra går snabbare, till exempel patientdatalagen. Jag tror att det kommer ta tid och investeringar att nå alla våra mål. EHDS kommer att påverka oss nationellt. Vad gäller patientperspektivet, kommer vi förhoppningsvis att slippa problem med överföring av data. Det är orimligt att det ska vara så olika, men nu har tekniken mognat och beslutsmässigt har man vågat ta beslut. Nu, i stället för att vara rädd för data, börjar det bli oetiskt att *inte* dela data. Vi måste använda den data vi har.

Daniel Forslund är expert på digitalisering, senior rådgivare på Vårdföretagarna och tidigare landstingspolitiker.

Nasim Farrokhnia:

”Vi måste befria kliniker från att sitta bakom en skärm med administration”

- Summering från presentation workshop 7 maj 2024

WHO har redan publicerat riktlinjer för olika språkmodeller. Läs mer här <https://www.who.int/news/item/18-01-2024-who-releases-ai-ethics-and-governance-guidance-for-large-multi-modal-models> ChatGPT lanserades för nästan två år sedan och på tre månader nådde den 100 miljoner användare. Det gick rekordsnabbt för ChatGPT att spridas, och rekordsnabbt för WHO att få ihop denna rapport. Jag tror att vi är långt förbi "om", nu handlar det om "hur" och "hur snabbt". Sverige är ett starkt entreprenör- och ingenjörsländ. Digitalisering är ett kraftfullt verktyg med chatbots som används inom hälso- och sjukvården. Vi måste befria kliniker från att sitta bakom en skärm med administration. Vi kan använda digitalisering för att slippa detta och frigöra tid för vårdpersonalen. Men det är också viktigt att förebygga missbruk av det. Men det går snabbt nu.

Vilka länder ligger i framkant? Man kan inte jämföra kulturer, men vi kan lära av varandra, t.ex av våra grannländer. Vad gör de bättre än Sverige? Hela ledningskedjan är viktig. Man måste hålla ihop och kommunicera. Vissa har knäckt koden bättre än andra. Vad kan vi lära av dem? Vad är de viktigaste sakerna framåt? Tänk er 2030, hur ser det ut? Vi måste också skapa förutsättningar för personalen att umgås med tekniken. Läs gärna: Forum för Health Policys rapporter, språkmodeller, och digital triagering <https://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2023/11/Jonathan-Ilicki-Sprakmodeller-i-sjukvarden.pdf> https://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2023/05/Paradigmskiftet-digital-triage_final.pdf

Nasim Farrokhnia är läkare och forskare, ordförande i Forum för Health Policys forskarnätverk och hälso- och sjukvårdschef på Microsoft.

Sjukvårdsförsäkringar i EU

Text av Kristina Ström Olsson, nordisk hälsostrateg på försäkringsbolaget If

Vad är viktigt för Sverige kopplat till sjukvårdsförsäkringar i EU?

Ser det olika ut och påverkas försäkringssystemen av EU-lagstiftningen?

Om vi börjar med att kasta en blick på hälso- och sjukvårdssystemet Sverige ser vi att det inte är okomplicerat. Många olika aktörer är involverade i vårdekosystemet och påverkar kvalitet, effektivitet och tillgänglighet mm. Styrning, organisation och finansiering ser olika ut i EU-länderna. Därtill skiljer sig befolkningsstorlek, demografi, traditioner och kultur en del. Det ser vi redan vid en jämförelse med våra nordiska länder. Bland annat diskuteras följande frågor i EU just nu:

Sjukvårdens tillgänglighet: Hur säkerställer man att alla EU- medborgare har lika tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster, oavsett socioekonomisk status eller geografisk placering. Det är en utmaning, inte minst i Sverige där de regionala skillnaderna är betydande.

Åldrande befolkning: En åldrande befolkning ökar trycket på hälso- och sjukvården i många EU länder och innebär ökade behov och bättre hantering av kroniska sjukdomar och multisjuklighet. Budgetrestriktioner och begränsade resurser innebär detta att en del av den medicinskt motiverade vården får stå tillbaka. För att inte tala om prevention, dvs. tidiga och förebyggande hälsoinsatser. Läs mer om den demografiska utvecklingen i EU https://commission.europa.eu/system/files/2023-01/Demography_report_2022_0.pdf

Digitalisering och digital hälsa: Integrationen av digital Teknik genom e-hälsotjänster och digitala hälsovårdsregister är en central diskussion. Det inkluderar också dataskydd och integritetsfrågor relaterade till patientdata. EU främjar digitalisering inom hälso- och sjukvården, inklusive användning av digitala hälsojournaler och teletjänster som kan effektivisera vården och ge bättre patientresultat.

Gränsöverskridande hälso- och sjukvård: EU arbetar med att förbättra regelverket för att underlätta tillgång till vård över gränserna, vilket kan innebära enklare tillgång till behandling i andra EU-länder och enklare ersättning från patientens hemland. Patienträttigheter och tillgång till vård över EU:s landsgränser, inklusive rättigheter relaterade till försäkringsskydd när man söker vård i ett annat EU land, är ett ämne som diskuteras löpande.

Hälso- och sjukvårdens finansiering: EU-medlemsstaterna fokuserar på att hitta hållbara sätt att finansiera sina hälsovårdssystem, speciellt med tanke på den ökande kostnaden för medicinsk teknik och en åldrande befolkning. Balans mellan offentliga och privata system; diskussioner om balansen mellan offentlig och privat finansiering av sjukvård är också vanliga. Det finns en debatt kring hur sjukvården bäst finansieras, inklusive utmaningar med att säkerställa en hållbar finansiering för offentliga sjukvårdssystem. En del av debatten är huruvida privata sjukvårdsförsäkringar bör spela en större roll i finansieringen av hälso- och sjukvården. Det inkluderar debatter om kostnaderna för sjukvårdsförsäkring och hur man bäst utformar system för att täcka alla individer.

Hälso- och sjukvårdssystemet skiljer sig åt och har olika finansieringsmodeller

De flesta länders sjukvårdssystem kan inrymmas under följande benämning: Beveridge (skattebaserat system) versus Bismarck (försäkringsbaserat system). Sjukvårdssystemen i Norden, Storbritannien, Italien, Spanien och Kanada har relativt lika, skattebaserade sjukvårdssystem. Tyskland, Holland, Belgien, Frankrike, Schweiz, Japan och Singapore är mer privat- och försäkringsbaserade. USA har sitt eget specifika system.

Exemplet Nederländerna:

I denna vårdmodell har staten övergått från att vara finansierare av vården till att främst organisera (och reglera) vården med privata sjukvårdsförsäkringar (en så kallad Bismarck-modell). Systemet är universellt med solidarisk finansiering, dvs. alla invånare rätt till den obligatoriska basförsäkringen och inget försäkringsbolag har rätt att neka någon. Därutöver finns frivilliga tilläggsförsäkringar att teckna.

Resurssvaga grupper får nedsatt belopp. Försäkringsbolag som har en större andel vårdtunga patienter får ersättning via ett utjämningsystem. Utmärkande för Hollands sjukvårdssystem är hög kvalitet, tillgänglighet, service och preventiva hälsoinsatser som till exempel i samarbetet med Health Holland. Offentligt-privat samverkan är utbredd och ”naturlig”.

Exemplet Danmark:

Sjukvårdsförsäkringen har till syfte att främja återgång i arbete vid sjukdom eller skada. Den omfattar i stor utsträckning hälsofrämjande behandlingar av fysioterapeut och psykolog. Täcker även behandling och operation inom områden där de offentliga väntetiderna är lång såsom knä- och höftoperationer.

Därtill täcker försäkringar annan service där det offentliga skyddet inte upplevs tillräckligt som koordinering och vägledning genom vårdssystemet. Det finns även här digitala lösningar som 24/7 doktor. Offentlig-Privat samarbete är vanligt förekommande även vid reformarbete av systemet. Vid längre väntan än 60 dagar i det offentliga, har patienten rätt att välja en privat vårdgivare för att få sin vård genomförd

Sjukvårdsförsäkringars roll i EU och EU:s roll för hur sjukvårdsförsäkringar kommer att bidra på sikt

Diskussioner om sjukvårdsförsäkringar i EU varierar mellan olika medlemsländer eftersom systemen och försäkringsmodellerna skiljer sig åt. Några av de vanligaste ämnena som diskuteras i EU kring sjukvårdsförsäkringar är frågor om effektivitet, kvalitet, standardisering och reglering.

Effektivitet och kvalitet; hur sjukvårdsförsäkringar påverkar kvaliteten och effektiviteten i sjukvårdstjänsterna är frågor som har stort fokus i EU. Diskussioner fokuserar ofta på hur olika försäkringssystem påverkar tillgången till och kvaliteten på vårdtjänster. Studier under 2024, bland annat från Vårdföretagarna och Sirona visar att privata utförare i genomsnitt levererar högre kvalitet i specialistvården. Och det är allmänt känt att läkare som får möjlighet att göra fler operationer också blir bättre på det! För svenska försäkringsbolag är det en självklarhet att säkerställa hög kvalitet i den vård som ges via försäkringarna. Kvalitet, effektivitet är högsta prioritet för att det ska fungera som det supplement till den offentliga vården som det är tänkt. Att hjälpa drabbad och dess arbetsgivare att främja hälsa och snabb återgång i arbete. När det gäller tillgängligheten tillför försäkringarna vård och resurser till det samlade vårdekosystemet.

Standardisering och reglering; på EU nivå diskuteras ofta behovet av att standardisera vissa aspekter av sjukvårdsförsäkringar för att underlätta för personer att röra sig och arbeta över gränserna inom unionen. Detta kan till exempel innefatta regleringar för vilket minsta skydd som ska gälla, och ett ömsesidigt erkännande av sjukvårdsförsäkringar mellan länderna.

Summering: Diskussioner om sjukvårdsförsäkringar i EU är komplexa och varierar beroende på lokala förhållanden och politiska perspektiv. Beslutsfattare sägs stå inför utmaningen att få till en robust finansiering av välfärden ("balansera ekonomisk hållbarhet") med att säkerställa tillgänglig vård av hög kvalitativ för alla medborgare. Som det ser ut i dag saknas finansiering för att tillgodose människors behov av hälso- och sjukvård. Det är en förklaring till att det görs prioriteringar och ransonering i vården, och är möjligtvis en anledning till att det fortfarande investeras så litet förebyggande i människors hälsa. Det glapp som uppstått mellan det sociala kontraktet och vad människor förväntar sig att få, är en förklaring till en ökad efterfrågan på kompletterande sjukvårdsförsäkring.

EU och Läkemedel

Text av Maria Fagerquist, sakkunnig policy på Lif, de forskande läkemedelsföretagen i Sverige

Hälsofrågor har blivit alltmer centrala inom EU-politiken. Även om varje medlemsland ansvarar för sin egen hälso- och sjukvård är lagstiftningen inom läkemedelsområdet i stor utsträckning gemensam. EU:s regleringar täcker hela läkemedlets livscykel, från tidig forskning och tillverkning till tillgängliggörande och patientanvändning. De beslut som fattas inom EU styr därmed möjligheterna att utveckla nya behandlingar och göra dem tillgängliga för svenska patienter. EU:s beslut påverkar även tillgången till nödvändiga läkemedel och sjukvårdens beredskap under perioder av global oro. Hållbarhetsfrågor och den gröna omställningen avgörs också av beslut på EU-nivå.

Flera pågående lagstiftningsprocesser kommer att påverka tillgången till läkemedelsbehandlingar för svenska patienter: EU:s läkemedelslagstiftning, HTA-förordningen, EHDS, samt miljö- och hållbarhetslagstiftningen.

EU:s läkemedelslagstiftning, som reglerar godkännande och övervakning av läkemedel, är avgörande för att säkerställa att patienter får tillgång till nya behandlingar så snabbt och säkert som möjligt. Det europeiska läkemedelsverket (EMA) ansvarar för bedömning och övervakning av läkemedel som ska godkännas för marknaden inom EU. Genom att fastställa gemensamma standarder och förfaranden för bedömning av läkemedel bidrar EMA till en enhetlig och effektiv process för godkännande av nya behandlingar. Dessutom spelar EMA en viktig roll i övervakningen av läkemedel efter att de har godkänts för marknaden för att säkerställa deras säkerhet och effektivitet.

En reviderad läkemedelslagstiftning förväntas vara färdigförhandlad om några år och kommer att ha en stor inverkan på Europas konkurrenskraft inom läkemedelsområdet och på patienters tillgång till viktiga läkemedel. Sveriges röst är viktig i förhandlingsprocessen. Vi måste uppnå en lagstiftning som möjliggör medicinska genombrott, som ser till att nya innovativa behandlingar når Europas patienter och som stärker EU:s konkurrenskraft.

EU:s Health Technology Assessment-förordning som träder i kraft 1 januari 2025, syftar till att harmonisera bedömningen av nya hälso- och sjukvårdsteknologier, inklusive läkemedel, över medlemsländerna. Förordningen kräver att den första delen av utvärderingen av nya läkemedels medicinska effekt ska utföras gemensamt på EU-nivå i stället för nationellt. Förhoppningen är en mer enhetlig tillgång till behandlingar i hela Europa. Beslut om subvention för svenska patienter ska fortsatt tas nationellt, men vi behöver anpassa den svenska processen till det nya, europeiska regelverket.

EHDS, European Health Data Space, är ett annat viktigt initiativ inom EU med målsättning att skapa en gemensam struktur för hälsodata inom EU och därmed underlätta delning och användning av hälsodata för forskning och innovation. Genom att samla in hälsodata från olika källor och göra dem tillgängliga för forskare och vårdpersonal över hela Europa kan EHDS främja utvecklingen av nya behandlingar och förbättra vår förståelse för sjukdomar och deras behandling.

I detta sammanhang är det också viktigt att betona att balansen mellan tillgång till läkemedel och hållbarhet måste upprätthållas. EU:s miljö- och hållbarhetslagstiftning spelar en allt större roll för läkemedelssektorn genom att reglera användningen av kemikalier och främja en mer hållbar produktion och användning av läkemedel.

Eftersom EU:s politik är avgörande för svenska patienters tillgång till läkemedel är det viktigt att Sverige deltar aktivt i EU:s lagstiftningsprocesser och påverkar besluten för att säkerställa att svenska patienter får tillgång till de bästa möjliga behandlingarna. Genom att samarbeta med andra medlemsländer och intressenter kan Sverige bidra till att säkerställa en hållbar och innovativ europeisk läkemedelssektor. Sveriges EU-minister Jessika Roswall har nyligen tagit initiativ till en särskild EU-arbetsgrupp för läkemedel, ledd av Socialdepartementet. Målet är ökad närvaro i EU-processer och dialog med branschaktörer för att stärka svensk påverkan.

EU-valen är viktiga för den framtida utvecklingen inom läkemedelsområdet samt svenska patienters tillgång till läkemedel och hälso- och sjukvårdens kapacitet. EU behöver bli mer attraktivt för investeringar inom life science-sektorn och behöver satsa på innovation och forskning för att göra EU till ett globalt nav för medicinsk forskning och läkemedelsutveckling. Kompetensförsörjning och investeringar inom digitalisering behöver säkras. EU behöver också förebygga brist på kritiska läkemedel genom ökad självförsörjning och upprätthållande av frihandeln för att kunna erbjuda robust sjukvård även under kriser. Besluten som tas på EU-nivå har en direkt inverkan på möjligheterna att utveckla och tillhandahålla nya behandlingar, tillgången till nödvändiga läkemedel och vår förmåga att hantera globala hälsoutmaningar. Vi kan alla påverka EU:s beslut - och därmed svenska patienters tillgång till läkemedel - genom att rösta i EU-valen!

Läs mer om EU:s förslag till läkemedelslagstiftning här:

https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe/reform-eu-pharmaceutical-legislation_en

Apotekens roll och EU

Av Louise Skalin, chefsfarmaceut på Apoteket AB

Apotek och dess detaljhandel med läkemedel och egenvårdsprodukter utvecklas ständigt i Sverige. Efter den svenska omregleringen av apoteksmarknaden har produkt- och tjänstesortimentet till konsumenter breddats, rena e-handelsapotek etablerats och nya samarbeten med vårdgivare vuxit fram. Att sköta sina kontakter med apoteket digitalt har blivit allt vanligare för invånare i alla åldersgrupper. Sverige har länge legat långt fram i EU när det kommer till digital överföring av receptinformation och gemensamt receptregister. Det finns inga gemensamma EU-regler om nätförsäljning av receptbelagda läkemedel. I vissa länder som Sverige är näthandel med läkemedel tillåtet och väl utbyggt medan det i andra länder fortfarande inte är tillåtet eller ses på med skepsis.

Apoteksverksamhet regleras i Sverige till stor del av nationell lagstiftning. Bland EU-regleringar med direkt bärning på apotek finns implementeringen av Falsified Medicines Directive – direktivet som reglerar hur äktheten hos unika läkemedelsförpackningar ska verifieras i legala försörjningskedjan innan läkemedlet lämnas ut till slutkund. Den kommande europeiska läkemedelslagstiftningen berör delvis apoteksbranschen. I branschen ses positivt på förslagen om ökad och jämlik tillgång till läkemedel och förslagen att minimera läkemedels miljöpåverkan.

En patientnära förändring är också diskussionen om att ersätta pappers-bipacksedlar med elektroniska sådana. I kommande EHDS (European Health Data Space https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en) pekas utlämnande av läkemedel och e-recept ut som prioriterade kategorier av hälsodata för primär datadelning. Det kan öka möjligheten att ha effektiva system för e-recept och utbyte av uppgifter mellan vård och apotek. I övrigt så påverkas apoteksbolagen av generell lagstiftning där kommande direktiv och förordningar kopplade till hållbarhet och IT-säkerhet just nu dominerar.

Apotekens roll utöver dagens grunduppdrag kan vidgas om vi inspireras av övriga EU-länder

I Sverige är det helt centralt för alla apotek att genomföra och utveckla det lagreglerade grunduppdraget. Det består i att tillhandahålla förordnade läkemedel, ge anpassad information och rådgivning om läkemedel och genomföra det generiska utbytet av läkemedel. Grunduppdraget är under ständig utveckling i apoteksbranschen. Nya förenklade sätt att beställa sina läkemedel utvecklas, tillgängligheten är en viktig konkurrensfråga och att ge relevanta råd som kunden kan ta emot och tillgodogöra sig är viktigt för att vara relevant för kunderna.

Att vidga apoteksfarmaceuternas roll utanför nuvarande grunduppdrag i Sverige har aktualiserats. Farmaceutiska rådgivningstjänster för att motivera människor att hämta ut och använda sina mediciner rätt är under utveckling, inspirerat från EU-länder som Danmark, Tyskland och UK. Även ett farmaceutsortiment införs nu i Sverige – en kategori receptfria läkemedel som ska säljas på apotek efter bedömning och rådgivning av farmaceut. Det här är vanligt i övriga EU sedan lång tid tillbaka. Farmaceuter som jobbar i andra EU-länder är också vana att kunna förnya utgångna recept och både förskriva, byta och ändra läkemedelsordinationer under ordnade former.

Vi ser också att man i flera EU-länder nära oss går ännu längre i vad ett apotek kan bidra med i sjukvårdssystemet. Att farmaceuter på apotek vaccinerar befolkningen mot Covid och influensa förekommer i många länder och i UK har NHS infört vad som går under begreppet Pharmacy First. Det innebär att allmänheten i första hand hänvisas till ett apotek för att undersöka och behandla flertalet åkommor som tidigare behandlades av sjukvården. Genom Pharmacy First ordinerar farmaceuter idag läkemedel för bältros, okomplicerad urinvägsinfektion hos kvinnor, halsfluss, bihåleinflammation med mera. Även om det finns nackdelar och risker med detta så har nettoeffekter bedömts positiva. Eventuell antibiotikaföreskrivning görs strikt efter reglerade beslutsträd och checklistor och bedöms inte öka. Allt detta för att minska trycket på en tungt lastad primärvård och beräkningar säger att 15 miljoner vårdbesök ska kunna undvikas på detta sätt.

Hur långt kan vi utveckla farmaceuternas och öppenvårdsapotekens roll i Sverige? Det återstår att se. Utvecklingen behöver sannolikt ske gradvis steg för steg utanför dagens grunduppdrag. Liksom i vården är kompetensförsörjning en utmaning i svenska apotek. Regleringar gör gällande att farmaceut behöver finnas fysiskt närvarande varje enskild tidpunkt för att ett apotek ska hålla öppet. En önskad utveckling hos flera aktörer i Sverige är därför att nyttja vår långt utvecklade digitala förmåga och under reglerade former driva apotek med farmaceuter tidvis uppkopplade på distans.

En hypotes är att om portföljen med vad en apoteksfarmaceut kan bidra med kopplat till läkemedel, hälsa och välmående kan vidgas så kan apoteken komplettera vården mer och bidra till en ökad folkhälsa. Vi kan också få ut mer av den långa utbildning som farmaceuter genomfört, 3–5 år på universitet. Då allt fler farmaceuter har vana från att jobba i EU-länder där farmaceutyrket inrymmer mer är det lätt att känna sig begränsad och underutnyttjad i sin yrkesutövning i Sverige som det ser ut idag.

Läs Louise Skalins bloggartikel om framtidens apotek här: <https://healthpolicy.se/apotekens-roll-idag-och-framat/>

Avslutning och rekommendationer

EU:s påverkan på svensk hälso- och sjukvård är begränsad. Medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem är framför allt en nationell angelägenhet (national competence). Den största påverkan som EU har är framför allt i form av **patientrörlighetsdirektivet** som innebär att patienter har rätt till planerad vård i andra EU-länder. I nuläget är det relativt få patienter som nyttjar patientrörlighetsdirektivet. Sannolikt är möjligheterna till planerad vård i andra EU-länder fortfarande relativt okänt bland svenskar. **Bättre förutsättningar och mer information kan leda till en ökad rörlighet som kan gynna både patienter och sjukvårdssystemen.** När patienter söker sig vård i andra länder i ökad utsträckning kan det leda till en ökad kunskap och ett lärande. Dessutom kan en ökad patientrörlighet inom EU minska köerna i Sverige. Tillgängligheten är fortfarande en svensk sjukvårds akilleshäla. EU kan också vara en katalysator för att stärka svensk vård, ett exempel är EU:s cancerplan ”EU Beating Cancer”. En implementering av planen i Sverige förbättrar svensk cancervård. Motsvarande gäller andra områden.

Hälsodata och delning av patientinformation har diskuterats länge på EU-nivå och har resulterat i ett direktiv i form av European Health Data Space (EHDS). EHDS ska underlätta för sjukvården att dela data så att patienter ska slippa upprepa sin sjukdomshistoria för olika vårdgivare. EHDS ska också stärka användandet av sekundärdata för forskning och utveckling. Flera framhåller dock att det är en lång väg kvar innan vinster kan skönjas för patienterna, kanske ett till två decennier. Samtidigt saknas andra alternativ och **stora förväntningar finns att EHDS kan utgöra en katalysator för att äntligen skapa förutsättningar för delning av hälsodata inom och mellan regioner i Sverige.** Sverige bör använda och driva på EHDS-arbetet som kan utgöra en efterlängtdad katalysator för delning av hälsodata.

Hälso- och sjukvårdssystemen är olika i EU:s medlemsländer och EU:s påverkan är som tidigare nämnts begränsad. **Intressant är emellertid att studera de olika sjukvårdssystemens organisation och finansiering, till exempel, som beskrivs ovan, andra länders sjukvårdsförsäkringssystem.** I Danmark har över 2 miljoner danskar sjukvårdsförsäkring, jämfört med cirka 800 000 i Sverige. Det glapp som uppstått mellan det sociala kontraktet och vad människor förväntar sig att få, är en förklaring till en ökad efterfrågan på kompletterande sjukvårdsförsäkring. Hur kommer det sig att Nederländerna har en ungefär lika stor andel primärvård som Sverige men samtidigt färre problem med köer och tillgänglighet? Vad gör Danmark och Finland inom hälsodataområdet som gör att det går enklare att dela data inom dessa länder jämfört med Sverige? Här finns sannolikt mycket att inspireras av för svensk sjukvård. **Ju närmare varandra olika EU-länder kommer, desto starkare samarbete och utbyte av kunskap möjliggörs.**

Rapport 2024

Kontakt: info@healthpolicy.se

Författad av: Catharina Barkman, Forum för Health Policy

Layout/redigering: Helena Conning, Forum för Health Policy

Allt ursprungligt material finns på: <https://healthpolicy.se>

Forum för Health Policy är en ideell och politiskt obunden tankesmedja som vill stärka analysen av hälso- och sjukvårdspolitik i Sverige och stimulera till innovation och utveckling i hälso- och sjukvården och omsorgen.

www.healthpolicy.se - info@healthpolicy.se