

Eva Edwardsson

Fri rörlighet för välfärd?

Rättsutvecklingen gällande den fria rörligheten för sjukvårdstjänster

Eva Edwardsson

Fri rörlighet för välfärd?

**Rättsutvecklingen gällande den
fria rörligheten för sjukvårdstjänster**

– SIEPS 2007:5 –

Rapport nr 5
Juni 2007

Utges av Svenska institutet för europapolitiska studier

Rapporten finns tillgänglig på
www.sieps.se

Författaren står själv för analys och slutsatser

Omslag: Svensk Information AB

Tryck: EO Grafiska AB

Stockholm i juni 2007

ISSN 1651-8942

ISBN 91-85129-51-8

FÖRORD

Svenska institutet för europapolitiska studier, Sieps, har till uppgift att bedriva och främja forskning, utvärdering, analys och studier i europapolitiska frågor med inriktning främst på områdena statsvetenskap, juridik, ekonomi och handel.

Sieps har inlett ett forskningsprojekt som rör EU-medlemskapets inverkan på centrala områden som omfattas av den inre marknaden. På respektive område redovisas den senaste tidens utveckling samt problemställningar och utvecklingstendenser. I denna rapport behandlas EG-rättens eventuella inverkan på medlemsstaternas välfärdsmodeller, i synnerhet sjukvårdssamfundet. EG-domstolen har slagit fast att sjukvårdstjänster omfattas av den fria rörligheten inom EU, vilket innebär att patienter kan söka sjukvård utomlands och få den betald i hemlandet. I denna rapport beskrivs och diskuteras denna rättsutveckling. Frågor som behandlas är under vilka förutsättningar vård kan sökas utomlands, vilka kostnader som ersätts samt när det är möjligt för en medlemsstat att uppställa krav på att en patient skall begära förhandstillstånd innan vård söks utomlands. Även den särskilda frågan om abortlagstiftningen och möjligheten till gränsöverskridande aborttjänster tas upp i detta sammanhang.

Rapporten innefattar slutligen en analys av det ekonomiska sammanhanget, dvs. på vilket sätt sjukvårdsmarknaden skiljer sig från mer ordinära tjänstemarknader och vilka konsekvenser detta har för beteendet på marknaden och ytterst för lagstiftningen. Olika framtidsscenarier diskuteras, varvid författaren drar slutsatsen att den pågående utvecklingen inte innebär oöverstigligen påfrestningar på den rådande svenska sjukvårdsmodellen.

Sieps ser som en av sina främsta uppgifter att fungera som en länk mellan den akademiska världen och beslutsfattare. Förhoppningsvis kommer denna rapport att bidra till detta samt rent allmänt leda till ökat intresse för frågor relaterade till den europeiska integrationen och Sveriges medlemskap i EU.

Jörgen Hettne
Tf. kanslichef
Sieps

OM FÖRFATTAREN

Jur. dr. Eva Edwardsson är universitetslektor i offentlig rätt med inriktning mot materiell EG-rätt och verksam som forskare och lärare vid Juridiska institutionen, Uppsala universitet.

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING AV RAPPORTEN	6
1 INLEDNING	8
2 RAPPORTENS SYFTE OCH DISPOSITION	12
3 PROBLEMMÖRÅDEN VAD GÄLLER EFFEKTEN AV EG-RÄTTEN FÖR MEDLEMSSTATERNAS SJKVÅRDSSYSTEM	14
4 GÄLLANDE EG-RÄTT	17
4.1 De centrala bestämmelserna	17
4.2 EG-domstolens praxis	23
5 SVENSK RÄTT	51
5.1 Inledning.....	51
5.2 Sjukvårdens organisation och reglering.....	52
5.3 Vårdgaranti.....	53
5.4 Domstolspraxis.....	54
5.5 Lagrådsremiss om ersättning för kostnader i vård i annat EES-land ..58	
5.6 Utländska kvinnors rätt till abort i Sverige	60
6 KONKURRENS PÅ DEN INRE MARKNADEN FÖR SJKVÅRD	64
6.1 Ett ökat konkurrenstryck.....	64
6.2 Konkurrens och sjukvård	65
6.3 EG-fördragets övriga regelkomplex.....	69
6.4 Hur stort blir utflödet av svenska patienter till utlandet?.....	73
7 DET NUVARANDE RÄTTSLÄGET	75
SUMMARY	79
Offentligt tryck.....	81
Utländskt offentligt tryck.....	81
Litteratur.....	81
Rättsfall	83

SAMMANFATTNING AV RAPPORTEN

Enligt EG-rätten skall det råda fri rörlighet för tjänster. Sjuk- och hälsovård är sådana tjänster som omfattas av den fria rörligheten. Om allmän sjukvård i Sverige tidigare har uppfattats mer som en skyldighet för landstingen, har EG-rätten medfört att möjligheten att under vissa förutsättningar få vård i andra EU-länder numera utgör en rättighet för dem som är bosatta i Sverige.

Rättsläget i EG-rätten är idag ganska klart. I fråga om sjukvård eller tandvård som tillhandahålls utanför sjukhus kan en person som är bosatt i Sverige välja om den vill att vården skall utföras i Sverige eller i ett annat EU- eller EES-land. Förutsättningen är att det rör sig om vård som ges av den allmänna sjukvården i Sverige. Svenska myndigheter får ersätta utländska vårdgivare och patienten betalar endast sådana kostnader som den skulle ha betalat i Sverige.

För vård på sjukhus har EG-domstolen godkänt att patienter får resa utomlands för vård endast efter tillstånd från den egna staten eller försäkringskassan. Sådana tillstånd måste dock beviljas om patienten inte kan få vården eller minst lika effektiv vård i tid i den egna medlemsstaten. Sverige har ännu inte infört ett förhandstillståndssystem, men det finns planer på detta. När ett sådant system införs, ökar myndigheternas möjligheter att avslå begäran om att få vård utomlands. Därmed begränsas svenska patienters möjligheter att söka sig till andra EU-länder. Samtidigt begränsas ovissheten om ersättning kommer att medges eller inte. De ekonomiska transaktionerna kring vården utomlands behöver inte längre skötas av de enskilda patienter som får tillstånd.

I den mån vårdens kringkostnader, som kostnad för resa, logi, att patienten behöver stöd av en medföljande etc. ersätts vid vårdresor inom Sverige, gäller i princip att sådana kostnader också skall ersättas när patienten reser utomlands. Det skall råda likabehandling mellan patienter som får vård inom Sverige och svenska patienter som får vård i andra EU-länder.

EG-rätten innebär ett förändringstryck på svensk sjukvård. Vård skall i EU-länderna ges efter behov och inte efter betalningsförmåga. För att alla skall kunna få vård efter behov krävs någon form av kollektiv finansiering. I och med att EG-rätten gör det möjligt för enskilda patienter att ta med sig skattepengar utomlands utan att själva behöva betala annat än svenska patientavgifter, uppstår ett finansiellt utflöde. Om väldigt många patienter gör bruk av den fria rörligheten, skulle det kunna leda till dåliga finanser för sjukvården. Erfarenheterna visar att det trots allt är ganska få patienter som verkligen söker vård utomlands. Den svenska sjukvården kan också

möta ett eventuellt patientutflöde genom att erbjuda effektiv vård i tid i Sverige och förbättra vårdens tillgänglighet.

Sammantaget kan inte rättsutvecklingen inom EU sägas utgöra ett hot mot den europeiska sociala modellen.

1 INLEDNING

Inför folkomröstningen om svenskt medlemskap i EU 1994 frammanades bilden av att medlemskapet utgjorde ett hot mot Sverige som välfärdsstat. Farhågorna kan inte sägas ha besannats, även om rädslan för en utarmning av välfärden ändå kan leva kvar. Samarbetet inom EU syftar emellertid inte till en nivellering eller nedrustning av välfärden i något land. EG-samarbetets målsättning har tvärtom från början varit att höja levnadsstandarden för befolkningen i medlemsstaterna.¹ Ett samarbete, vars ideal är ett tillstånd där människor utan hinder av nationsgränser bosätter sig och arbetar var helst de önskar, måste emellertid alltid försvara sig mot misstanken att befolkningsströmmarna i sig kommer att framtvunga en sänkning av välfärdsnivån hos enskilda länder med högre standard ifråga om socialt skydd och ekonomiska förmåner. EG-samarbetet föreskriver fri rörlighet för unionsmedborgare och produktionsfaktorer. Som en konsekvens måste också välfärden till viss del kunna vara gränsöverskridande – annars begränsas individernas fria rörlighet. Den här rapporten syftar till att klargöra rättsutvecklingen vad gäller hur EG-rätten påverkar en aspekt av välfärden – möjligheterna att söka sjukvård utomlands på den egna försäkringskassans bekostnad.

Tillgång till sjukvård är en väsentlig del av ett välfärdssamhälle. Alla stater som har undertecknat 1966 års FN-konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har förbundit sig att verka för att tillförsäkra ”envar läkar- och sjukhusvård i händelse av sjukdom”.² Detta anses innebära att varje sjukvårdssystem skall kunna uppfylla krav på att sjukvård kan tillhandahållas för a. samtliga delar av ett territorium, b. till samtliga individer som vistas inom territoriet samt c. att tillgången till sjukvård är lika för alla.³

¹ Artikel 2 EG angav enligt sin ursprungliga lydelse att gemenskapen hade till uppgift att främja en allt snabbare höjning av levnadsstandarden. Sedan Maastrichtfördragets ikraftträdande har artikel 2 både formulerats om och utökats med ytterligare målsättningar. Nu anges bland annat att gemenskapen skall främja "... en hög nivå i fråga om sysselsättning och socialt skydd... en hög nivå i fråga om miljöskydd... en höjning av levnadsstandarden och livskvaliteten...".

² FN:s konvention (1966) om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, art. 12. Folkrättslig förankring för varje människas rätt till bästa möjliga hälsa finns även i artikel 25 FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna, barnkonventionens artikel 24 samt FN:s kvinnokonvention – CEDAW – artikel 12.

³ Se General comment no. 14, 2000-08-11, p. 12 utfärdad av FN:s kommitté för ekonomiska och sociala rättigheter, Hatzopoulos (2005), s. 114.

I olika sammanhang talas om ”*the European Social Model*”.⁴ Det finns emellertid inte någon bestämd definition av den europeiska sociala modellen. Beteckningen ger möjligen intryck av att det existerar en enhetlig europeisk social modell, vilket inte är fallet. EG:s medlemsstater har och kommer för överskådlig tid att fortsätta ha sinsemellan olika välfärdsmodeller och minst 27 olika sjukvårdssystem.⁵ Men ”den europeiska sociala modellen” är ändå ett begrepp. Det används inom EU-kommissionen och andra institutioner samt bland politiker.⁶ En viktig komponent i det som uppfattas som den europeiska sociala modellen verkar vara det som kallas ”social inclusion”.⁷ Med detta begrepp avses ett inkluderande förhållnings-sätt mellan stat och befolkning där utgångspunkten är att hela befolkningen skall omfattas av ett socialt skydd.⁸

I Sverige är målet vad gäller sjukvård, att vård skall ges på lika villkor för hela befolkningen samt att vård skall ges efter behov och därmed inte efter betalningsförmåga.⁹ Ibland framställs detta både i offentligt tryck och i den allmänna debatten som en ”svensk” sjukvårdsmodell, vilket verkar bygga på ett implicit antagande om att Sverige på den här punkten skulle skilja sig från andra länder.¹⁰ I själva verket delar Sverige målsättningen om vård

⁴ Se t.ex. Blomqvist (2003), s. 6, De Búrca (2005), s. 2-3, Schierup, Hansen (2006), s. 48. Möjligen står ”the European Social Model” i kontrast till sjukvårdsförhållandena i USA, Mossialos, McKee, (2004), s. 32.

⁵ Även om medlemsstaternas sjukvårds- och socialförsäkringssystem säkert vart och ett är unika, kan de ändå delas in i olika modeller. En modell utgörs av en helt skattefinansierad sjukvård och sjukförsäkring som i Danmark, Sverige, Finland och Storbritannien. En annan modell är att det kan finnas ett flertal olika försäkringskassor, men anslutningen till någon av dem är obligatorisk, som i Nederländerna, Tyskland, Spanien m.fl. En tredje modell, dit t.ex. Luxemburg och Frankrike hör, är då patienten först betalar vad vården kostar och sedan får ersättning i efterhand av en försäkringskassa. Även här är anslutningen till någon försäkringsgivare i allmänhet obligatorisk.

⁶ De Búrca menar att många aktörer inom EU medvetet utnyttjat begreppets vaghet. ”Moderniseringen” eller ”förnyandet” av ”den europeiska sociala modellen” har blivit en egen diskurs. Här antyds både att den europeiska sociala modellen faktiskt existerar *och* att den dessutom behöver moderniseras, de Búrca (2005), s. 2-3.

⁷ Trubek, D./Trubek, L., ELJ, 2005, s. 345.

⁸ Den amerikanske forskaren Minogiannis ställer sig frågan om europeiska länder fortfarande kommer att kunna erbjuda allmän sjukvård på lika villkor eller om den europeiska integrationen kommer att tvinga fram ett exkluderande förhållningssätt, Minogiannis (2003), s. 257. Detta kan tolkas som att den europeiska modellen i vart fall hittills har uppfattats som ett inkluderande system.

⁹ Se 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL).

¹⁰ Ett exempel är när ordförandena för dåvarande Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet i en debattartikel i SvD 2004-04-11 ”*EG-domstolen hotar den nationella vården*” pekar ut just det svenska systemet som ett system med sjukvård på lika villkor. I lagrådsremiss från 2007-01-18 gällande ersättning för vård i annat EES-land slås fast, att det är en ”grundläggande tanke i den svenska hälso- och sjukvården att vård skall ges på lika villkor och att den med störst behov av vård skall ges vård först oavsett personens ekonomiska resurser, språkkunskaper eller liknande.” (s. 18).

för alla på lika villkor och vård efter behov med samtliga EU-länder. Även andra länder i världen har samma målsättning, men EU:s medlemsstater hör till de länder som vid en global jämförelse kanske har kommit allra längst i förverkligandet av tanken att sjukvård skall ges till hela befolkningen på lika villkor.¹¹

Den befintliga välfärden i EU:s medlemsländer har genom olika mekanismer varit allmän, men ändå inte tillgänglig för precis alla. För att omfattas av vissa socialförsäkringar måste en individ vara arbetstagare eller kanske egen företagare eller familjemedlem till någon som omfattas av dessa kategorier. En annan typ av begränsning är att låta medborgarskapet avgöra vilka som skall inkluderas i välfärden och vilka som ställs utanför. EG-rättens krav på likabehandling av medborgare från andra EG-länder har emellertid gjort det omöjligt att förbehålla sociala förmåner för de egna medborgarna.¹² Detta faktum, tillsammans med migrationen i sig, har tvingat fram en förändrad lagstiftning också i Sverige. Numera måste man kvalificera sig för svenska socialförsäkringar genom antingen arbete eller bosättning, medan kravet på medborgarskap inte längre upprätthålls.¹³ Svenska landsting ansvarar till exempel för sjukvård för dem som är bosatta inom landstinget, oberoende av nationalitet.¹⁴ Med kvalificeringsgrunderna bosättning och arbete inkluderas således fler personer i den allmänna välfärden, men fortfarande upprätthålls en territoriell bestämning.

EG-rättens krav har medfört att medlemsstaterna måste inkludera medborgare från andra EU-länder, som gjort bruk av den fria rörligheten i sina socialförsäkringssystem. Beslutskompetensen mellan medlemsstaterna och EG är dock fördelad på så sätt att det är medlemsstaterna och inte EG som har beslutskompetens angående sjukvårdens organisering och finansiering. Genom att EG-rätten ändå i vissa fall ger patienterna möjlighet att söka vård utomlands på den nationella försäkringskassans bekostnad, påverkas indirekt medlemsländernas sjukvårdssystem.

För just sjukvården medför EG-rätten ytterligare ett moment – rätten för enskilda individer att bryta ut ”sin” finansiella andel av den nationella sjukvårdens resurser och få använda dem utanför territoriet. En viktig fråga är om EG-rätten bidrar till att patienten får ett fritt vårdval, dvs. det är patienten som bestämmer om vården skall ges, inte vårdgivaren eller vård-

¹¹ Det kan nämnas att FN:s konvention om ekonomiska och sociala rättigheter, där ett folkrättsligt krav på sjukvård för alla kommer till uttryck, har ratificerats av sammanlagt 149 stater.

¹² Detta följer av artikel 12 i EG-fördraget, liksom artikel 7 förordning 1612/68 och artikel 3 i förordning 1408/71. Se även Ferrera, (2005), s. 11-12.

¹³ Prop. 1998/99:119, s. 1, 85 f, 100 f.

¹⁴ 3 § HSL

finansiären. Hur önskvärt detta än kan tyckas vara från patientens synvinkel, är ett sådant allmänt utbrett fritt vårdval inte förenligt med en kollektivt (eller på annat sätt tredjepartsfinansierad) sjukvård. Eftersom patienten inte behöver betala vårdens faktiska kostnad, kan fri rörlighet för patienter innebära ett mer eller mindre omfattande utflöde av resurser. Varje medlemsland måste då först planera en vårdvolym efter befolkningens beräknade behov och sedan därutöver bekosta vård för de patienter som gör bruk av den fria rörligheten för sjukvårdstjänster.

Ett inkluderande system och strävan efter att vård skall ges på lika villkor till befolkningen är kostsamt, men det ligger helt i linje med gemenskapens strävan efter en hög nivå i fråga om socialt skydd. Det är därför en paradox att det är EG-rätten och dess bestämmelser om fri rörlighet, som under de senaste åren har uppfattats sätta de nationella sjukvårdssystemen under press.

2 RAPPORTENS SYFTE OCH DISPOSITION

Syftet med rapporten är att beskriva rättsutvecklingen i EG-rätten i fråga om fri rörlighet för sjukvårdstjänster samt konsekvenser av EG-rätten för svensk sjukvård. Rapportens titel är visserligen fri rörlighet för välfärd, men inriktningen är fri rörlighet för sjukvård, i betydelsen möjligheter att få sjukvård utomlands. Den rättsliga grunden för detta är dels artikel 49 EG, dels artikel 22 i förordning 1408/71.

En stor del av rapporten består av redogörelse för gällande EG-rätt och svensk rätt (kapitel 4 respektive 5). Den använda metoden är den traditionella rättsvetenskapliga metoden, dvs. argumentationen knyts till innehållet i rättskällor som värderas på vedertaget sätt. Tillvägagångssättet vad gäller EG-rätten är att redovisa en genomgång av samtliga relevanta rättsfall från EG-domstolen och då redovisa vilka frågor och argument som EG-domstolen redan har tagit ställning till. Rapporten är inriktad på EG-rättens betydelse för svenska förhållanden.

I avsnittet om svensk rätt redovisas rättsläget. Vidare kommer två pågående lagstiftningsärenden att kommenteras, nämligen det om införandet av ett förhandstillståndssystem för vård i andra EU-länder respektive avskaffandet av förbudet för utländska kvinnor att göra abort i Sverige.

Patienters rätt till fri rörlighet utsätter den svenska sjukvården för ett konkurrenstryck. Forskning gällande konkurrens på sjukvårdsmarknaden redovisas översiktligt i avsnitt 6 tillsammans med en diskussion om betydelsen av EG-rättens regler om konkurrens, offentlig upphandling och statsstöd. Rapporten avslutas med övergripande synpunkter på rättsläget.

Det finns olika typer av sjukvård, t.ex. akutsjukvård, öppenvård och vård på sjukhus. EG-rättens reglering av förutsättningarna för rätt till akut vård är inte kontroversiell och kommer endast att beröras i korthet.¹⁵ Det är den fria rörligheten för patienter som behöver vård i annat än akuta fall som är rapportens viktiga fråga.

¹⁵ Det kan nämnas, vad gäller rätt till akutvård utomlands, att personer som är försäkrade i enlighet med lagstiftningen i det EU-land de är bosatta har rätt till akut (nödvändig) vård vid tillfälliga vistelser i andra EU-länder. Detta följer av artikel 22.1.a i förordning 1408/71. För att intyga sin rätt till vård är det lämpligt att den försäkrade har med sig det så kallade EU-kortet. Av texten på kortet framgår att det endast kan användas hos vårdgivare i EU-länder som är anslutna till det allmänna sjukvårdssystemet och på de villkor som gäller för andra försäkrade. Den medlemsstat som har tillhandahållit akutvården har sedan rätt att begära ersättning av medlemsstaten, där patienten är försäkrad.

För enkelhets skull kommer enbart de nuvarande artikelnumren i EG-fördraget att användas. De flesta av de rättsfall som kommer att diskuteras i rapporten utgörs av så kallade förhandsbesked som EG-domstolen avgör på begäran av nationella domstolar. I den nationella domstolen har vanligen uppstått en tvist mellan en enskild individ och en försäkringskassa. Den enskilde önskar få vården, som utförts i en annan medlemsstat, betald av den egna försäkringskassan. Försäkringskassan å sin sida vill inte alls betala, just på grund av att vården har utförts utomlands. Med EG-rättsliga termer kallas den försäkringskassa hos vilken en person är försäkrad för "den behöriga institutionen" och medlemsstaten, där denna är belägen, för "den behöriga staten".¹⁶ Vid sidan av uttrycket "den behöriga institutionen" kommer även uttrycket "den egna försäkringskassan" att användas och uttrycket "hemstaten" kommer att användas synonymt med "den behöriga staten".

¹⁶ Se förordning 1408/71 artikel 1 punkt o, q.

3 PROBLEMOMRÅDEN VAD GÄLLER EFFEKTEN AV EG-RÄTTEN FÖR MEDLEMSSTATERNAS SJUKVÅRDSSYSTEM

Innan rättsläget i EG-rätten och svensk rätt beskrivs närmare, skall kort utvecklas varför fri rörlighet för patienter skapar eller upplevs skapa problem för en nationellt bestämd sjukvård. I Sverige betalas huvuddelen av vårdkostnaderna via skatter. Det ter sig främmande att se till exempel en blindtarmsoperation som en tjänst, som en tjänstemottagare betalar för och som utförs på en marknad. Men möjligheten att köpa vård som en tjänst och betala vad den kostar har emellertid alltid funnits.¹⁷

EG:s medlemsstater verkar under en lång tid ha utgått från att sjukvården var ett område som var fredat från de fyra friheternas tillämpningsområde. Eller i vart fall att möjligheterna att söka vård i annat EU-land var reglerade på ett uttömmande sätt i förordning 1408/71. I många rättsfall inför EG-domstolen hävdar medlemsstaterna att sjukvård måste ses som en så speciell företeelse, att den inte kan omfattas av reglerna om fri rörlighet för tjänster. Trots medlemsstaternas motstånd har EG-domstolen kommit till slutsatsen att sjukvård verkligen utgör en tjänst i EG-fördragets mening. Men även EG-domstolen är medveten om att sjukvård trots allt inte är vilken tjänst som helst. Den intressanta frågan blir i själva verket i vilken utsträckning och på vilka sätt som EG-rätten faktiskt medger, att medlemsstaterna har rätt att begränsa den fria rörligheten för patienterna.

Det faktum att vårdbehövande har rätt till vård oberoende av sin förmåga att betala för vården, tillsammans med en strävan att ge vård till alla på lika villkor, kräver någon form av kollektiv finansiering av sjukvård, t.ex. genom uttag av direkta skatter. Sjukvård som en utpräglat offentlig angelägenhet är säkert en orsak till motståndet mot att låta skattepengar följa med patienten utomlands till utländska vårdgivare. Nationella vårdgivare och vårdfinansierare ser risker i att vårdtagare kan söka vård utomlands för sådan vård som inte ges i hemlandet eller att vården utomlands är dyrare, vilket ökar utströmningen av offentliga medel.¹⁸ En ökad efterfrågan på vård i utlandet kan befaras få negativa effekter för hälso- och sjukvårdens nationella infrastruktur.¹⁹ Vårdens kvalitet utomlands kan inte lika enkelt kontrolleras av hemlandets myndigheter och den nationella planeringen av

¹⁷ Även den svenska sjukvården säljer vård till utländska patienter, som själva eller med hjälp av en försäkring betalar hela vårdkostnaden.

¹⁸ Detta nämns som ett problem ur ett nationellt perspektiv i Ds 2006:4 Rätten till ersättning för vård i annat EES-land, en översyn, s. 29.

¹⁹ I Ds 2006:4 nämns som ett problem att vissa sjukhus i Sverige kan komma att bli underutnyttjade och andra överbelastade, s. 30.

sjukvården försvåras, eftersom patienterna i viss utsträckning kan fatta självständiga beslut om att söka vård i utlandet.²⁰

Av de frågor som medlemsstaternas domstolar brukar formulera till EG-domstolen i mål om förhandsbesked framgår, att mycken oro är förknippad med just risk för utflödet av ekonomiska resurser. EG-domstolen ställer sig ibland kallsinnig och ibland något mer förstående till sådana argument. Oron hos medlemsstaterna måste ses mot bakgrund av att efterfrågan på sjukvård är större än tillgången i samtliga länder. När många har ett behov av vård, men resurserna är begränsade, måste läkarna i samarbete med andra aktörer prioritera bland behoven. Vissa behandlingar utesluts helt ur det allmänna sjukvårdssystemet och för andra diagnoser anslås resurser som inte motsvarar efterfrågan. Effekten blir att vårdköer uppstår. Vård efter behov kan för en enskild patient ansluten till ett offentligt finansierat sjukvårdssystem innebära vård om 2–12 månader. När EG-rätten gör det möjligt för svenska patienter att under vissa bestämda omständigheter kringgå vårdkön och istället vända sig till ett sjukhus i ett annat EU-land förlorar de ansvariga läkarna och politikerna delvis makten över prioriteringsbesluten.²¹

Kollektivt finansierad sjukvård, som omfattar hela befolkningen, är möjlig att upprätthålla om den just får finansieras kollektivt. Europas befolkning håller på att åldras, vilket i sig kommer att medföra ökade vårdkostnader i samtliga medlemsländer. I ett slutet sjukvårdssystem kan sjukvårdens prioriteringar upprätthållas. Om systemet däremot är öppet för ett fritt vårdval, kan det uppstå något, som med en konkurrensrättslig term kallas för rusinplockningsproblem. Yngre vårdbehövande personer kanske i ökad utsträckning tvingar fram sin behandling genom att söka sig utomlands. Kvar i den offentliga sjukvården blir de multisjuka 85-åringarna, som inte kan förflyttas. Om utflödet av patienter blir stort, kan den finansiella balansen i de nationella sjukvårdssystemen rubbas.

Detta är några av farhågorna med en fri rörlighet för patienter. Samtidigt kan det vara positivt att den inhemska vården utsätts för ett förändringstryck. I den svenska sjukvården har den offentliga vården en massiv monopolställning. Det har sagts att en organisation som inte får en signal när den gör rätt och en annan när den gör fel, kommer så småningom att göra mer fel än rätt.²² Tillgängligheten i vården har ansetts vara ett allvarligt problem sedan minst 25 år tillbaka och flera miljardsatsningar har gjorts under åren. När kliniker så småningom rycker upp sig och förbättrar till-

²⁰ Jorens, *The Right to Health Care across Borders*, 2002, s. 87.

²¹ Detta nämns som ett problem i Ds 2006:4 s. 30.

²² Rothstein (1994), s. 242.

gängligheten, visar det sig ibland att det var en dålig organisation och inte brist på pengar som hade hindrat tillgängligheten.²³ Den som själv varit i kontakt med svensk sjukvård, kan ibland få intrycket att patientens tid betraktas av sjukvården som en helt fri resurs. Den givna vården präglas generellt av en oerhörd professionalism, men enskilda patienter klagar likväl över bemötandet. En möjlighet för patienter att ta med sina skattepengar och få vård utomlands kan framtvunga en ökad effektivitet av den offentliga sjukvården och en bättre vård för enskilda patienter.

²³ På Sveriges kommuner och landstings hemsida publiceras goda exempel på hur införandet av vårdgarantin förbättrat tillgängligheten. Kliniker som lyckats öka tillgängligheten uppmärksammas. Ofta redovisas klinikernas tidigare arbetssätt, vilket utgör en intressant läsning (se om exemplet Kvinnokliniken i Uppsala från 2005 på hemsidan www.skil.se).

4 GÄLLANDE EG-RÄTT

4.1 De centrala bestämmelserna

Den fria rörligheten föreskrivs i EG-fördragets artikel 3 som ett medel för att uppnå de högt ställda målen i artikel 2 EG. Men den fria rörligheten är också ett mål i sig, eftersom hela EG-samarbetet kretsar kring skapandet av en gemensam marknad. Det finns ett starkt EG-rättsligt intresse av att den fria rörligheten underlättas. I det ursprungliga EEG-fördraget var hälso- och sjukvårdsfrågor inte uttryckligen inkluderade. Idag finns artikel 152 som ger gemenskapen behörighet att vidta åtgärder på folkhälsans område.²⁴ Av störst betydelse för fri rörlighet för patienter är dels artikel 49 om fri rörlighet för tjänster, dels sekundärrättsliga bestämmelser. Till skillnad mot den generellt formulerade artikel 49, är patienters rätt att söka vård utomlands uttryckligen reglerad i förordning 1408/71. Det är därför lämpligt att börja med den.

Förordning 1408/71

Det rättsliga instrumentet för samordning av de olika medlemsstaternas sociala förmåner är rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 ”om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjer flyttar inom gemenskapen”.²⁵ Förordningen bygger på och ger uttryck för ett antal principer där kanske likabehandlingsprincipen är den mest framträdande. Förordningen säkerställer vidare, genom principen om endast en tillämplig lag, att migrerande personer inte ställs utanför både ursprungslandets och det nya landets socialförsäkrings-system.²⁶ Av samma princip följer att en individ inte heller kan få dubbla socialförsäkringsförmåner. Förordning 1408/71 kan sägas förverkliga de båda viktiga principerna sammanläggnings- och exportabilitetsprincipen, vilka båda framgår av artikel 42 EG, som också är den rättsliga grunden för förordningen.²⁷

²⁴ I den engelska språkversionen benämns kapitlet, där artikel 152 utgör den enda artikeln, *public health* (och inte *health care*). Med folkhälsa avses något annat än individuellt inriktad sjukvård. EG-domstolen påpekar ofta att sjukvårdens organisering är en fråga för medlemsstaterna.

²⁵ Europeiska gemenskapernas officiella tidning nr L 149 , 05/07/1971 s. 2-50. Ytterligare tillämpningsregler för förordning 1408/71 finns i förordning 574/72/EG om tillämpningen av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda eller deras familjer flyttar inom gemenskapen, EGT L 74 , 27/03/1972 s. 1 – 83. En ny tillämpningsförordning nr 883/2004 kommer att träda i kraft när medlemsstaterna så beslutar.

²⁶ Principen om endast en tillämplig lag uttrycks i artikel 13.1 i förordningen.

²⁷ Sammanläggningsprincipen innebär i klartext, att den enskilde under ett arbetsliv har rätt att lägga ihop socialförsäkringsförmåner som tjänats in i olika länder. Därför måste också dessa förmåner kunna ”exporteras” till andra EG-länder.

Förordning 1408/71 har en bestämd personkrets som anges i artikel 2, nämligen anställda, egenföretagare och studerande som omfattas av lagstiftningen i en eller flera medlemsstater och som också är medborgare i en medlemsstat, inklusive deras familjemedlemmar och efterlevande.²⁸ För att omfattas av förordningen måste en person alltså vara försäkringstillhörig i den behöriga medlemsstaten och falla under någon av de i artikel 2 uppräknade kategorierna. Men genom en konsekvent extensiv tolkning, t.ex. av begreppen företagare och arbetstagare har EG-domstolen bidragit till att förordningen blir tillämplig på så många individer som möjligt.²⁹ Just för behov av vård i en annan medlemsstat är personkretsen sedan 1995 dessutom ytterligare utökad, så att i princip EU:s hela befolkning omfattas av rätten att söka vård utomlands.³⁰ Enligt artikel 22 a är artikel 22.1.a och c tillämpliga på samtliga medborgare i en medlemsstat, som är försäkrade i enlighet med lagstiftningen i en medlemsstat samt deras familjemedlemmar oberoende om den försäkrade också faller under någon av kategorierna i artikel 2. För svensk del medför detta, att samtliga i Sverige bosatta personer omfattas av rätten att söka vård i andra medlemsländer.

I förordning 1408/71 omfattas många – men inte alla – företeelser som kan kallas sociala risker, t.ex. sjukdom, invaliditet, ålderdom, dödsfall etc. (se art. 4.1 i förordningen). Det är dessa uppräknade risker eller sakområden som kan bli föremål för samordning av förmåner från olika medlemsländer – inte andra.³¹ Förmåner vid sjukdom räknas upp först av de grenar av social trygghet som omnämns i art. 4.1. Närmare regler gällande förmåner i samband med sjukdom återfinns i artikel 22 i avdelning III, kapitel 1.

I allmänhet är en förutsättning för att förordning 1408/71 skall kunna tillämpas, att individen med tillhörande familjemedlemmar har gjort bruk av den fria rörligheten. Det gränsöverskridande momentet uppkommer då genom arbete eller etablering i ett annat medlemsland. För rent interna förhållanden finns ju ingen anledning att tillämpa en EG-förordning om samordning av sociala förmåner som ”intjänats” i olika medlemsländer. Vad gäller vård utomlands uppstår emellertid det gränsöverskridande momentet i samma ögonblick som en person söker vård utomlands, dvs. den utnyttjar den fria rörligheten för tjänster.

²⁸ Till personkretsen räknas även statslösa eller flyktingar som är bosatta inom en medlemsstat.

²⁹ Vahlne Westerhäll (1999) s. 437.

³⁰ Vahlne Westerhäll (1999) s. 438, Mossialos/McKee s. 83.

³¹ Andra former av sociala förmåner kan täckas av andra rättsakter, t.ex. vad gäller arbetstagare och deras familjer, förordning 1612/68.

Artikel 22 reglerar frågan om vad som skall gälla vid behov att resa till annan medlemsstat för att få lämplig vård. Tre fall är förutsedda. För det första (22.1.a) att vård bli nödvändig under en vistelse i en annan medlemsstat, dvs. typiskt sett ett akutfall eller ett kroniskt vårdbehov som dialys vid njursjukdomar.³² Det andra fallet (22.1.b) rör personer som har rätt till vård på den behöriga institutionens bekostnad, men som efter tillstånd vill återvända eller flytta till en annan medlemsstat, dvs. under pågående sjukfall.³³ Det tredje fallet (22.1.c) är det som utgör grunden för fri rörlighet för patienter, nämligen att en person ”efter tillstånd av den behöriga institutionen beger sig till en annan medlemsstats territorium för att där få den vård som hans hälsotillstånd kräver”.³⁴

Det finns således i förordningen ett uttryckligt krav på förhandstillstånd när en försäkrad person vill få vård utomlands. Domstolen har uttalat, att syftet med artikel 22.1.c är att ge den sjukförsäkrade rätt till vårdförmåner som tillhandahålls av en behörig institution på vistelseorten, i enlighet med bestämmelserna som gäller där.³⁵ Detta betyder att vårdgivaren skall behandla patienten precis som om den vore en ”vanlig” patient. Men eftersom vården ges för den behöriga institutionens räkning, är det alltså försäkringskassan i patientens hemland som står för kostnaden. Samma artikel säger dock, att den behöriga institutionen har rätt att bestämma längden av den period under vilken förmånerna utges.³⁶ De som omfattas av rätten att söka vård utomlands har rätt till både vårdförmåner och kontantförmåner.³⁷ Sjukvård, både inom och utom sjukhus, utgör en vårdförmån.

Artikel 22 andra stycket innehåller en viktig precisering vad gäller förhandstillstånden. Syftet med artikel 22.2 st. 2 är att ange två omständigheter då den behöriga nationella institutionen inte kan vägra att bevilja en ansökan på grundval av artikel 22.1.c.³⁸ Det första villkoret är att vården är en förmån som utges enligt lagstiftningen i den medlemsstat inom vars territorium den sjukförsäkrade är bosatt. Det andra villkoret är om patienten inte kan få vård inom den tid som med beaktande av patientens hälso-

³² För detta ändamål finns alltså det europeiska sjukförsäkringskortet.

³³ Begreppet ”behörig institution” definieras i artikel 1 punkt o i förordning 1408/71.

I fråga om patient i Sverige som söker vård utomlands är Försäkringskassan den behöriga institutionen. Begäran om vård utomlands söks på blankett E112.

³⁴ Därigenom kan en försäkrad, under förutsättning att förhandstillstånd lämnas, få tillgång till varje annan medlemsstats vårdförmåner, vilket EG-domstolen fastslog i mål 117/77 Pierik I, REG 1978 s. 825.

³⁵ C-368/98 Vanbraekel p. 32, C-56/01 Inizan, p. 20, C-156/01 Van der Duin, p. 50, C-145/03 Keller, p. 45, C-372/04 Watts, p. 48, 53.

³⁶ C-368/98 Vanbraekel p. 32, C-56/01 Inizan, p. 20.

³⁷ Eftersom sjukvård inte är en kontantförmån, kommer dessa inte att behandlas närmare.

³⁸ C-368/98 Vanbraekel, p. 31, C-56/01 Inizan p. 41.

tillstånd och sjukdomens sannolika förlopp är normal för den vård som patienten behöver.³⁹

När tillstånd väl har givits måste bosättningslandets försäkringskassa ersätta den utländska vårdgivaren. Beloppet är antingen de styrkta, verkliga kostnaderna eller ett schablonbelopp som ligger så nära den verkliga kostnaden som möjligt (art. 36 förordning 1408/71).⁴⁰ I det fall det saknas schablonbelopp i hemlandets ersättningssystem, skall de faktiska vårdkostnaderna ersättas.⁴¹ En fördel för patienten är att när förhandstillstånd beviljats, erhåller patienten ett intyg om att försäkringskassan kommer att bekosta vården. Patienten behöver då inte först betala vården själv, för att senare få ersättning.

Med tanke på att förordning 1408/71 snart är 40 år gammal, är det märkligt att frågan om fri rörlighet för patienter har genomgått en så pass dramatisk utveckling först de senaste tio åren. Det finns flera omständigheter som kan ha bidragit till detta. Förordningens huvudsakliga syfte är att samordna socialförsäkringarna för de EU-medborgare som verkligen gör bruk av den fria etableringsrätten och fri rörlighet för arbetstagare. Det är tänkbart att möjligheten att söka vård utomlands uppfattades som begränsad och aldrig blev särskilt uppmärksammas av individer som befann sig i sitt hemland. Innan målen 286/82, 26/83 Luisi Carbone avgjordes år 1984 stod det inte heller helt klart att fri rörlighet för tjänster även omfattade rätten för tjänstemottagare resa utomlands för att där ta emot en tjänst.⁴²

³⁹ Det står numera klart att dessa båda villkor tolkas på samma sätt som när förhandstillstånd är aktuellt vad gäller vård på sjukhus i andra länder direkt på grundval av artikel 49, C-56/01 Inizan, p. 45. Av detta följer att vid bedömningen av om en behandling som är lika effektiv för patienten, så skall den behöriga institutionen ta hänsyn till samtliga omständigheter i det enskilda fallet och då patientens hälsotillstånd, hur svåra smärtor patienten har eller hur gravt handikappad denne är, vilket grad av nedsättning av arbetsförmågan etc. EG-domstolen hänvisar till C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 104, och Müller-Fauré och Van Riet, p. 90. Förfarandet med förhandstillstånd måste också administreras enligt en förfarandeordning som är lättillgänglig, som möjliggör att en ansökan behandlas objektivt och opartiskt inom en rimlig frist. Eventuella avslag skall dessutom kunna överprövas genom talan vid domstol (också detta en analog tolkning av målen Smits och Peerbooms och Müller-Fauré och Van Riet, punkt 85).

⁴⁰ I mål C-120/95 Decker påpekade domstolen att i fråga om sjukvårdsprodukter som har köpts i en annan medlemsstat, får dessa ersättas enligt de taxor som gäller i den behöriga staten, C-120/95 p. 29. EG-domstolen kom till samma slutsats när det gällde regleringen av kostnader för vård, dvs. tjänster. Även här yttras att medlemsstaterna skall ersätta kostnaderna enligt gällande taxor i den behöriga staten, C-158/96 Kohll, p. 27. Artikel 36 hindrar dock inte att taxan i den behöriga staten skall användas även om taxan i medlemsstaten där vården utförs faktiskt var lägre. Detta ansågs nämligen följa av artikel 49, se C-368/98 Vanbraekel, p. 53.

⁴¹ C-372/04 Watts, p. 127.

⁴² Däremot stod det tidigt klart att tjänsteutövaren hade rätt att resa till andra medlemsstater för att tillhandahålla tjänster.

I den tidigare lydelsen av artikel 22. 2 saknades hänvisning till vård ”i tid”. Ansökan om vård utomlands fick då bara avslås om vården inte kunde ges inom hemstaten. Med tanke på medlemsländernas högt utvecklade sjukvård, måste det ha bedömts som att det mycket sällan skulle efterfrågas en behandling som hemstaten inte kunde erbjuda. Dessutom skulle den vårdbehövande också känna till den utländska vården för att kunna utnyttja den. EG-domstolen gjorde i två mål från 1978 och 1979 en för patienter med önskemål om att få behandling utomlands, mycket förmånlig tolkning. Det räckte med att behandlingen utomlands effektivt kunde förbättra patientens hälsotillstånd, för att patienten skulle få rätt att söka vården utomlands.⁴³ Avgörandena öppnade för patienters fria val av vårdgivare och rådet ändrade omedelbart i förordning 1408/71 för att minska möjligheterna till vård utomlands.⁴⁴ Rådet införde helt enkelt uttrycket ”i tid” i förordning artikel 22.1.c i 1408/71.⁴⁵ Det betydde att så länge som vården kunde ges i tid i hemmastaten, fanns ingen rätt till vård utomlands. Förändringen tyder på att medlemsstaterna i själva verket inte var särskilt intresserade av att deras medborgare skulle söka vård utomlands.

De flesta medlemsstater utgick före 1998 förmodligen från att den offentligt finansierade sjukvården inte omfattades av fördragets regler. Samtliga länder hade dock ett system med förhandstillstånd för vård i utlandet genom förordning 1408/71 och därmed var det lätt att uppfatta frågan som färdigreglerad. De nationella försäkringskassorna har inte haft några incitament att särskilt marknadsföra möjligheten att söka förhandstillstånd för vård utomlands. När patienter väl sökte förhandstillstånd, visar en genomgång de nationella regelverken i målen inför EG-domstolen, att nationell praxis varit restriktiv. Det verkar också ha funnits ytterligare begränsande villkor i många medlemsstaters lagstiftning. EG-domstolen har ofta ansett dessa villkor vara oförenliga med förordning 1408/71, men de kan ha gjort det ännu mer besvärligt för enskilda att få tillstånd.

Dessa faktorer sammantagna måste ha bidragit till att vård i andra medlemsländer på försäkringskassans bekostnad var en marginell företeelse.

⁴³ Det var i målen 117/77 Pierik (I) och 178/82 Pierik (II) som EG-domstolen ansåg att, under förutsättning att den efterfrågade behandlingen utomlands var nödvändig och effektiv för att behandla sjukdomen patienten led av, var det inte möjligt för den behöriga institutionen att avslå ansökan om förhandstillstånd. Den herr Pierik som de båda rättsfallen handlade om önskade få tillgång till den tyska traditionella kurortsbehandlingen med vårdtider på 4-6 veckor. De flesta länder saknar en sådan behandlingstradition.

⁴⁴ Mossialos/McKee, s. 84

⁴⁵ Genom förordning 2793/81 (OJ L 275, 29.9.1981, p. 1-14) ändrades ordalydelsen till följande: “where he cannot be given such treatment within the time normally necessary for obtaining the treatment in question in the Member State of residence.”

Det är först efter att EG-domstolen, med början i målen C-120/95 Decker och C-158/96 Kohll i april 1998, började underkänna kraven på förhandstillstånd som den fria rörligheten för patienter började bli allmänt känd.

Artikel 49

Artikel 49 förbjuder medlemsstaterna att inskränka tillhandahållandet av tjänster. Med tjänst avses enligt artikel 50 prestationer, som normalt utförs mot ersättning och som inte faller under någon av de andra friheterna. Undantag är möjliga, dvs. det är tillåtet för medlemsstaterna att trots allt inskränka den fria rörligheten av hänsyn till allmän ordning, säkerhet och hälsa och andra hänsyn som går under beteckningen ”tvingande allmänintresse”. När det finns nationella bestämmelser som syftar till att skydda de omnämnda intressena, måste också bedömas om åtgärderna uppfyller proportionalitetsprincipens krav.

Oberoende hur frågan rätt till vård utomlands har reglerats i förordning 1408/71 eller annan sekundärrätt, är det inte möjligt att genom sekundärrätt ändra i fördraget. Enligt förordning 1408/71 krävs tillstånd för att bostättningslandets försäkringskassa skall finansiera vården i ett annat medlemsland. Detta medför inte att det därför är möjligt att kräva förhandstillstånd, när personer söker vård utomlands på grundval av artikel 49. EG-domstolen har i flera mål erkänt förhandstillståndskravens förenlighet med förordning 1408/71, men sedan ändå bedömt att samma tillståndskrav varit oförenliga med artikel 49 EG.⁴⁶

Möjligheterna till sjukvård utomlands präglas därför av att det finns två ”spår”, dvs. vid sidan av förordningens reglering av frågan, finns det också en självständig möjlighet att söka vård utomlands på grundval av artikel 49.

Artikel 152.5

Genom Maastrichtfördraget infördes en särskild avdelning gällande folkhälsa, med den dåvarande artikel 129 EG (idag artikel 152) som enda artikel. Vidare infördes i listan över gemenskapens kompetensområden den nuvarande artikel 3.1.o som föreskriver att gemenskapens verksamhet skall innefatta bidrag till att uppnå en hög hälsoskyddsnivå. Artikel 152 EG slår fast att en hög hälsoskyddsnivå för människor skall säkerställas i samtliga åtgärder som gemenskapen vidtar. Artikeln utgör rättslig grund för åtgärder särskilt vad avser folkhälsoproblem med gränsöverskridande problematik, som HIV/AIDS, hotet från fågelinfluensan, drogrelaterade folkhälsoproblem etc. Gemenskapens insatser skall komplettera den nationella politiken på folkhälsoområdet.

⁴⁶ Mål C-158/96 Kohll, p. 25, C-120-95 Decker, p. 27.

Av artikel 152.5 framgår uttryckligen att gemenskapen fullt ut skall respektera att det är medlemsstaterna som har ansvaret för att organisera och ge hälso- och sjukvård. EG-domstolen anser dock att andra bestämmelser i fördraget, främst artikel 49, ställer krav på anpassning av de nationella systemen för social trygghet och denna ordning anses förenlig med artikel 152.5 EG.⁴⁷ För frågan om fri rörlighet för sjukvård har artikel 152 i praktiken en begränsad betydelse.

Det nya tjänstedirektivet

Rådet och Europaparlamentet har i december 2006 beslutat om ett tjänstedirektiv 2006/123/EG.⁴⁸ Hälso- och sjukvården har undantagits från direktivets tillämpningsområde (artikel 2 f). Detta betyder inte annat än att EG-domstolens rättspraxis på området är fortsatt tillämplig.⁴⁹

4.2 EG-domstolens praxis

Det finns en rad av rättsfall som gäller möjligheterna att få sjukvård utomlands betald av den egna försäkringskassan. Närmast skall redovisas vilka frågor som EG-domstolen redan har svarat på och vilka frågor som fortfarande framstår som obesvarade. Det kan dock vara lämpligt att börja med en kort resumé av de tre viktigaste rättsfallen.

- C-158/96 Kohll, avgjort i april 1998. Målet gällde luxemburgska förhållanden, där sjukvårdssystemet är ersättningsbaserat, dvs. patienten betalar för vården och får den senare ersatt av en försäkringskassa. Luxemburgaren Raymond Kohll önskade att hans dotter skulle få genomgå tandreglering hos en specialist i Trier, Tyskland, istället för hos en luxemburgsk specialist. De nationella reglerna föreskrev ett krav på tillstånd för vård utomlands. Tillståndskravet gällde *inte* om vården söktes inom Luxemburg. För att få tillstånd krävdes att en luxemburgsk läkare skulle motivera varför vården inte kunde ges inom landet. Kohlls ansökan om att kunna anlita den tyska specialisten hade avslagits med motiveringen att behovet inte var akut och att behandlingen kunde utföras i Luxemburg. Efter överklagan till domstol nådde målet EG-domstolen genom förhandsbesked. I målet visar EG-domstolen på möjligheten att söka sjukvård utomlands på grundval av artikel 49 istället för enbart förordning 1408/71. För första gången anses artikel 49 tillämplig, trots att betalningen för vården skall bestridas inom ramen för det offentliga sjuk-

⁴⁷ C-372/04 Watts, p. 146.

⁴⁸ Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG om tjänster på den inre marknaden, EGT L 376 från den 27.12.2006, s. 36-68.

⁴⁹ Tjänstedirektivet kommer inte att behandlas vidare i rapporten.

försäkringssystemet. Kravet på förhandstillstånd vid tandregleringsbehandling utomlands ansågs utgöra ett otillåtet hinder för den fria rörligheten för tjänster.⁵⁰

- C-157/99 Smits och Peerbooms från juli 2001. Målet gällde Nederländerna där sjukförsäkringssystemet endast beviljar den enskilde vårdförmänen i sig. Vården betalas av olika försäkringskassor som sluter avtal med ett antal vårdgivare inom landet. EG-domstolen slår fast att även ett obligatoriskt sjukförsäkringssystem som endast utger vårdförmåner i sig omfattas av reglerna om fri rörlighet för tjänster.⁵¹ Både Smits och Peerbooms hade fått avslag på ansökan om vård utomlands på sjukhus. För första gången slår EG-domstolen fast, att trots att ett system med förhandstillstånd hindrar den fria rörligheten för tjänster, är det ändå motiverat att ha ett sådant system av hänsyn till intresset av en väl avvägd och tillgänglig sjukvård med god kvalitet och intresset att undvika slöseri med resurser. Förhandstillstånd kunde emellertid endast avslås om en lika effektiv vård kunde ges i tid i hemstaten.
- C-372/04 Watts från maj 2006. Målet gällde det brittiska sjukvårdssystemet som är helt offentligt till sin karaktär, både vad gäller utförande och finansiering. Yvonne Watts hade fått avslag på en ansökan om sjukhusvård i Frankrike, men låtit sig opereras där ändå. Hon sökte i efterhand ersättning hos brittiska myndigheter. Den ansvariga myndigheten erkände att hennes ansökan inte borde ha avslagits. Målet gäller därför dels vad som gäller då en ansökan om förhandstillstånd avslagits felaktigt, dels fri rörlighet för tjänster. En fråga som domstolen tog ställning till var hur verklighetens vårdköer förhåller sig till EG-rättens krav på att patienter skall få vård i tid. EG-domstolen erkände nationella myndigheters rätt att planera vård och att då även fastställa olika prioritetsordningar, vilket resulterar i vårdköer. Patienten har emellertid samtidigt rätt att få sitt vårdbehov tillgodosett i förhållande till vad som är medicinskt godtagbart i det enskilda fallet. Det betyder att om det inte föreligger några medicinska skäl, finns ingen rätt för patienten att få sjukhusvård utomlands enbart av skälet att snabbare vård finns att tillgå där.

⁵⁰ Målet C-120/95 Decker är avgjort samma dag. Generaladvokaten Tesauro har författat en för de båda målen Decker och Kohll gemensamt yttrande. Generaladvokaten gör en klar skillnad på vad som bör gälla för vård utanför sjukhus (då krav på förhandsbesked inte är godtagbart) och för vård på sjukhus (då förhandsbesked kan anses godtagbart). EG-domstolen har i princip inte avvikit från den av generaladvokaten föreslagna skillnaden i behandling av vård på och utanför sjukhus sedan dess.

⁵¹ Generaladvokaten i detta mål (Ruiz-Jarabo Colomer) föreslog däremot att vårdförmåner i sig som saknar koppling till ett betalningsmoment inte skulle ses som tjänster i fördragets mening, C-157/99 Smits och Peerbooms, yttrandet p. 49.

Allmänt om rättspraxis gällande fri rörlighet för tjänster

Nationella regler som hindrar den fria rörligheten för någon av de fyra friheterna hanteras enligt ett visst mönster, som EG-domstolen genom sin rättspraxis har skapat.⁵² Den första frågan att ställa sig är om företeelsen som de nationella bestämmelserna reglerar verkligen faller in under EG-fördragets regler om fri rörlighet. Frågan måste alltså ställas om t.ex. hälso- och sjukvård är en tjänst i EG-fördragets mening. Om svaret är ja, är EG-rätten tillämplig.

Nästa fråga att besvara är om de nationella reglerna hindrar den fria rörligheten. Svaret fås vanligen genom att domstolen jämför situationen att t.ex. en tjänst utnyttjas inom landet, jämfört med att den istället utnyttjas i andra EU-länder. Ett exempel är om det inte krävs förhandstillstånd då patienten vill söka vård inom landet, men att ett sådant tillstånd krävs om vården i stället söks utomlands. Detta anses innebära en diskriminering av utländska tjänsteutövare. Om även svaret på frågan om det föreligger hinder för fri rörlighet är ja, betyder detta att de nationella reglerna träffas av EG-fördragets förbud mot inskränkningar i den fria rörligheten. Samtliga fyra friheter har så kallad direkt effekt. Det betyder att de är omedelbart tillämpliga inför nationella domstolar. Därmed kan också en konflikt med nationella regler uppstå, vanligen, i dessa fall, genom att de nationella reglerna tillämpas på sådant sätt att ansökan om ersättning för vård utomlands avslås. Det har nu uppstått en direkt konflikt mellan nationell rätt och EG-rätten. I denna situation har EG-reglerna anspråk på företräde.

Emellertid är förbuden mot att hindra den fria rörligheten inte undantagslösa. Den tredje frågan att ställa sig är om de nationella reglerna existerar på grundval av skäl som erkänns som ”tvingande hänsyn” i EG-rätten. Om så är fallet, medges undantag från huvudregeln om fri rörlighet. Konflikten mellan de nationella reglerna och EG-fördragets regler upphör därmed. Men detta är möjligt endast under förutsättning att de nationella reglerna också uppfyller proportionalitetsprincipens krav, vilket är en fjärde fråga att ställa sig. Kravet på proportionalitet är uppfyllt om de nationella reglerna kan anses vara lämpade att uppnå syftet bakom reglerna samt att detta syfte (vilket utgjorde tvingande hänsyn) inte kan tillgodoses med andra regler som leder till mindre omfattande inskränkningar i den fria rörligheten.

⁵² Mönstret framgår klart i målet C-55/94, Gebhard, REG 1995 s. I-4165.

Fri rörlighet och social trygghet

Den första frågan att ställa sig är alltså om fördragsreglerna om fri rörlighet överhuvudtaget är tillämpliga på hälso- och sjukvårdsfrågor. Medlemsstater har i flertalet mål hävdad uppfattningen, att sjukvårdsfrågor inte både kan ses som en fråga om social trygghet och samtidigt som en fråga om EG-fördragets grundläggande ekonomiska friheter.⁵³ Konsekvensen av en sådan argumentation skulle bli, att företeelsen sjukvård skulle falla utanför fördragets tillämpningsområde.⁵⁴ Detta har entydigt avvisats av domstolen. Gemenskapsrätten påverkar inte medlemsstaternas behörighet att utforma sina sociala trygghetssystem.⁵⁵ När det inte finns gemensamma regler är det därför en fråga för varje medlemsstat att bestämma om rätten eller skyldigheten att vara ansluten till olika system med sociala förmåner, liksom vilka villkor som gäller för att kunna ta del av förmånerna.⁵⁶ Men villkoren för social trygghet är ett område där gemenskapen kan utfärda gemensamma regler. I avsaknad av gemensamma regler måste det som alltid i EG-rätten accepteras att det finns olika regler i olika länder. Samtidigt måste medlemsstaterna också ta hänsyn till EG-rätten när de utformar sina egna regler. När medlemsstaterna väljer att reglera frågor inom området social trygghet, medför detta därför inte att reglerna om fri rörlighet för tjänster eller fri rörlighet för varor inte är tillämpliga.⁵⁷ Detta slogs fast första gången i målen C-120/95 Decker och C-158/96 Kohll.

Betydelsen av förordning 1408/71

I gemenskapsarbetet är det som bekant rådet, med representanter från varje medlemsstats regering, som är den huvudsakliga lagstiftaren.⁵⁸ I och med att rådet i förordning 1408/71 uttryckligen hade reglerat frågan om möjligheten att söka vård i annan medlemsstat än där en person är bosatt, kunde det förväntas att nationell lagstiftning som är i enlighet med förordningen inte samtidigt skulle kunna komma i konflikt med andra delar av EG-rätten. Medlemsstaterna har hävdat att ett ifrågasättande av nationella

⁵³ C-120/95 Decker, p. 20, C-156/98 Kohll, p. 16C-368/98 Vanbraekel, p. 39, 42, C-157/99 Smits-Geraets och Peerbooms, p. 51, C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 59.

⁵⁴ Se t.ex. C-120/95 Decker, p.18. C-158/96 Kohll, p. 13, 16.

⁵⁵ C-120/95 Decker, p. 21, C-158/96 Kohll, p. 17 med hänvisningar till relevanta rättsfall. Däremot kan medlemsstaterna på grund av EG-rätten tvingas till att göra vissa förändringar av sina nationella system för social trygghet, C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 102.

⁵⁶ C-158/96 Kohll, p. 18, C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 45, C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 100, C-56/01 Inizan, p. 17.

⁵⁷ Se t.ex. C-120/95 Decker, p.25. C-158/96 Kohll, p. 21, C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 54, C-444/05 Stamatelaki, p. 23.

⁵⁸ De andra EG-institutionerna har sina definierade roller i lagstiftningsarbetet. Vid de vanligaste formerna av lagstiftningsprocess sker arbetet genom medbeslutande eller i samråd med Europaparlamentet.

regler som är i enlighet med förordning 1408/71, skulle innebära ett ifrågasättande av giltigheten av förordningen.⁵⁹

EG-domstolen har inte tvekat att underkänna ett sådant resonemang. Den har uttryckt att det faktum att en nationell åtgärd är i enlighet med en bestämmelse i sekundärrätten, inte hindrar att åtgärden omfattas av fördraget.⁶⁰ Det vill säga att trots att medlemsstaterna försöker reglera en viss fråga i sekundärrätten, kan EG-domstolen genom att tolka och tillämpa EG-fördraget (som utgör primär EG-rätt) radera ut de rättsliga konsekvenserna av sekundärrätten. Detta följer av något som i och för sig inte kan ifrågasättas – att det inte är möjligt att ändra EG-fördragets bestämmelser genom sekundärlagstiftning.⁶¹ EG-domstolen har därför i mål om förhandsbesked gällande tolkningen av förordning 1408/71 även behandlat artikel 49 (eller artikel 28), även om den nationella domstolen inte ställt någon fråga gällande tolkningen av någon av de fyra friheterna.⁶²

Är artikel 22 i förordning 1408/71 giltig?

I mål C-56/01 Inizan valde den franska domstolen att begära förhandsbesked angående om artikel 22 i förordning 1408/71 är förenlig med artikel 49 och 50 EG, dvs. den ifrågasatte förordningens giltighet. Artikel 22 i förordningen begränsar medlemsstaternas möjligheter att avslå begäran om förhandstillstånd för vård utomlands. EG-domstolen gjorde bedömningen att artikel 22 i förordning 1408/71 är giltig.⁶³

Är medicinsk behandling en tjänst i EG-fördragets mening?

En numera fullkomligt klarlagd fråga gällande gemenskapsrättens tillämplighet är att medicinsk behandling är att se som en tjänst i fördragets

⁵⁹ C-120/95 Decker, p. 26.

⁶⁰ C-120/95 Decker, p. 27, C-158/96 Kohll, p. 25, C-372/04 Watts, p. 47.

⁶¹ Det här sätter medlemsstaterna i en rävsax, eftersom innebörden av fördragets regler står klart först sedan EG-domstolen genom tolkning fastslagit den. En parallell kan dras till regleringen av studiemedelsfrågor i direktiv 2004/38/EG. I artikel 24.2 i direktivet har rätten till studiemedel till studerande, som saknar anknytning till kategorierna arbetstagare, egenföretagare eller familjemedlemmar, undantagits från den allmänna principen om lika-behandling vad gäller sociala förmåner. Men EG-domstolens tolkning av innebörden i unionsmedborgarskapet (som finns i primärrätten) i målet C-209/03 Bidar mot Secretary of State, REG 2005. s. I-2119 medför att artikel 24.2 inte kan få de rättsliga konsekvenser som lagstiftaren avsett. Bistånd till studerande som lagligen uppehåller sig i en medlemsstat kan vägras endast om den studerande saknar en faktisk samhällsanknytning till staten. Skulle medlemsstaterna vilja ändra på detta, är de hänvisade till att ändra i EG-fördraget, vilket får sägas vara orealistiskt när det gäller de centrala bestämmelserna om fri rörlighet eller unionsmedborgarskapet.

⁶² C-120/95 Decker, p.25, C-158/96 Kohll, p. 21, C-368/98 Vanbraekel, REG 2001 s. I-5363, p. 28., C-26/01 Inizan, p. 39.

⁶³ C-56/01 Inizan, p.26.

mening. Enligt artikel 50 EG definieras tjänster som ”prestationer som normalt utförs mot ersättning, i den utsträckning de inte faller under bestämmelserna om fri rörlighet för varor, kapital och personer.” I artikel 50 st. 2 anges att med tjänster avses särskilt verksamhet av industriell och kommersiell natur samt verksamhet inom hantverk och fria yrken.⁶⁴

Första målet där frågan kom upp var i mål 286/82 Luisi. EG-domstolen slog fast att fri rörlighet för tjänster innebär en frihet för personer att resa till ett annat medlemsland för att där motta en tjänst samt att personer som får medicinsk behandling skall ses som just mottagare av tjänster.⁶⁵ Dessutom fastslogs att det också fanns en rätt att föra ut valuta för att betala för behandlingen.⁶⁶ Av målet framgår dock inte om den italienska medborgaren Luisi avsåg att söka sjukhusvård eller vård utanför sjukhus i Tyskland. EG-domstolen hänvisar emellertid regelmässigt till målen Luisi och Carbone, när den fastslagit att mottagande av medicinsk behandling omfattas av artikel 50.⁶⁷

Det faktum att medicinsk behandling och även t.ex. tandvård och tandregleringsbehandlingar utgör tjänster i EG-fördragets mening medför att det inte är möjligt för medlemsstaterna att skärma av sjukvårdssektorn, trots att EG-domstolen i princip godkänner hänsyn till folkhälsan som ett tvingande allmänintresse.⁶⁸ Däremot får viktiga allmänintressen betydelse i ett senare led, nämligen när det skall fastställas om inskränkningarna i den fria rörlighet trots allt är godtagbara.

⁶⁴ Verksamhet som utförs inom ramen för de så kallade fria yrkena omfattas alltså explicit av artikel 50 EG. I ett mål som C-158/96 Kohll, som gäller tandregleringsbehandling som utförs av en så kallad ortodontist, rådde det ingen tvekan om att EG-rätten var tillämplig (målet p. 29). I svensk rätt är sjukvård och tandvård två skilda företeelser, men båda utgör alltså tjänst i EG-fördragets mening.

⁶⁵ Mål 286/82, 26/83 Luisi och Carbone mot Ministero del Tesoro, REG 1984 s. 377. Graziana Luisi var en italiensk medborgare som hade ålagts att betala böter för att ha skaffat utländska valutor till ett belopp som översteg de dåvarande maxbeloppen för valuta-utförelse. Luisi hade för avsikt att använda de utländska valutorna bland annat för att i Tyskland få medicinsk behandling. I C-372/04 Watts, p. 87 påpekar EG-domstolen att Watts är i samma situation som Luisi en gång var, dvs. de betalar vad vården kostar. Se även C-444/05 Stamatelaki, p. 20.

⁶⁶ Mål 286/82, 26/83, p. 22. Även om det på det dåvarande stadiet av EG-rätten var möjligt att ha beloppsgränser för att kontrollera att det inte rörde sig om icke tillåtna kapitalrörelser, fick dessa gränser inte äventyra den normala rörligheten för tjänster (p. 37).

⁶⁷ Se t.ex. C-159/90 SPUC mot Grogan, REG 1991 s. I-4685, p. 18, C-158/96 Kohll, p. 35, C-368/98 Vanbraekel, p. 41.

⁶⁸ C-158/96 Kohll, p.45-46.

Är vård på sjukhus en tjänst i fördragets mening?

Medlemsstaterna har särskilt velat ifrågasätta om vård på sjukhus utgör en ekonomisk verksamhet i den betydelse som avses i artikel 50.⁶⁹ I mål C-368/98 Vanbraekel fastslog domstolen att i begreppet medicinsk behandling inte skall göras någon skillnad mellan vård på sjukhus och vård som utförs utanför sjukhusen.⁷⁰ Vård på sjukhus är således entydigt en tjänst i fördragets mening.

Hur definieras vård på sjukhus?

EG-domstolen använder begreppet vård på sjukhus och vård utanför sjukhus utan att tillhandahålla en legaldefinition. Men domstolen verkar ansluta sig till synsättet att vård på sjukhus utgör ”medicinska tjänster som tillhandahålls på vårdinrättning och som kräver att den berörda vistas på vårdinrättningen”.⁷¹

Är abort en tjänst i fördragets mening?

Abort, eller medicinskt avbrytande av havandeskap, faller enligt EG-domstolen in under definitionen av ”tjänster” i fördragets mening.⁷² EG-dom-

⁶⁹ C-368/96 Vanbraekel, p. 39, C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 53. Från mål C-385/99, Müller-Fauré, C-56/01 Inizan, p. 16, C-372/04 Watts, p. 86.

⁷⁰ C-368/96 Vanbraekel, p. 40, C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, REG s. I-4509, p. 38, C-372/04, Watts, p. 86, C-444/05 Stamatelaki, p. 19. EG-domstolens förhandsbesked i målen C-368/96 Vanbraekel, C-157/99 Smits och Peerbooms och C-385/99 Müller-Fauré hindrade dock inte flera medlemsstater från att fortsätta ifrågasätta detta förhållande, se t.ex. C-26/01 Inizan, generaladvokatens yttrande p. 18 (från januari 2003) där det framgår att Luxemburg menade att vård på sjukhus inte utgjorde en tjänst. Spanien, Irland, Sverige och Storbritannien hävdade att vård i sjukvårdssystem som ger patienten vården i sig utan ersättningsmoment mellan patient och vårdgivare, inte skulle vara en tjänst i fördragets mening.

⁷¹ C-372/04 Watts, p. 50 där domstolen hänvisar till vad kommissionen har anfört.

⁷² Frågan uppkom i målet C-159/90 SPUC mot Grogan, REG 1991 s. I-4685. Efter att ha slagit fast att abort vara att anse som en tjänst i EG-rättens mening, gick domstolen vidare med de övriga frågorna i målet. Den irländska grundlagen innehöll ett förbud mot verksamhet som bestod i att understödja gravida kvinnor på Irland att resa utomlands för att genomgå abort. Irländska domstolar hade fastslagit att artikel 40.3 i grundlagen medförde att det var förbjudet att informera om namn på och adresser till kliniker där aborter utfördes. I nationell domstol hade det ifrågasatts om inte EG-rättens regler om fri rörlighet utgjorde hinder för den irländska lagstiftningen. Organisationen SPUC hade vänt sig till domstol för att utverka ett förbud mot studentorganisationer (motparten Stephen Grogan satt i styrelsen för en av dessa) att sprida information om abortkliniker utomlands. I tidigare rättspraxis hade EG-domstolen slagit fast, att förbud mot att distribuera reklam kunde ses som ett hinder för den fria rörligheten (i mål C-362/88 GB-INNO-BM, REG 1990 s. I-667). I det aktuella fallet fäste domstolen avgörande vikt vid att det inte fanns någon ekonomisk koppling mellan studentorganisationerna och abortkliniker (som främst var etablerade i Storbritannien). Studentorganisationernas aktiviteter ansågs inte utgöra ekonomisk verksamhet och därmed var EG-rätten överhuvudtaget inte tillämplig. Domstolen följde därmed inte generaladvokatens förslag till beslut. Enligt generaladvokatens uppfatt-

stolen anförde att aborter, som var lagligt i flera medlemsländer, normalt skedde mot betalning samt att aborter kunde utföras av någon som var verksam inom ett av de fria yrkena. I målet C-159/90 hävdade SPUC – the Society for the Protection of Unborn Children – som var den ena parten i tvisten vid den nationella domstolen att abort inte skulle ses som en tjänst eftersom verksamheten enligt organisationens uppfattning var i högsta grad omoralisk och ”medförde tagande av en annan persons liv.”⁷³ Enligt domstolen kunde ett sådant argument inte påverka bedömningen av frågan om abort skulle ses som en tjänst eller inte. Domstolen ansåg sig inte ha som uppgift att med sin egen bedömning ersätta överväganden som gjorts av nationella lagstiftare i länder där abort utfördes lagligt.⁷⁴ Den slog därför fast att abort, som genomförs i överensstämmelse med lagen i den medlemsstat där den utförs, är en tjänst i den mening som avses i artikel 60.⁷⁵

⁷² forts

ning var spridandet av information om tjänster som lagligen utfördes i andra länder något som omfattades av den grundläggande rätten till fri rörlighet för tjänster (generaladvokatens yttrande, C-159/90, p. 21). Följaktligen hindrade den irländska grundlagen den fria rörligheten för tjänster och lagen kunde endast upprätthållas om den omfattades av något av undantagen till artikel 49. Generaladvokatens bedömning var att detta krav var uppfyllt – det irländska abortförbudet inklusive informationsförbudet skulle anses falla under undantaget för ”allmän ordning” (se artikel 55 med hänvisning till artikel 46 EG). Generaladvokaten ansåg också att förbudet uppfyllde proportionalitetsprincipens krav. Därefter gick generaladvokaten in på bedömningen om den irländska lagstiftningen också var i överensstämmelse med Europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna (EKMR). EKMR utgör en allmän rättsprincip i EG-rätten. Att yttrandefriheten skyddades av EKMR stod helt klart. Generaladvokaten konstaterade att rätten till abort och dess konflikt mellan kvinnans och fostrets intresse ännu inte hade föranlett Europadomstolen att fastslå att ett foster har rätt till liv. Istället har Europadomstolen valt att inte uttala sig om ett foster skall ses som en person, men i sammanhanget påpekat att även om så skulle vara fallet, begränsades detta av kvinnans intressen och rättigheter. (För hänvisningar till relevanta rättsfall om abort se Cameron, s. 76-77). Generaladvokaten noterade i sitt yttrande att Europadomstolen ännu inte haft tillfälle att ”instructing the individual States to adopt a particular degree of protection for unborn life” (yttrandet p. 33). Detta hindrade inte generaladvokatens själv från att komma till slutsatsen, att en medlemsstats policy att i grundlagen förbjuda informationsspridning om möjligheter till abort, inte var i konflikt med de allmänna rättsprinciper som erkänts i EG-rätten. När Europadomstolen väl tog ställning till just denna fråga i målet *Open Door and Dublin Well Woman v Ireland*, (14234/88) [1992] ECHR 68 blev utgången däremot den motsatta. Att förbjuda informationsspridning om möjligheterna att få abort stod i strid med skyddet för yttrandefriheten i artikel 10. Artikel 2, med sitt skydd för rätt till liv, ansågs inte vara tillämplig. Groganmålet från EG-domstolen respektive *Open Door Councelling*-målet från Europadomstolen visar på de problem som kan uppstå när EG-domstolen eller dess generaladvokater självständigt tolkar EKMR.

⁷³ Mål C-159/90 SPUC mot Grogan, p. 19.

⁷⁴ Mål C-159/90 SPUC mot Grogan, p. 20.

⁷⁵ Mål C-159/90 SPUC mot Grogan, p. 21.

Är tillhandahållandet av vård i sig, särskilt sjukhusjänster, som ges till patienten gratis, en tjänst i fördragets mening? Flera medlemsstater har länge velat ifrågasätta att sjukhusjänster, som för den enskilde tillhandahålls i sig (gratis, in natura) skall ses som tjänster i fördragets mening.⁷⁶ Enligt artikel 50 definieras ju tjänster som ”prestationer som normalt utförs mot ersättning”. Argumentet är att när patienten endast erhåller själva vården i sig, utan att några penningtransaktioner förekommit, skulle detta inte falla under definitionen i artikel 50.⁷⁷

För att en företeelse skall ses som en tjänst är det enligt EG-domstolen inte nödvändigt att det är samma person som utnyttjar tjänsten som betalar för den.⁷⁸ Det faktum att en patient, som har fått vård i ett land med vårdförmåner i natura, söker återbetalning i ett land som tillämpar ett ersättningsbaserat system leder inte till att företeelsen i sig – sjukvården – inte skall ses som tjänster i fördragets mening.⁷⁹

Är tillhandahållandet av vård i sig, särskilt sjukhusjänster, som ges till patienten inom ramen för ett helt skattefinansierat system en tjänst i fördragets mening?

Ett näraliggande argument är att EG-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster inte skall anses vara tillämpliga på ett helt skattefinansierat system. I målet C-372/04 hävdade Storbritannien att deras National Health Service (NHS) är organiserat på ett sådant sätt att deras verksamhet faller utanför EG-fördragets definition av ”tjänst”.⁸⁰

EG-domstolens resonemang bygger dock alltjämt på att sjukvård i vart fall kan utgöra en tjänst, som patienten själv betalar kostnaden för. Så var till exempel fallet i målet C-372/04 Watts där Yvonne Watts faktiskt hade betalt 3 900 GBP för den i Frankrike utförda vården. Det är ställt utom varje

⁷⁶ Mål C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 48. Detta ifrågasattes alltså länge av flera medlemsstater, däribland Sverige i mål C-56/01 Inizan. Däremot hörde inte Sverige till de medlemsstater som fortfarande i mål C-372/04 ifrågasatte detta, se generaladvokatens yttrande (januari 2005), p. 43. Storbritannien med instämmande av Finland, Malta, Spanien och Irland hävdade dock att avsaknaden av ersättning inom ramen NHS medförde att EG-fördraget inte var tillämplig.

⁷⁷ Mål C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 49.

⁷⁸ Mål C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 57.

⁷⁹ Mål C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 54-55, C-444/05 Stamatelaki, p. 21.

⁸⁰ C-372/04 Watts, generaladvokatens yttrande p. 43. Här kan nämnas att Sverige också har ett helt skattefinansierat system och det saknas dessutom ett moment som trots allt finns i det brittiska NHS – organisatorisk åtskillnad mellan den som handlar upp vården och de som utför den. I Sverige driver landstingen sjukhus i egen regi och vården bekostas genom direkt beskattning. Traditionellt har vård inte setts som en rättighet för den enskilde, utan som en skyldighet för landstinget.

tvivel att detta utgör en tjänst. När en patient sedan vänder sig till det nationella sjukförsäkringssystemet menar EG-domstolen, att den nationella organisationen av vård och socialförsäkringar inte kan upphöra att vara en tjänst.⁸¹

Måste utföraren av vård ha ett vinstintresse för att falla under reglerna om fri rörlighet för tjänster?

Det har även hävdats att den som tillhandahåller tjänster måste ha ett vinstintresse för att en viss verksamhet skall ses som tjänst i fördragets mening.⁸² EG-domstolen har inte godtagit detta argument.⁸³

Spelar det någon roll om vårdgivaren är offentlig eller privat?

För frågan om tillhandahållandet av sjukvården utgör en tjänst eller inte, spelar frågan om vårdgivaren är offentlig eller privat ingen roll. Detta har EG-domstolen uttalat i målet C-444/05 Stamatelaki.⁸⁴

Spelar det överhuvudtaget någon roll vilket sorts sjukförsäkringssystem som en medlemsstat har för frågan om ersättning för vård utomlands träffas av fördragets regler om fri rörlighet?

Av EG-domstolens praxis följer att det inte spelar någon roll hur sjukvården och sjukförsäkringen är organiserad i enskilda medlemsländer. I princip varje modell av tillhandahållande av vård har prövats, utom möjligen den svenska. I målet 286/82, 26/83 Luisi och Carbone ansågs ju vård i en annan medlemsstat, som betalades privat av den enskilde, utgöra en tjänst i fördragets mening. I målen C-120/95 Decker och C-158/96 Kohll hade de båda vårdtagarna betalat för vården själva, men de sökte nu ersättning ur det offentligt föreskrivna försäkringssystemet, som baserades på återbetalning av utlägg för vård. Det offentlighetsrättsliga inslaget medförde inte att reglerna om fri rörlighet för tjänster inte blev tillämpliga.

Nästa steg i utvecklingen kommer i mål C-157/99 Smits och Peerbooms då patienten erhåller vården i sig, men inte är inblandad i de penningtransaktioner som trots allt sker mellan en vårdgivare och privata respektive offentlighetsrättsliga försäkringskassor. Inte heller detta medför att reglerna om fri rörlighet inte är tillämpliga.

I målet C-372/04 Watts har domstolen explicit uttryckt att i en situation där en patient rent faktiskt har fått vård utförd utomlands och betalat för

⁸¹ C-372/04 Watts, p. 89.

⁸² Mål C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 50, C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 59.

⁸³ Mål C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 52.

⁸⁴ C-444/05 Stamatelaki, p. 22.

den och i nästa läge vänder sig till den nationella myndigheten för ersättning, så är artikel 49 tillämplig och det spelar ingen roll hur vården är organiserad.⁸⁵ I nästföljande stycke väljer EG-domstolen att trots allt inte uttala sig om verksamheten inom ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem som det brittiska NHS utgör tjänst eller inte.⁸⁶ Det var heller inte nödvändigt för att domstolen skall kunna avgöra målet.

I Sverige betalas vården av landstingen, som är direkt skattefinansierade av invånarna i länet. Patienter erhåller vård. Det finns inslag av beställarutförar modeller inom ramen för hur sjukvården organiseras. Socialförsäkringar i övrigt betalas av Försäkringskassan. Det finns inga skäl att tro att EG-domstolen inte skulle anse att reglerna om fri rörlighet för tjänster inte vore tillämpliga även på den svenska vårdmodellen.

Betyder det faktum att patienten inte kan välja vårdgivare i det nationella systemet och därmed inte heller privata vårdgivare någon roll för bedömningen om sjukhusvård är tjänster?

När EG-rätten är tillämplig, behandlas sjukvård som tjänster. I en rent nationell situation gäller nationella regler. En konsekvens blir att patienter i en nationell kontext inte kan välja vårdgivare och inte heller välja privata vårdgivare. När patienten reser utomlands och gör bruk av den fria rörligheten för tjänster, kan patienten mycket väl välja en privat vårdgivare.⁸⁷

Vari består konflikten med reglerna om fri rörlighet?

Kravet på förhandstillstånd

Ovanstående redovisning av EG-domstolens praxis visar att företeelsen hälso- och sjukvård utgör en tjänst och att medlemsstaterna inte får hindra den fria rörligheten för sådana tjänster. Nästa fråga att ställa sig är på vilket sätt den fria rörligheten kan anses ha begränsats.

I målet C-120/95 vägrades Nicolas Decker ersättning för inköp av glasögon, eftersom han hade köpt dem ”utomlands” dvs. i Belgien istället för i Luxemburg och utan att ha fått förhandstillstånd. Decker och kommissionen hävdade att detta hindrade handeln mellan medlemsstaterna. De medlemsstater som yttrade sig menade att sådana regler som målet gällde varken hade till syfte eller resultat att hindra handeln, utan enbart syftade till att fastställa ersättningsregler vid sjukvård.

⁸⁵ C-372/04 Watts, p. 90.

⁸⁶ C-372/04 Watts, p. 91.

⁸⁷ C-372/04 Watts, p. 99-100, C-444/05 Stamatelaki, p. 38.

EG-domstolen hanterade denna invändning genom att jämföra situationen att glasögonen köps i staten där en person är ansluten till ett socialt trygghetssystem (i det här fallet Luxemburg) med situationen att glasögonen istället köptes utomlands. Domstolen konstaterade då, att om glasögonen köptes i Luxemburg krävdes inget förhandstillstånd. Om de däremot köptes i Belgien krävdes förhandstillstånd och vid uteblivet tillstånd riskerades utebliven ersättning. En sådan skillnad räcker för att nationella regler skall kunna träffas av artikel 28 och därmed vara förbjudna. Reglerna utgör hinder för den fria rörligheten, eftersom de ger de försäkrade incitament att hellre köpa produkterna i hemlandet. Detta kommer i sin tur att kunna begränsa importen av glasögon från andra länder.⁸⁸ I sitt förhandsbesked i Deckermålet ansåg domstolen att regler som krävde förhandstillstånd för inköp av sjukvårdsprodukter (glasögon) i andra medlemsstater inte var förenliga med artikel 28 och 30 i EG-fördraget.⁸⁹

När det är fråga om tjänster förs resonemanget på samma sätt. Artikel 49 utgör hinder för nationella bestämmelser som gör att det blir svårare att utföra tjänster mellan medlemsstater jämfört med inom samma medlemsstat.⁹⁰ I målet C-158/96 Kohll var det visserligen så, att systemet med förhandstillstånd inte uteslöt att en sökande skulle kunna få tandregleringsbehandling utförd i ett annat land på försäkringskassans bekostnad. Men det faktum att ett förhandstillstånd överhuvudtaget behövdes samt att den sökande stod risken att behöva betala behandlingen själv vid uteblivet tillstånd räckte för att EG-domstolen skulle slå fast att det förelåg hinder mot fri rörlighet.⁹¹

Själva systemet med förhandstillstånd är alltså ett exempel på en nationell reglering som utgör ett hinder för den fria rörligheten.⁹²

Andra krav som gäller vård i utlandet, men inte vid vård inom landet

I den nationella lagstiftningen som är i konflikt med gemenskapsrätten har ofta angivits andra krav för att förhandstillstånd skall ges för vård utomlands, t.ex. att vården utomlands skall motsvara vad som är sedvanligt i de berörda yrkeskretsarna, att en läkare skall intyga att vården utomlands är

⁸⁸ Domstolen hänvisar i C-120/95 Decker till mål 18/84 kommissionen mot Frankrike, REG 1985 s. 1339. Observera att det inte finns en kvantitativ minimigräns vad gäller mängden importerade varor eller värdet av dessa för att den fria rörligheten skall anses som hindrad.

⁸⁹ Mål C-159/90 SPUC mot Grogan, p. 46.

⁹⁰ C-158/96 Kohll, p. 33 med hänvisning till mål C-381/93 Kommissionen mot Frankrike (p. 17), C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 61, C-372/04 Watts, p. 94.

⁹¹ C-158/96 Kohll, p. 33-35.

⁹² Medlemsstaterna trodde emellertid att det var generellt möjligt att ha förhandstillstånd, eftersom sådant fanns föreskrivet i förordning 1408/71.

bättre än den inhemska vården eller att vård utomlands inte får sökas hos privata vårdgivare. I målet C-444/05 Stamatelaki, som avgjorts under år 2007, föreskrevs just i grekisk lagstiftning att vård utomlands inte fick sökas hos privata vårdgivare. Motsvarande villkor gällde inte om vården söktes inom Grekland. EG-domstolen ansåg att sådan lagstiftning hindrade den fria rörligheten för tjänster.⁹³

Det räcker således med att det finns begränsande villkor, som bara gäller då vården söks utomlands, för att den fria rörligheten för tjänster skall anses vara begränsad. Hur de nationella villkoren än utformas, begränsas den fria rörligheten om de leder till skillnader i behandling.⁹⁴ De enda godtagbara skälen till att behandla vård utomlands annorlunda är sådana som godtagits i EG-domstolens praxis, vilket nu skall diskuteras.

Tvingande hänsyn

Efter att ha konstaterat att hälso- och sjukvård faller under fördragets tillämpningsområde samt att medlemsstaterna kan anses hindra den fria rörligheten till exempel genom att kräva förhandstillstånd, skall nu avgöras om de skäl som medlemsstaterna anger för att hindra den fria rörligheten är godtagbara.

När nationella regler träffas av de grundläggande förbuden mot att hindra den fria rörligheten, vill medlemsstaterna ofta hävda att den ekonomiska balansen i sjukvårdssystemet hotas om de inte får ställa krav på att den som vill ha vård utomlands skall ha förhandstillstånd.⁹⁵ Medlemsstaterna har också velat framhålla det faktum att ett nationellt sjukvårdssystem i allmänhet syftar till att upprätthålla en sjukvård som är väl avvägd och tillgänglig för alla inom ett visst territorium.⁹⁶

De skäl medlemsstaternas anför som är av rent ekonomisk natur, dvs. utifrån vad som är bra för en enskild medlemsstats ekonomi, erkänner inte EG-domstolen som skäl att hindra den fria rörligheten.⁹⁷ Bara det faktum

⁹³ C-444/05 Stamatelaki, p. 28.

⁹⁴ Se C-8/02 Leichtle där ytterligare villkor för att kunna genomgå kurortsbehandling i andra länder än Tyskland underkändes av domstolen,

⁹⁵ Mål C-120/95 Decker, p. 37, 39, C-158/96 Kohll, p. 38.

⁹⁶ Just detta var den nationella domstolens andra fråga i målet C-158/96 Kohll, p. 10, 43.

⁹⁷ Mål C-120/95 Decker, p. 39, C-158/96 Kohll, p.41 med hänvisning till mål C-398/95 SETTG, REG 1997 s. I-3091. I det senare målet hade Grekland utfärdat en rättsakt med krav på intyg om anställningsförhållande och examensbevis för utländska turistguider, men inte för grekiska guider. Denna ordning var tänkt som medel att få slut på en långvarig arbetsmarknadskonflikt. Grekland hävdade att det kunde ses som ett tvingande allmänintresse i fördragets mening att åtgärden var positiv för landets ekonomi. EG-domstolen delade inte denna åsikt utan slog fast att nationella målsättningar av ekonomisk natur inte kan utgöra ett allmänintresse som möjliggör inskränkningar i den fria rörligheten.

att vården utomlands är dyrare än den vård som produceras inom landet, utgör inte ett skäl att vägra vård utomlands hos en offentlig eller privat vårdgivare.⁹⁸ Men skulle den ekonomiska balansen i det sociala trygghets-systemet rubbas allvarligt, har EG-domstolen slagit fast att detta är ett allmänintresse som kan motivera att den fria rörlighet inskränks.⁹⁹ Frågan är emellertid när det finns risk för att detta sker? I vart fall inte om det rör sig om att kostnaden för ett par glasögon inköpta i Belgien istället för i Luxemburg.¹⁰⁰ I mål 120/95 Decker där saken gällde just inköp av ett par glasögon ansågs ett system med förhandstillstånd inte vara en nödvändig åtgärd för att bevara ett system där sjukvården var väl avvägd och tillgänglig för alla.¹⁰¹ Men om det istället handlar om kranskärlsoperationer som med eftervård på intensivvårdsavdelning kan kosta flera hundratusen kronor?

EG-domstolen har löst problemet genom att helt enkelt skilja på vård som utförs på sjukhus och vård som inte tillhandahålls på sjukhus. Denna tydliga distinktion gjordes av generaladvokaten redan i målet C-158/96 Kohll (som gällde vård utanför sjukhus). EG-domstolen särskilde vård på sjukhus från annan vård första gången i C-157/99 Smits och Peerbooms. I målet C-385/99 Müller-Fauré valde domstolen att tydligt och i ett sammanhang framhäva skillnaden vad gäller vård på sjukhus och vård utanför sjukhus.

När EG-domstolen accepterar inskränkningar i den fria rörligheten, till exempel genom att tillåta nationella krav på förhandstillstånd, gäller detta alltid vård på sjukhus. Det är endast i samband med sjukhusvård som ett krav på förhandstillstånd anses vara proportionerligt. Ett förhandstillstånd vad gäller vård utanför sjukhus anser EG-domstolen inte uppfylla proportionalitetsprincipens krav på lämplighet och nödvändighet. Men detta är egentligen att gå händelserna i förväg. Först måste avgöras vilka intressen som av EG-domstolen anses vara sådana tvingande allmänintresse att den fria rörligheten måste inskränkas. Först därefter kan proportionalitetsbedömningen göras. Det är i huvudsak tre olika skrivningar från målen C-158/96 Kohll, C-157/99 Smits och Peerbooms samt C-385/99 Müller-Fauré som är återkommande i domskälen.

⁹⁸ C-444/05 Stamatelaki, p. 33.

⁹⁹ C-158/96 Kohll, p. 41, C-368/98 Vanbraekel, p. 47, C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 72, C-372/04 Watts, p. 103, C-444/05 Stamatelaki, p. 30.

¹⁰⁰ Mål C-120/95 Decker, p. 40.

¹⁰¹ Må C-158/96 Kohll, p. 52.

Kan nationella krav på förhandstillstånd motiveras med skydd för den ekonomiska balansen i systemet för social trygghet? EG-domstolen har erkänt att den ekonomiska balansen i sjukvårdssystemet är ett sådant tvingande allmänintresse, som motiverar att medlemsstaterna inför krav på förhandstillstånd för den som vill ha vård utomlands.¹⁰²

Kan hänsyn till intresset att upprätthålla en läkar- och sjukvård som är väl avvägd och tillgänglig för alla motivera inskränkningar i den fria rörligheten för tjänster?

Medlemsstater som t.ex. Luxemburg i målet C-158/96 Kohll har framfört att intresset av ”den europeiska modellen” för sjukvård, dvs. sjukvård tillgänglig för alla, men väl avvägd, måste anses vara ett tvingande allmänintresse. EG-domstolen har i princip instämt i detta resonemang.¹⁰³ Domstolen har uttalat att den är medveten om att syftet att upprätthålla en väl avvägd läkar- och sjukvård, som är tillgänglig för alla, är förknippat med sättet att finansiera systemet för social trygghet.¹⁰⁴ Syftet kan anses relaterat till fördragets undantag för allmän hälsa (art. 46) i den mån målsättningen bidrar till att säkerställa en hög nivå vad avser hälsoskyddet.¹⁰⁵

Kan hänsyn till upprätthållandet av en vårdkapacitet eller en sjukvårdskompetens inom det nationella territoriet, vilket ytterst syftar till att skydda folkhälsan och till och med för befolkningens överlevnad, motivera inskränkningar i den fria rörligheten för tjänster?

EG-domstolen har också slagit fast att hänsyn till folkhälsan i sig är ett tvingande allmänintresse, vilket kan motivera att någon av de fyra friheterna begränsas.¹⁰⁶ Detta betyder dock inte att sjukvårdssektorn inte anses vara en ekonomisk sektor eller att den, som redan nämnts, kan avskärmas från den övriga ekonomin.¹⁰⁷ Undantaget för allmän ordning och allmän säkerhet i artikel 46 EG gör det dock möjligt för medlemsstaterna att begränsa den fria rörligheten, så att en vårdkapacitet och en sjukvårdskompetens upprätthålls inom det nationella territoriet.¹⁰⁸

¹⁰² Mål C-120/95 Decker, p. 37, 39, C-158/96 Kohll, p. 41, C-368/98 Vanbraekel, p. 47,

C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 72, C-372/04 Watts, p. 103, C-444/05 Stamatelaki, p. 30.

¹⁰³ C-158/96 Kohll, p. , 50.

¹⁰⁴ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 71.

¹⁰⁵ Skrivningen upprepas i mål C-368/98 Vanbraekel, p. 49, C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 73, C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 67, C-372/04 Watts, p. 104.

¹⁰⁶ C-158/96 Kohll, p. 45, C-368/98 Vanbraekel, p. 48.

¹⁰⁷ C-158/96 Kohll, p. 46.

¹⁰⁸ C-158/96 Kohll, p. 51 med hänvisning till mål 72/83 Campus Oil, REG 1984 s. 2727.

Se även mål C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 75, C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 67, C-372/04 Watts , p. 105, C-444/05 Stamatelaki, p. 32.

Kan nationella krav på vård av viss kvalitet motivera inskränkningar i den fria rörligheten?

Efter de tre nyss nämnda godtagbara skälen till att hindra fri rörlighet för patienter, finns andra argument från medlemsstaternas sida som inte har varit framgångsrika. Medlemsstater, som till exempel Luxemburg i Decker- och Kohllmålen, har försökt hävda att den fria rörligheten måste hindras, t.ex. genom krav på förhandstillstånd för att säkerställa tillhandahållandet av vård av viss kvalitet. Att kräva hög kvalitet på vården anser EG-domstolen i och för sig vara ett led i att skydda människors hälsa, vilket enligt artikel 30 EG är ett skäl som kan motivera att den fria rörligheten för varor inskränks.¹⁰⁹ I fall rörande fri rörlighet för tjänster har på motsvarande sätt hävdats att det är svårt för en nationell försäkringskassa att kunna kontrollera att vården eller, som i Kohllmålet, tandregleringsbehandlingen, håller tillräckligt hög kvalitet om vårdtagaren åker utomlands.

Sådana argument underkänns emellertid helt av EG-domstolen.¹¹⁰ Skälet är att de harmoniseringsdirektiv som finns inom området anses säkerställa att läkare/tandläkare i samtliga länder är lika kvalificerade.¹¹¹ Deckermålet gällde glasögon och där ansåg EG-domstolen det vara tillräckligt att det på området fanns direktiv som harmoniserade utövandet av de fria yrkena, till vilket optikeryrket räknas.¹¹²

I förhållande till privata vårdgivare utomlands, kan den nationellt upplevda osäkerheten om vårdkvaliteten upplevas som än större. Men EG-domstolen anser att sådana farhågor saknar grund, tack vare de harmoniserande direktiven på området.¹¹³

Kan krav på förhandstillstånd vid vård utomlands, som inte sker på sjukhus, anses vara proportionerligt?

Efter att först ha konstaterat att det finns vissa godtagbara skäl för att hindra den fria rörligheten, kommer vi nu till proportionalitetsbedömning-

¹⁰⁹ Mål C-120/95 Decker, p. 41.

¹¹⁰ Se i fråga om sjukvårdsprodukter mål C-120/95 Decker, p. 42-43.

¹¹¹ C-158/96 Kohll, p. 47-48 där domstolen med hänvisning till direktiv 78/686/EG, 78/687/EG samt 93/16/EG slår fast att läkare och tandläkare som är etablerade i andra medlemsstater skall anses vara lika kvalificerade som dem som är etablerade på det nationella territoriet. Detta framgår tydligare i den tyska språkversionen än den svenska. Detta betyder att vårdkvaliteten i det närmaste per definition är lika hög i varje medlemsstat. En konsekvens av detta är att den betalande försäkringskassan blir bunden av de bedömningar som de behandlande läkarna gör i det land där vården faktiskt utförs, utom om missbruk av den fria rörligheten skulle föreligga, se C-145/03 Keller, p. 50, 52.

¹¹² Domstolen hänvisade till direktiv 92/51/EEG om en andra generell ordning för erkännande av behörighetsgivande högre utbildning och direktiv 89/48/EEG.

¹¹³ C-444/05 Stamatelaki, p. 36-37.

en. Det är här som EG-domstolen behandlar vård på sjukhus och vård utanför sjukhus olika.

Ett krav på förhandstillstånd för vård utomlands när vården inte ges på sjukhus anses inte vara proportionerligt. Kravet på förhandstillstånd underkändes redan i C-120/95 Decker och C-156/98 Kohll. I mål C-385/99 Müller-Fauré och van Riet slogs detta fast på nytt och med viss emfas.¹¹⁴ EG-domstolen utvecklar i målet Müller-Fauré också det huvudsakliga skälet till varför vård utomlands utanför sjukhus enligt domstolen inte alls medför risk för att den ekonomiska balansen i sjukvårdssystemet skulle hotas. Skälet är helt enkelt att det endast kommer att vara en relativt begränsad skara patienter som verkligen söker vård i utlandet. Denna ståndpunkt grundar domstolen på förekomsten av språkbarriärer, det geografiska avståndet, vad vistelsen i utlandet kostar samt svårigheten att få reda på information om vården utomlands.¹¹⁵ Vård som ges i hemlandet har fördelen att vården kan ges i patientens närmiljö, i patientens kulturmiljö och att det är lättare för patienten att bygga upp en förtrolig relation till läkaren i en sådan miljö.¹¹⁶

Skäl till att det är tillåtet för medlemsstaterna att ha ett system med förhandstillstånd vid vård på sjukhus

I målet C-157/99 Smits och Peerbooms pekade EG-domstolen för första gången själv ut en situation, där det var tillåtet för medlemsstaterna att ha ett system med förhandstillstånd. Vård på sjukhus ansåg EG-domstolen nämligen ha vissa särdrag i jämförelse med vård som utförs på en läkarpraktik eller vid hembesök.¹¹⁷ I fråga om sjukhusvård ansågs medlemsstaterna ha ett behov av att kunna kontrollera och planera antalet sjukhusanläggningar, var dessa geografiskt var placerade, hur de var inrättade, vilken utrustning de var försedda med samt karaktären av de vårdtjänster som erbjuds.¹¹⁸

Domstolen anser att skälen till att sådan planering behövs är för att målet om en väl avvägd sjukhusvård av god kvalitet med stor och ständig tillgång skall kunna uppnås.¹¹⁹ Dessutom måste planeringen ske för att kostnaderna skall kunna kontrolleras och slöseri med ekonomiska, tekniska och

¹¹⁴ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 109.

¹¹⁵ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 95.

¹¹⁶ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 96.

¹¹⁷ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 76.

¹¹⁸ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 76, C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 78, C-372/04 Watts, p. 108.

¹¹⁹ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 78, C-372/04 Watts, p. 109.

mänskliga resurser undvikas.¹²⁰ Detta sägs vara särskilt viktigt ifråga om sjukhusvård, eftersom kostnaderna är avsevärda och behoven ökande.¹²¹ För att tillgodose dessa mål är ett system med förhandstillstånd en åtgärd som EG-domstolen anser vara både nödvändig och oundgänglig.¹²² Gemenskapsrätten ställer dock vissa krav på hur systemet med förhandstillstånd skall hanteras, vilket behandlas senare.

Tillåtet att endast ha avtalsanslutna vårdgivare i ett försäkringsbaserat system

Ett annat system med samma effekt som krav på förhandstillstånd är att det ställs krav på att vårdtagare endast får söka vård hos vårdgivare med vilka försäkringskassorna har avtal (och att de följaktligen inte kan söka sådan vård utan förhandstillstånd från försäkringskassorna). I målen C-157/99 Smits och Peerbooms och C-385/99 Müller-Fauré och van Riet stod det nederländska systemet i centrum för uppmärksamheten. Den nederländska regeringen, med instämmande av ytterligare ett antal medlemsstater, framhöll att det var nödvändigt för försäkringskassorna att få knyta ett begränsat antal vårdgivare till sig genom avtal.¹²³ Det är genom avtalssystemet som den faktiska styrningen av vårdens tillgänglighet, volym, kvalitet, priser etc. genomdrivs.

EG-domstolen har i det senare målet C-372/04 Watts uttryckt att EG-rätten inte innebär en skyldighet för medlemsstaterna att finansiera sjukhusvård i andra medlemsstater utan hänsyn till budgetrestriktioner.¹²⁴ Istället handlar artikel 49 om ”en avvägning mellan målet avseende fri rörlighet för patienter och de nationella behoven av en planläggning av tillgänglig sjukhuskapacitet, kontroll över sjukvårdskostnader och ekonomisk balans i det nationella hälso- och sjukvårdssystemet.”¹²⁵

Får medlemsstaterna begränsa vårdavtalen till endast ett fåtal vårdgivare? Skall patienter ha rätt till fritt val av sjukvårdsinrättning?

Den nederländska regeringen hävdade i mål C-385/99 Müller-Fauré att den inte ville tvingas att sluta avtal med ett större antal vårdgivare än vad som var nödvändigt för att fylla den nederländska befolkningens behov. Skälet till att avtal slöts med i första hand nationella vårdgivare ansåg

¹²⁰ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 80, C-372/04 Watts, p. 109.

¹²¹ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 79, C-372/04 Watts, p. 109.

¹²² C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 80, C-372/04 Watts, p. 110, 113-114.

¹²³ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 49.

¹²⁴ C-372/04 Watts, p. 145.

¹²⁵ C-372/04 Watts, p. 145.

Nederländerna vara att det var på det egna territoriet som efterfrågan på vård var störst.¹²⁶ EG-domstolen ansåg att en ordning där försäkringskassorna ingår avtal med ett begränsat antal vårdgivare och därigenom begränsar rätten för de patienter som omfattas av systemet att erhålla vård hos vårdgivare som inte omfattas av systemet fyller flera behov, nämligen både ifråga om kostnads kontroll och när det gäller att undvika slöseri med resurser.¹²⁷

Däremot kan medlemsstaterna inte upprätthålla kravet på att det måste finnas vårdavtal med vårdgivaren så fort vården söks utomlands av en enskild patient. Ett totalt förbud mot att söka vård hos privata vårdgivare, som saknade avtal med försäkringskassan i hemlandet, har EG-domstolen ansett strida mot artikel 49.¹²⁸ Ett sådant absolut förbud anses oproportionerligt.

I anslutning till diskussionen om det nederländska systemet med förhandstillstånd, som också byggde på att olika försäkringskassor slöt avtal med vissa vårdgivare, uttalade EG-domstolen sig om ett helt fritt vårdval. Om de försäkrade fritt och under alla omständigheter kunde få välja vilken sjukvårdsinrättning som helst oavsett var denna var belägen, skulle all planering för att se till att utbudet av sjukhusvård vad rationaliserat, stabilt, väl avvägt och tillgängligt äventyras.¹²⁹ Domstolen uttalade också att om många patienter skulle besluta sig för att utnyttja vård i andra medlemsstater, trots att de kan få identisk eller lika effektiv vård i tid i den egna medlemsstaten, så skulle ansträngningar att rationalisera och planera inom den livsviktiga sjukvårdssektorn kunna äventyras. Resultatet skulle kunna bli överkapacitet på sjukhusen, obalans i utbudet av sjukhusvård, slöseri och förluster – såväl logistiska som finansiella.¹³⁰

En slutsats måste vara att det faktum att en försäkringskassa sluter avtal endast med ett begränsat antal vårdgivare i och för sig begränsar den fria rörligheten för tjänster, men anses godtagbart med hänsyn till det tvingande intresset av en väl avvägd sjukvård.¹³¹

¹²⁶ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 50.

¹²⁷ C-385/99 Müller-Fauré, p. 80-82. Se även C-372/04 Watts, p. 112.

¹²⁸ C-444/05 Stamatelaki, p. 35.

¹²⁹ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 81.

¹³⁰ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 106.

¹³¹ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 81.

Kan medlemsstaterna kräva att vårdgivare inte får ha vinstintresse?

Om det skulle finnas ett nationellt krav på att vårdgivare inte får ha vinstintresse, är frågan om inte samma krav också måste få ställas på utländska vårdgivare. Ett sådant krav skulle av naturliga skäl enbart träffa privata vårdgivare. Frågan verkar inte ha ställts på sin spets. Ett rättsfall som kan nämnas är C-70/95 Sodemare, men här var det fråga om utländska företags etablering i en medlemsstat som förbjöd vinstintresse för vissa företag.¹³² Där klagade ett luxemburgskt och två italienska företag som ville driva äldreboenden i Italien på att de inte fick tillstånd till detta. De italienska rättsreglerna uteslöt att företag med vinstintresse fick kontrakteras som vårdgivare. EG-domstolen konstaterade att denna del av Italiens socialtjänstsystem var något som tillhandahölls av de offentliga myndigheterna på basis av en solidaritetsprincip. Med brasklappen ”på gemenskapsrättens aktuella stadium” ansåg EG-domstolen, att Italien kunde upprätthålla kravet på att inga vinstdrivande företag fick anlitas som vårdgivare.

Ett motsvarande sätt att resonera skulle visserligen tala för att det var möjligt för medlemsstater, som i sin nationella lagstiftning föreskriver att vårdgivare aldrig får ha vinstintresse, att också ställa krav på att vården utomlands tillhandahålls av en vårdgivare som inte drivs med vinstkrav. Men etableringssituationen i C-70/95 Sodemare kan inte helt och hållet jämföras med fri rörlighet för tjänster då enstaka patienter söker sig utomlands till en vårdgivare. Dessutom gäller att så länge som vårdavtal sluts med privata vårdgivare med vinstintresse inom landet, kan en medlemsstat inte motsätta sig att patienter söker vård utomlands hos privata kliniker med vinstintresse.¹³³

Vilka krav måste ställas på det nationella systemet med förhandstillstånd?

Genomgången hittills visar att nationella krav på att patienten skall ha erhållit tillstånd i förväg i fråga om sjukhusvård utomlands utgör en acceptabel inskränkning i den fria rörligheten för tjänster. Givet detta skall nu redovisas vilka krav EG-domstolen har ställt upp beträffande hanteringen av förhandstillstånd och skäl för beviljande respektive avslag. Domstolen ställer upp ett antal krav när det som här är fråga om en inskränkning av

¹³² C-70/95 Sodemare, REG 1997 s. I-3395. Målet citeras i rättsfallen Kohll, Decker, Smits och Peerbooms, men alltid endast för uppgiften att gemenskapsrätten inte inkräktar på medlemsstaternas behörighet att utforma sina sociala trygghetssystem.

¹³³ I C-444/05 Stamatelaki underkändes ett grekiskt krav på att vårdgivare utomlands inte fick vara privata. Detta eftersom privata vårdgivare var tillåtna inom Greklands sjukvårdssystem.

någon av de fyra friheterna.¹³⁴ Detta för att förhindra att nationella myndigheter annars godtyckligt skulle kunna avslå en ansökan.

- Myndighetstillståndet måste grundas på objektiva kriterier som inte är diskriminerande och som är kända på förhand
- Förfarandet måste vara lättillgängligt och ägnat att säkerställa att den berördes ansökan behandlas inom en rimlig frist, objektivt och opartiskt.
- Eventuella avslag skall innehålla uppgifter om vilka skäl avslaget grundar sig på. Beslutet måste vara motiverat på vederbörligt sätt och det skall kunna överprövas genom talan vid domstol. Denna domstol skall ha tillgång till oberoende experter som är garanterat objektiva och opartiska.

Avslag på ansökan om förhandstillstånd på grund av att behandlingen inte är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen

Enligt domstolen i målet C-157/99 Smits och Peerbooms, kan en ansökan om förhandstillstånd för vård utomlands avslås, om skälet är att behandlingen inte är beprövad och erkänd av den internationella vetenskapen. Detta krav måste tillämpas utan åtskillnad mellan behandling som finns inom och utanför det nationella territoriet.¹³⁵

Avslag på ansökan om förhandstillstånd på grund av att behandlingen inte är nödvändig

Det är möjligt för en nationell myndighet att avslå en ansökan om förhandstillstånd för sjukvård i en annan medlemsstat om det kan slås fast att vården inte är nödvändig för patienten.¹³⁶

Avslag på ansökan om förhandstillstånd på grund av att behandlingen eller lika effektiv sådan kan ges i tid inom den nationella vården

En i praktiken mycket betydelsefull inskränkning i rätten till sjukvård utomlands är att det också är möjligt för en nationell myndighet att avslå ansökan om förhandstillstånd om en identisk eller lika effektiv behandling kan ges i tid av en vårdgivare, som den försäkrade personens försäkringskassa har ingått avtal med.¹³⁷ I målet C-372/04 Watts ställdes frågan om ut-

¹³⁴ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 90, C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 84-85, C-372/04 Watts, p. 116-117.

¹³⁵ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 97.

¹³⁶ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 99.

¹³⁷ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 103, C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 89.

trycket ”i tid” i artikel 22.1.c respektive så som det uttryckts i EG-domstolens rättspraxis, betyder samma sak.¹³⁸ Enligt domstolen saknas det skäl att tolka uttrycket ”i tid” olika, dvs. det betyder samma sak i både förordning 1408/71 och i rättspraxis gällande artikel 49.¹³⁹

När det skall avgöras om vård kan ges i tid eller inte skall hänsyn endast tas till vad som mot bakgrund av patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp är normalt för vården i fråga.¹⁴⁰ Det viktiga är att behandlingen förblir ändamålsenlig och effektiv.¹⁴¹

I avgörandet i enskilda fall vad som är en lika effektiv behandling som kan ges i tid skall nationella myndigheter beakta samtliga omständigheter i det enskilda fallet, liksom patientens hälsotillstånd och sjukdomshistoria, hur gravt funktionshindrad patienten är och hur detta påverkar arbetsförmågan.¹⁴² Även detta villkor bidrar till att upprätthålla en god sjukvård som är tillräcklig, väl avvägd, permanent och för att säkerställa den finansiella stabiliteten i sjukförsäkringssystemet.

Det nuvarande rättsläget innebär att patienter har rätt att kräva vård i tid i hemlandet. Kan de inte få det, har de rätt att söka vården utomlands istället.

Avslag på ansökan om förhandstillstånd på grund av förekomsten av väntelistor (vårdköer)

Bland annat Nederländerna har framhållit att vårdköer är en konsekvens av att de ekonomiska resurserna är begränsade när det gäller tillhandahållandet av hälsovård. Det måste därför vara nödvändigt för medlemsstaterna att få behålla kontrollen över vården genom att fastställa vårdvolym och prioritetsordningar.¹⁴³ Även den brittiska och den irländska regeringen har framhållit prioritets- och väntelistor som viktiga styrinstrument och att det ekonomiska balansen skulle hotas om patienterna kunde ”hoppa över” vårdkön och istället själv söka vård i andra medlemsländer.¹⁴⁴

EG-domstolen har avvisat synsättet att vårdköer skulle vara en oundviklig konsekvens för att kunna undvika slöseri med resurser eller risk för att det istället skapas överkapacitet i olika medlemsländer.¹⁴⁵ Den enskilda patienten

¹³⁸ C-372/04 Watts, p. 42, 51.

¹³⁹ C-372/04 Watts, p. 60.

¹⁴⁰ C-372/04 Watts, p. 57.

¹⁴¹ C-372/04 Watts, p. 61.

¹⁴² C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 104, C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 90, C-56/01 Inizan, C-372/04 Watts, p. 62.

¹⁴³ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 49.

¹⁴⁴ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 55.

¹⁴⁵ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 92.

tens medicinska tillstånd måste beaktas, inte förekomsten av vårdköer. Vårdköer anser således domstolen inte i sig vara ett nödvändigt medel för att skydda folkhälsan.¹⁴⁶

EG-domstolen använde i C-37/04 Watts samma formulering som i den nya förordningen 883/2004, att med patientens rätt till vård i tid skall avses ”inom den tid som är medicinskt försvarbar, med hänsyn till personens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp.”¹⁴⁷ Den nationella domstolen hade emellertid uttryckligt frågat om den fick ta hänsyn till saker som väntetider, de kliniska prioriteringar som vårdbeställaren hade gjort, sjukhusens prioriteringar i syfte att effektivt utnyttja resurserna och det faktum att vård för patienten i ett system som det brittiska är gratis för patienten.¹⁴⁸ Vårdköer är något som har kommit att bli en normal och accepterad företeelse. Medlemsstater har hävdats att förekomsten av väntetid på behandling i sig inte skall behöva tolkas som att vården inte är tillgänglig.¹⁴⁹

EG-domstolen anser dock att sådana väntelistor ”inte enbart” får beaktas.¹⁵⁰ I C-372/04 Watts vidareutvecklade domstolen detta.¹⁵¹ Dagens situation präglas enligt domstolen av en ständigt ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård, i huvudsak beroende av medicinska framsteg och livslängd. Utbudet är däremot begränsat av ekonomiska skäl. Domstolen instämde i att nationella myndigheter med ansvar för att organisera och tillhandahålla vård har rätt att planera den. Ett sätt att göra detta är att fastställa en prioriteringsordning i förhållande till de medel och den kapacitet de har och om det är nödvändigt införa väntelistor. Däremot måste patienten, vid avslag på grund av en hänvisning till väntelistor, dels ha möjlighet att kontrollera att denna tid är godtagbar.¹⁵² Tiden i vårdkö får inte överskrida den tid som enligt en objektiv medicinsk bedömning av patientens vårdbehov är godtagbar. Vid denna bedömning skall hänsyn tas till ”patientens individuella hälsotillstånd, sjukdomshistoria, sjukdomens sannolika förlopp, smärta och/eller typ av handikapp vid tidpunkten för tillståndsansökan.”¹⁵³ Väntetiderna skall också vara flexibla och anpassningsbara, dvs. om patienten blir sämre skall tiden i vårdkö kunna kortas.¹⁵⁴

¹⁴⁶ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 92.

¹⁴⁷ C-372/04 Watts, p. 65.

¹⁴⁸ C-372/04 Watts, p. 42.

¹⁴⁹ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 51.

¹⁵⁰ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 92, C-372/04 Watts, p. 63.

¹⁵¹ C-372/04 Watts, p. 67.

¹⁵² C-372/04 Watts, p. 68.

¹⁵³ C-372/04 Watts, p. 68.

¹⁵⁴ C-372/04 Watts, p. 69.

Slutsatsen är alltså å ena sidan att om det går att få vård snabbare i en annan medlemsstat och det föreligger medicinska skäl till att denna vårdtid är lämplig för patienten, så har patienten rätt till förhandstillstånd. Föreligger det å andra sidan inga medicinska skäl till att vården måste ges snabbare, utgör det faktum att finns snabbare vård att tillgå utomlands inget skäl att bevilja förhandstillstånd. Med denna ståndpunkt anser EG-domstolen att det saknas grund för farhågor om ett massutflöde av patienter.¹⁵⁵

Den slutsats som kan dras av målet C-372/04 Watts är att när det är fråga om tid i vårdkö som beror på allmänna organisatoriska målsättningar och som dessutom inte överskrider den medicinskt försvarbara tiden, är det möjligt att avslå en ansökan om förhandstillstånd.¹⁵⁶

Så länge som väntetiden på vård är medicinskt acceptabel för patienten, behåller medlemsstaterna sin makt över prioriteringarna inom sjukvården. En rätt till vård utomlands enbart av det skälet att behandling erbjuds snabbare i den andra medlemsstaten, skulle kunna leda till bristande ekonomisk balans, obalans i utbudet av sjukhusvård, slöseri och förluster, såväl logistiska som finansiella. I detta avseende hänvisar domstolen till sina tidigare avgöranden.¹⁵⁷

Ersättningsanspråk som felaktigt avslagits

När förhandstillståndssystem gällande sjukhusvård i andra länder existerar, finns givetvis möjlighet att avslå patienters begäran om förhandstillstånd. Det ligger i förhandstillståndets natur, att när ansökan om tillstånd har avslagits är det meningen att patienten skall inrätta sig efter detta och avstå från vården utomlands. Frågan är om det inte är mer troligt att patienten ändå åker och sedan anför att avslaget på ansökan varit felaktigt. I C-372/04 Watts skedde just detta. I just det målet erkände de nationella myndigheterna att de gjort fel när ansökan avslagits, varför Watts erhöll sin ersättning vid den efterföljande nationella processen. I andra fall går det förmodligen inte att undvika att patienter som har fått avslag ändå startar rättsprocesser om ersättning med argumentet att deras ansökan avslagits på felaktiga grunder. I C-8/02 Leichtle hade Tyskland infört en reglering som krävde att patienten, vid avslag på förhandstillstånd, inte kunde få ersättning i efterhand, om patienten inte hade väntat med att genomföra behandlingen till dess att domstolsförfarandet angående överklagandet av avslags-

¹⁵⁵ C-372/04 Watts, p. 77.

¹⁵⁶ C-372/04 Watts, p. 70.

¹⁵⁷ C-157/99 Gerates-Smits och Peerbooms, p. 106, C-385/99 MüllerFauré och van Riet, p. 91, C-372/04 Watts, p. 71.

beslutet hade inletts. Detta ansåg EG-domstolen inte vara förenligt med artikel 49 EG. Tysklands försök att på detta sätt utesluta ersättningsanspråk när patienten sätter sig över ett avslagsbeslut var alltså inte framgångsrikt.

Vilka förmåner ingår?

Vilka förmåner som ingår i sjukvårdsförsäkringen regleras av varje medlemsstat.¹⁵⁸ Domstolen hänvisade i mål C-157/99 Smits och Peerbooms till målet 238/82 Duphar, där det inte ansågs som en begränsning av fri rörlighet för varor att vissa läkemedel inte ingick i den nederländska läkemedelsförsäkringen.¹⁵⁹ När samma princip tillämpas beträffande läkar- och sjukvård blir resultatet att det är varje medlemsstat för sig som bestämmer vilka behandlingar som ingår i sjukförmånssystemet.¹⁶⁰ Gemenskapsrätten kan i princip inte tvinga en medlemsstat att inkludera fler behandlingar i det som ingår i förmånerna. Det faktum att en viss behandling omfattas av sjukförsäkringssystemet i en annan medlemsstat saknar betydelse.¹⁶¹ Även vid utövandet av denna behörighet att bestämma vad som ingår i sjukförsäkringsförmånerna får emellertid EG-rätten inte åsidosättas. Det betyder att om en patient söker vård utomlands och vården inte ingår eller endast ingår delvis i den nationella sjukförsäkringen, så ersätts vården utomlands endast med sådana belopp som hade blivit aktuella om vården istället söktes i hemstaten.¹⁶²

Emellertid är det säkert vanligt att sjukdomstillstånd är sådant att det behandlas och därmed ingår i hemlandets sjukförmånssystem, men patienten tror mer på den behandlingsmetod som ges i ett annat EU-land. Mål som Pierik (I och II) gällde patienter som önskade få del av den tyska behandlingstraditionen med kurvistelser. Det finns emellertid inga andra kriterier än att en behörig myndighet kan avslå begäran förhandstillstånd om en identisk eller lika effektiv behandling kan ges i tid av en vårdgivare i det nationella sjukvårdssystemet. De som är försäkrade i Tyskland har ju möjlighet att få denna behandling inom ramen för sin sjukförsäkring. Det betyder att tyska sjukförsäkrade också kan vända sig till kurorter i andra EU-länder.¹⁶³

¹⁵⁸ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 85.

¹⁵⁹ Mål 238/82, Duphar, REG 1984 s. 523.

¹⁶⁰ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 98.

¹⁶¹ C-157/99 Smits och Peerbooms, p. 87.

¹⁶² C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 106.

¹⁶³ C-8/02 Leichtle, p. 48.

Enligt vilket lands taxa skall vården ersättas?

EG-domstolen har slagit fast att om kostnaden för sjukhusvården i en annan medlemsstat är högre än om behandlingen hade utförts i hemlandet, så får förhandstillstånd inte nekas på den grunden.¹⁶⁴

Men vad gäller om kostnaden i den andra medlemsstaten är lägre? I målet C-368/98 Vanbraekel hade den senare avlidna Jeanne Descamps, bosatt i Belgien, opererats i Frankrike för effekterna av ledgångsreumatism. Både Belgien och Frankrike hör till de länder där olika försäkringskassor ersätter utgifter för vård enligt olika återbetalningskoefficienter som fastställs på behörigt sätt och som sedan uttrycks som lagstiftning. Därför kunde det enkelt fastställas att taxan enligt den belgiska lagstiftningen där Descamps var försäkrad var ca 50 000 FRF, medan återbetalningen om den skulle ske enligt fransk lagstiftning där vården utfördes var ca 39 000 FRF. Den franska taxan var således ca 22 % lägre än den belgiska. I det här läget var vården utomlands alltså billigare om man utgick från belgiska förhållanden. Descamps anhöriga ville ha ut det högre belopp som utgick enligt den belgiska taxan.

För EG-domstolen blir detta en fråga om det inte kan ses som en begränsning av den fria rörligheten för tjänster om den nationella lagstiftningen inte garanterar den försäkrade att minst få ersättning i samma nivå som hade gällt om patienten blivit inlagd på sjukhus i den medlemsstat där hon var försäkrad. En sådan fråga besvarar EG-domstolen jakande. Domstolen ansåg att om ersättning inte utgick med det belopp som gällde i den behöriga staten (Belgien) blev det svårare att utföra tjänster mellan medlemsstater jämfört med i en och samma medlemsstat.¹⁶⁵ Den enskilde ansågs ”otvivelaktigt” annars kunna bli avskräckt att söka vård utomlands.¹⁶⁶

Effekten av detta är att den enskilde får ersättning med ett högre belopp än vad den utomlands belägna vårdgivaren krävt i ersättning.¹⁶⁷ EG-domstolen

¹⁶⁴ C-372/04 Watts, p. 69, 73.

¹⁶⁵ C-368/98 Vanbraekel p. 43-44, med hänvisning bland annat till C-158/96 Kohll, p. 33, se ovan not 90.

¹⁶⁶ C-368/98 Vanbraekel p 45. Här anför EG-domstolen mål 286/82, 36/83 Luisi och Carbone p. 16 som stöd. På det stället i förhandsbeskedet står i och för sig att läsa att friheten att tillhandahålla tjänster innebär en frihet för mottagare av tjänster att bege sig till andra medlemsstater för att motta en tjänst utan att hindras av restriktioner med avseende på betalningar. Men i Luisimålet utgjordes ju restriktionerna av förbud att föra ut valuta över en viss (låg) nivå. Luisimålet framstår därför som ett svagt argument som stöd för domstolens uppfattning i Vanbraekelmålet att ersättning på den nivå som faktiskt begärts skulle vara avskräckande för den enskilda.

¹⁶⁷ För den enskilde blir det en slags ”obehörig vinst”, vilket EG-domstolen väljer att inte förhindra. Däremot föreslås i den nya förordning 883/2004 som skall ersätta 1408/71 i en artikel 26.5 att patienten skall garanteras den lägsta utgiften vid planerad vård.

ansåg inte att något av de av domstolen själv formulerade tvingande hänsynen (risken för att den ekonomiska balansen i systemet allvarligt rubbas, målsättningen att upprätthålla en sjukvård som är väl avvägd och tillgänglig för alla, hänsyn till folkhälsan, för befolkningens överlevnads skull, intresset av att upprätthålla en vårdkapacitet och sjukvårdskompetens inom det nationella territoriet) var tillämpliga i fallet, dvs. de kunde inte leda till en annan ordning än att ersättningen enligt den taxa som vanligen utgick i Belgien skulle vara den som gällde.¹⁶⁸ En utbetalning med samma belopp som ändå gällde innebar ju ingen ytterligare finansiell belastning för medlemsstaten.¹⁶⁹ Descamps anhöriga hade därför rätt till en ytterligare utbetalning av 11.000 FRF, dvs. mellanskillnaden mellan den belgiska och franska taxan.¹⁷⁰

I länder som utger vårdförmåner i natura och inte på grundval av ett ersättningsbaserat system, måste medlemsstaterna se till att det är möjligt att fastställa olika ersättningsbelopp för vård som ges utomlands, så länge som beloppen grundas på objektiva och icke-diskriminerande kriterier.¹⁷¹

Om vården ersätts på grund av förordning 1408/71 sker betalning enligt artikel 36 och den behöriga försäkringskassan ingår en betalningsförpliktelse. Om vården sker på grundval av artikel 49 kommer patienten att få det belopp med vilken vården hade ersatts eller på annat sätt hade kostnadsberäknats som följer av reglerna i hemstaten.¹⁷² Om vården för den enskilda hade varit gratis, om vården hade getts i hemlandet, skall medlemsstaten i princip sätta den enskilde i samma situation.¹⁷³

Skall resorna i samband med att vården erhålls utomlands ersättas?

Vare sig om patienten erhåller vård på grundval av förordning 1408/71 eller artikel 49 omfattas reskostnaderna inte i begreppet ”vårdförmån”.¹⁷⁴ Om det däremot är så att faktiska reskostnader ersätts inom landet, måste

¹⁶⁸ C-368/98 Vanbraekel, p. 51.

¹⁶⁹ C-368/98 Vanbraekel, p. 52.

¹⁷⁰ C-368/98 Vanbraekel, p. 53. Generaladvokaten föreslog inte en sådan lösning till domstolen. I sitt yttrande behandlar denne endast de av den nationella domstolen efterfrågade artiklarna 22 och 36 i förordning 1408/71 och inte betydelsen av artikel 49. Generaladvokatens slutsats var därför att någon ytterligare utbetalning till enskilda inte kunde medges, eftersom artikel 36 gällde ersättningar mellan behöriga institutioner, yttrandet p. 26.

¹⁷¹ C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, p. 105, C-372/04 Watts, p. 74.

¹⁷² C-56/01 Inizan generaladvokatens yttrande p. 29-30. Det betyder alltså att när en patient har rätt till ersättning på grundval av både 1408/71 och artikel 49, så kan ersättningsvillkoren bli olika beroende på vilket lagrum som tillämpas, C-368/98 Vanbraekel, p. 53, C-372/04 Watts, p. 48. Den enskilde har rätt att få den ersättning som är mest förmånlig.

¹⁷³ C-372/04 Watts, p. 131-133.

¹⁷⁴ C-372/04 Watts, p. 136-138.

dessa ersättas även när patienten reser utomlands.¹⁷⁵ Om resekostnader däremot inte ersätts i det nationella systemet, utgår de heller inte för resor utomlands, vilket framgår av C-466/04 Herrera.¹⁷⁶ Av detta mål framgår också att det inte är möjligt att grunda ett ersättningsanspråk för kostnaderna för en medföljande på förordning 1408/71 eller att sådana kostnader behövde ersättas om de inte utgick i interna förhållanden. I mål C-8/02 Leichtle menade dock domstolen att det var möjligt för en medlemsstat att begränsa ersättningsbelopp för resor, kost och logi (om sådana fanns) till belopp som vara anpassade till vad som gällde inom landet.¹⁷⁷ Det skall dock påpekas att enligt artikel 26.6 den föreslagna nya förordning 883/2004 föreslås att ersättning för resor skall utgå både till patienten och en medföljande.

Spelar det någon roll om vården ges av en offentlig eller privat vårdgivare?

I en nationell kontext har privata vårdgivare i ett land som Sverige möjlighet att ge vård till patienter, som inte kan betala för vården själva, beroende av om det finns avtal om vård med landstingen. I den rent nationella kontexten är ju EG-rätten ofta inte tillämplig. Så fort en patient vill resa utomlands för vård, är emellertid EG-rätten tillämplig. Det betyder att en patient inte fritt kan välja vårdgivare i den egna medlemsstaten. Däremot finns möjligheten att faktiskt välja vårdgivare för vård på sjukhus utomlands, dock under förutsättning att förhandstillstånd lämnas. Om vårdgivaren utomlands är privat eller offentlig spelar ingen roll. I målet C-145/03 Keller hade en medlemsstat invänt att den behandlande läkaren hade vidareremitterat patienten till en privat klinik, utanför EES-området.¹⁷⁸ Detta saknade enligt domstolen betydelse för frågan om den behöriga institutionen skall ersätta patienten eller inte. Domstolen har resonerat på samma sätt i målet C-444/05 Stamatelaki.

En patient i t.ex. Sverige har inte rätt att välja en privat vårdgivare inom landet, om vårdgivaren saknar avtal med landstinget. Om samma företag istället etablerar sig på andra sidan av en nationsgräns, t.ex. i Danmark, så har patienten, om alla andra krav för rätt till vård utomlands är uppfyllda, möjlighet att få vård av den privata vårdgivaren.

¹⁷⁵ C-372/04 Watts, p. 140.

¹⁷⁶ C-466/04 Herrera, p. 39.

¹⁷⁷ C-8/02 Leichtle, p. 48, 51.

¹⁷⁸ C-145/03 Keller, p. 55.

5 SVENSK RÄTT

5.1 Inledning

Förordning 1408/71 har gällt i Sverige alltsedan EES-avtalet trädde i kraft. Ansökningar om förhandstillstånd från svenska sjukförsäkrade för planerad vård utomlands har sedan dess både beviljats och avslagits på grundval av artikel 22 i förordning 1408/71. När förutsättningar för att bevilja förhandstillstånd inte har förelegat, ofta för att patienten har lämnat in en ansökan om förhandstillstånd först efter att behandlingen avslutats, har emellertid Försäkringskassan tidigare intagit hållningen att vården utomlands inte kan ersättas av myndigheten. Efter Regeringsrättens avgörande i RÅ 2004 ref. 41 framgår numera klart, att Försäkringskassan måste lägga artikel 49 till grund för sina beslut. Sverige saknar ännu 2007 ett system med förhandstillstånd för sjukhusvård utomlands, även om ett lagstiftningsärende pågår. För närvarande har svenskförsäkrade patienter, som har erhållit vård utomlands, alltid möjlighet att begära och få ersättning i efterhand.

De båda rättsfallen som låg till grund för RÅ 2004 ref 41 gällde behandlingar som patienterna genomgick 1997 (sjukhusvård) respektive 1998 (tandvård). Det tog alltså sju respektive sex år innan Försäkringskassans avslagsbeslut kunde ändras till bifall i Regeringsrätten. Under denna tid har rättsläget möjligen uppfattats som oklart i Sverige, även om rättsläget i EG-rätten varit relativt klarlagt sedan 1998 då C-120/95 Decker och C-158/96 Kohll avgjordes. Regeringsrättens tolkning av artikel 49 är numera allmänt känd och accepterad. Vid sidan av Regeringsrättens avgöranden, finns även ytterligare praxis från kammarrätterna.

En proposition gällande införandet av ett svenskt system med krav på förhandstillstånd kan förväntas under 2007.¹⁷⁹ Förutom den lagändring angående förhandstillstånd som nu föreslås, skall ytterligare ett lagförslag som berör frågan om EG-rätt och fri rörlighet för tjänster beröras. Det gäller förslaget om avskaffandet av förbudet för utländska kvinnor att genomgå abort i Sverige. Båda lagförslagen skall kort diskuteras, liksom betydelsen av den så kallade vårdgarantin för patienters rätt till ersättning för resor i samband med sjukvård utomlands.

Den totala kostnaden för all internationell vård som betalas av Försäkringskassan uppges vara ca 300 miljoner kronor. Ersättningsärenden gäl-

¹⁷⁹ Se Ds 2006:4 Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land – En översyn samt lagrådsremiss ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, från den 18 januari 2007.

lande planerad vård i annat EU-land har kostat Försäkringskassan 25,5 miljoner kronor mellan januari 2004 fram till juni 2006. En av de vanligaste vårdtyperna är operation av pisksnärtskador.¹⁸⁰

5.2 Sjukvårdens organisation och reglering

Ansvar för sjukvården i Sverige är decentraliserat från staten till 21 olika landsting eller regioner. Det är således landstingen som ansvarar för att organisera hälso- och sjukvården inom respektive område. Patienterna betalar en låg avgift för utnyttjandet av vården och det finns också ett högkostnadsskydd i samtliga landsting.¹⁸¹ Största delen av kostnaderna för hälso- och sjukvården, ca 70 % bestrids av landstingen, som har egen beskattningsrätt.¹⁸² Resterande del täcks av statsbidrag, försäljning av tjänster samt patientavgifter.¹⁸³ De sistnämnda täcker enligt statistik från Sveriges kommuner och landsting ca 3 % av den totala hälso- och sjukvårdens kostnader. Vid sidan av den landstingsdrivna vården, sluter landstingen även avtal med privata vårdgivare.

Den grundläggande lagregleringen är HSL – Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).¹⁸⁴ Enligt 2 § HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vård skall ges med företräde för den som har störst behov. Därtill kommer att det är ett ansvar för ledningen av hälso- och sjukvården att organisera verksamheten så att både vårdkvaliteten och kostnadseffektiviteten främjas. Landstingen ansvarar för att ge vård till dem som är bosatta inom landstingen (3 § HSL) samt för de personer som omfattas av förordning 1408/71 utan att vara bosatta i Sverige (3 c § HSL). Vidare ansvarar landstingen för akut vård för dem som tillfälligt befinner sig där enligt 4 § HSL.

Vid sidan av hälso- och sjukvårdslagen gäller förordning 1408/71/EG i Sverige respektive artikel 49 EG. EG-domstolens praxis är i samtliga delar relevant även för Sveriges del. I fråga om planerad vård utomlands, dvs. vård på grundval av artikel 22.1.c i förordning 1408/71, gäller liksom i andra länder att den som vill söka förhandstillstånd för vård utomlands,

¹⁸⁰ Försäkringskassan, Kartläggning av gränsoverskridande planerad vård inom EU/EES finansierad av Försäkringskassa 2004-2005, slutrapport, s. 3.

¹⁸¹ Försäkringskassans vägledning Vårdförmåner i internationella förhållanden, s. 12.

¹⁸² Faktablad Socialdepartementet, maj 2005.

¹⁸³ Det finns lagstöd för landstingens möjligheter att sälja sjukvård till utländska köpare i lag (2001:151) om kommunal tjänsteexport och internationellt bistånd. Verksamheten skall bedrivas affärsmässigt och det skall finnas en överkapacitet som är möjlig att utnyttja.

¹⁸⁴ Rätt till tandvård regleras i tandvårdslagen (1985:125). EG-rättens konsekvenser för tandvård blir desamma som för sjukvård.

skall vara försäkrad i Sverige.¹⁸⁵ Försäkringskassan skall undersöka om vården är en förmån som utges enligt svensk lagstiftning och om den försäkrade kan få vården i tid i Sverige.¹⁸⁶ En identisk eller lika effektiv behandling skall inte kunna ges inom normal väntetid i Sverige, med hänsyn till den sökandes hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp.¹⁸⁷ I praktiken går det till så, att när en patient ansöker om förhandstillstånd hos Försäkringskassan, kontaktar myndigheten landstinget för besked om väntetiden på motsvarande vård och om väntetiden kan anses medicinskt godtagbar. Försäkringskassan har även riktlinjer för situationen att rätten till vård utomlands grundar sig direkt på EG-fördraget.

5.3 Vårdgaranti

Den svenska sjukvården har länge haft problem med tillgängligheten. Sedan slutet av 1980-talet har olika åtgärder satts in – ofta i kombination med att statliga medel tillskjutits till landstingen – för att tillgängligheten skall öka och vårdköerna kortas. Den senaste modellen för ökad tillgänglighet är den så kallade vårdgarantin, som regleras i ett avtal mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL). Sedan den 1 november 2005 gäller olika tidsgränser inom vilka behörig vårdpersonal skall besluta om vård och behandling sedan skall erbjudas.¹⁸⁸ Vårdgarantin omfattar all planerad behandling som ges inom hälso- och sjukvården.

Om landstinget inte klarar av att erbjuda behandling inom vårdgarantins gränser, skall landstinget hjälpa till att erbjuda behandling hos annan vårdgivare. Men detta gäller enligt avtalet mellan regeringen och SKL endast vårdgivare inom landet. När vård erbjuds utanför landstinget skall detta

¹⁸⁵ Försäkringskassan, Vårdförmåner i internationella förhållanden, s. 24.

¹⁸⁶ Lagrådsremiss Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, 070118, s. 11. Det sägs i Försäkringskassans riktlinjer att vården skall ges inom ramen för det allmänna sjukvårdssystemet i det land där vården utför, se ”Vårdförmåner i internationella förhållanden”, s. 24. I de rättsfall som EG-domstolen har avgjort har frågan om vårdgivaren varit offentlig eller privat sällan kommit upp. De flesta målen har gällt nationella behöriga myndigheters avslag på patients begäran om förhandstillstånd enligt förordning 1408/71. EG-domstolen har då funnit att vården istället har kunnat grundas på artikel 49 och frågan om vårdgivaren var privat eller offentlig har saknat betydelse. I mål C-145/03 Keller fann EG-domstolen att när tillstånd på grund av förordning 1408/71 har beviljats, så måste den behöriga institutionen betala för vården även i de fall då den behandlande läkaren beslutar att skicka patienten vidare till en privat vårdklinik utanför EU.

¹⁸⁷ Artikel 22.2 förordning 1408/71.

¹⁸⁸ Det finns nu mål för vårdens tillgänglighet som uttrycks i sifferserien 0-7-90-90, dvs. en patient skall kunna få kontakt med primärvården samma dag, en läkartid skall fås inom en vecka. Ett beslut om remiss till specialist skall tas inom 90 dagar. När beslut om behandling har tagits, skall sådan erbjudas inom ytterligare 90 dagar (www.skl.se).

ske utan merkostnad för patienten. Detta betyder att patienten skall ersättas för sjukresor, hotell, ledsagare. Däremot har patienten inte rätt att själv söka vård i ett annat landsting, utan beslutet om att erbjuda vård hos annan vårdgivare fattas av inom patientens ”hemmlandsting”.

5.4 Domstolspraxis

Rätt till vård på sjukhus på grundval av artikel 49 EG

Regeringsrätten har i avgörandet RÅ 2004 ref 41(Jellinek) konstaterat att även i Sverige gäller det faktum att det finns en vid sidan av förordning 1408/71 självständig rätt till sjukvård utomlands. En svensk kvinna som insjuknat en inflammatorisk sjukdom påbörjade behandling vid svenskt sjukhus enligt ett så kallat NIH-protokoll. Patienten avbröt behandlingen och sökte sig istället till ett tyskt universitetssjukhus, som behandlade sjukdomen enligt det som kallas Kielprotokollet.¹⁸⁹ I efterhand ansökte kvinnan om ersättning för vården i Tyskland. Innan Regeringsrätten biföll hennes ansökan i januari 2004, hade den avslagits med olika motiveringar. Bland annat anfördes att hon inte erhållit tillstånd för vården i förväg. Regeringsrätten konstaterade att patientens sjukdom behandlades även vid svenska sjukhus. Det fanns skillnader i behandlingsmetoderna och den tyska behandlingen hade inte vunnit allmän acceptans inom den medicinska vetenskapen. Behandlingen var ändå sådan att det var fråga om sjukvård som hade bekostats av det allmänna om vården hade getts i Sverige. Därför skulle hennes ansökan om ersättning bifallas. Kvinnan beviljades ersättning för de kostnader hon haft för vården i Tyskland, men med avdrag för ett belopp som motsvarade svenska patientavgifter.

I RÅ 2004 ref 41 fastslog Regeringsrätten även att svenska patienter har möjlighet att söka tandvård i andra EU-länder och få ersättning med de belopp som hade utgått om tandvården utförts i Sverige.

I mål 6396-01 avgjort av Regeringsrätten samma dag, slogs fast att även om det funnits skäl för Försäkringskassan att avslå en begäran om förhandstillstånd enligt artikel 22.1.c i förordning 1408/71, så hindrar inte detta att patienter kan söka om ersättning för vård utomlands med artikel 49 EG som grund.

Vård som inte skulle ha utförts i Sverige

Kammarrätten i Jönköping har avslagit en begäran om ersättning för en i Tyskland genomförd undersökning, eftersom ansvarig läkare i Sverige

¹⁸⁹Det kan tilläggas att patienten blev frisk av behandlingen i Tyskland.

ansett att undersökningen inte var medicinskt motiverad.¹⁹⁰ Patienten reste till Tyskland och genomgick där en så kallad leverbiopsi. Kammarrätten ansåg att eftersom en svensk läkare ansett att undersökningen inte var motiverad av medicinska skäl, så var det här inte fråga om vård som skulle ha bekostats genom det allmännas försorg i Sverige. I det fallet kunde ersättning för undersökningen i Tyskland inte heller utgå.

RÅ 2004 ref 41 visar i och för sig att patienter kan få tillgång till en annan behandling än den som ges i Sverige, även om svenska läkare inte förordar den. Vårdtraditionerna är dock olika i olika länder. En läkare i Sverige kan göra bedömningen att det inte finns något medicinskt vårdbehov, medan en utländsk kollega skulle kunna göra en annan bedömning. Att märka i målet från kammarrätten är det är fråga om en undersökning, inte behandling. Av fakta i målet framgår att patienten redan hade genomgått undersökningar, men att den efterfrågade ytterligare undersökningar. Skulle det i efterhand visa sig av patientens sjukdomsutveckling att undersökningen borde ha genomförts, borde patienten ersättas för sina kostnader.¹⁹¹ Men normalt bör läkares bedömning att vårdbehov inte föreligger respekteras. Eftersom läkarnas bedömning i dessa fall blir helt avgörande för om rätt till ersättning för vård utomlands föreligger eller inte, måste läkare i Sverige och ytterst Försäkringskassan vara beredda på att relativt utförligt kunna motivera varför vårdbehov inte föreligger.

I mål 2992-05, avgjort av Kammarrätten i Jönköping, utgick inte ersättning för tandregleringsbehandling för två barn, som fått behandling i Tyskland. Tandläkare i Sverige ansåg inte att tandreglering var nödvändig och därmed ansåg inte kammarrätten att vården hade bekostats av det allmänna i Sverige. Följaktligen fanns ingen grund för ersättning.¹⁹²

Resekostnader för vård i annat EU-land

Kammarrätten i Stockholm har avgjort ett ärende angående begäran om att Försäkringskassan skall ersätta kostnader för logi, kost och resa i samband med behandling i ett annat EU-land.¹⁹³ I målet har inte ifrågasatts att den behandling patienten erhållit i Tyskland också hade givits i Sverige och be-

¹⁹⁰ Mål nr 360-04, 2006-03-08, Kammarrätten i Jönköping,

¹⁹¹ Detta måste följa av C-372/04 Watts. Om ett avslag visat sig vara felaktigt, skall vården utomlands ersättas.

¹⁹² Försäkringskassans vägledning Vårdförmåner i internationella förhållanden, s. 28

¹⁹³ Mål nr. 2762/06 från 2007-03-28, Kammarrätten i Stockholm. Yrskandet om ersättning för utgifter för kost prövades inte av kammarrätten, eftersom den klagande inte hade yrkat ersättning för detta.

kostats enligt de regler som gäller i Sverige.¹⁹⁴ Samtliga instanser i målet verkar vara överens om att kringkostnader för vård i annat EU-land skall behandlas på samma sätt som sådana kostnader för vård inom Sverige. Försäkringskassan menade att ersättning för kostnader för resor utgår då hemlandstingen har remitterat en patient för vård utanför hemlandstinget. Patienter som utan remiss väljer att låta sig vårdas i annat landsting får själva stå för resekostnaden. Försäkringskassan ansåg att det faktum att patienten inte remitterats till vård i Tyskland medförde att ersättning inte kunde utgå vare sig enligt EG-rätten eller svensk rätt. Kammarrätten konstaterade i målet att Rikssvtalet för utomlänsvård endast gäller för vård inom landet. I sak ansåg kammarrätten att kostnader för logi inte utgår enligt svenska regler och att sådan ersättning därför inte kunde utges om vården genomförts i annat EU-land. Vad gäller ersättning för resor konstaterade domstolen att sådan lämnades både vad gäller öppenvård och vård på sjukhus, då patienten erhållit en remiss. Kammarrätten menade att det här förelåg en skillnad mellan vård inom landet respektive vård utomlands. Domstolen fann att skillnaden inte kunde motiveras av några tvingande hänsyn, som de tolkas av EG-domstolen. I fråga om prövningen av patientens begäran om remiss hade det inte heller framkommit i målet, att sådana behandlades i enlighet med de krav EG-rätten ställt upp.¹⁹⁵ Därför hade Försäkringskassan inte haft fog för att avslå patientens begäran om resekostnaderna. En domare var emellertid skiljaktig och menade att situationen skulle jämföras med att en patient utan remiss hade sökt vård utanför sitt hemlandsting. Eftersom ersättning då inte utgick för resor enligt svensk rätt, skulle sådan ersättning inte heller utgå för vård i utlandet. Emellertid är det så att kravet på remiss för utomlänssjukvård kan upprätthållas då vård söks inom Sverige, men inte alltid då vården ges i annat EU-land. Avgörande för patientens möjligheter att få ersättning för vård i annat EU-land är de sedvanliga kriterierna. Vården skall omfattas av sjukförsäkringen i hemlandet och vården skall där inte kunna ges i tid. Föreligger dessa förutsättningar skall patienten ha en remiss, annat tillstånd, eller ersättning i efterhand. Om ersättning för resekostnader är möjliga att få, kan detta inte begränsas till att avse endast vård i Sverige.¹⁹⁶ Däremot om det i Sverige hade funnits ett system med förhandstillstånd och en begäran om tillstånd

¹⁹⁴ Patienten i målet hade opererats av samma läkare i Tyskland, specialiserad på whiplagskador, som i april 2007 tillfälligt stängts av från sin tjänst sedan en annan svensk patient avlidit efter operationen.

¹⁹⁵ Det vill säga att beslut grundades på objektiva kriterier som varit kända i förväg och som inte diskriminerade vårdgivare i andra medlemsländer.

¹⁹⁶ Däremot tyder C-8/02 Leichtle, p. 48 på att det är möjligt för en medlemsstat får basera sina ersättningsbelopp utifrån vad som anses vara medicinskt nödvändigt.

helt korrekt hade avslagits, hade det varit rimligt att jämställa patienten med någon som utan remiss söker vård i andra landsting. Då utgår inte ersättning för resor.

I lagrådsremissen angående ersättningar för kostnader för vård i annat EES-land från den 18 januari 2007 anfördes precis detta.¹⁹⁷ Om det däremot rör sig om vård där förhandstillstånd beviljats – och ett sådant system införts i Sverige – föreslår regeringen att ersättning även för kost, logi och resor skall ersättas av svenska landsting.¹⁹⁸

Preskriptionsfrister

I ett mål gällande preskription av ersättningsanspråk för vård i annat EU-land har Kammarrätten i Jönköping ansett att ersättningsanspråk preskriberas om de inte framställs inom två år från den tid då betalningen erlades.¹⁹⁹ Patienten i målet genomgick behandling i Tyskland år 1999, men lämnade in ersättningsanspråk först i februari 2004 (dvs. inom en månad efter Regeringsrättens uppmärksammade avgörande i RÅ 2004 ref 41). Länsrätten hade kommit till slutsatsen att preskriptionsfristen inte började löpa innan Försäkringskassan överhuvudtaget tagit ställning till om vården kunde ersättas.

Möjligheterna att få ersättning för vård utomlands i efterhand får sägas ha blivit allmänt känd i Sverige först i och med Regeringsrättens avgörande RÅ 2004 ref 41 i januari 2004. Innan dess uppfattades rättsläget som att det inte var möjligt att begära ersättning för vård i efterhand. Detta var emellertid en felaktig uppfattning, eftersom möjligheterna att få vård utomlands på samma villkor som för vård i hemstaten förelegat sedan Kohllmålet avgjordes år 1998. Hade patienten i målet verkligen lämnat begäran om ersättning för vårdkostnader inom två år från att hon betalade vården i Tyskland, hade en sådan ansökan förmodligen felaktigt avslagits. För vårdkostnader som uppkommit efter januari 2004 framstår det som motiverat att upprätthålla en preskriptionsfrist på två år. För sådana kostnader som uppstått mellan 1998 och 2004 skulle det i och för sig vara möjligt att med en fördragskonform tolkning av svensk rätt komma fram till att preskriptionstiden i vart fall inte hade gått ut i februari 2004. Mot detta kan anföras att patienten trots allt borde ha lämnat in sin ansökan inom två år efter att vården utfördes. Även om anspråket hade avslagits i några instanser, hade det kunnat nå Regeringsrätten och då blivit ändrat.

¹⁹⁷ Lagrådsremiss Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, s. 33.

¹⁹⁸ a st.

¹⁹⁹ Mål 1714/06 från 2007-03-08, Kammarrätten i Jönköping.

5.5 Lagrådsremiss om ersättning för kostnader i vård i annat EES-land

Sverige har för närvarande inget system med förhandstillstånd när det gäller vård som söks på grundval av artikel 49. Men en sådan lagstiftning kan komma att införas. Regeringen planerar att år 2008 införa en ny lag om ersättning för hälso- och sjukvård eller tandvård som ges i ett annat land inom EU.²⁰⁰ Lagrådsremissen innehåller några ändringar jämfört med departementspromemorian 2006:4 Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land - En översyn.²⁰¹ Förslaget till ny lagstiftning innebär att ett system med förhandstillstånd för sjukhusvård utomlands införs även i Sverige.²⁰²

Det föreslås att patienter som är bosatta i Sverige skall kunna få ersättning för sina kostnader för så kallad planerad sjukhusvård i ett annat EU-land. Förutsättningen är att det är fråga om behandling av en sjukdom som skulle ha bekostats av det allmänna om vården getts i Sverige. Dessutom gäller att behandlingsmetoden i EU-landet överensstämmer med en behandling som antingen används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet *eller* är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen. Därtill kommer att behandlingsmetoden inte får vara förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning.

När en patient utnyttjar sin möjlighet att själv söka sjukvård utomlands, anför regeringen att så länge som åtminstone ett landsting använder behandlingsmetoden, skall ersättning utgå. I de fall patienter efterfrågar behandlingar som inte alls finns i Sverige menar regeringen alltså att så länge som en behandlingsmetod används i ett annat EU-land, är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen, så skall patienter kunna få ersättning.²⁰³ I de fall en behandlingsmetod är förbjuden eller begränsad i svensk lag, skall ersättning däremot inte utgå alls.²⁰⁴

²⁰⁰ Inklusiva EES och Schweiz.

²⁰¹ I Ds 2006:4 föreslogs att förutsättning för att ersättning skulle utgå var att vården var internationellt vedertagen. I lagrådsremissen är detta ändrat till att vården överensstämmer med vad som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet eller om behandlingen är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen och inte heller förbjuden eller begränsad i svensk lagstiftning. Vidare har kravet på att vårdgivaren skulle vara ansluten till det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet slopats i lagrådsremissen, jfr. Ds 2006:4 s. 10, 34 med lagrådsremissen s. 6-7.

²⁰² Förordning 1408/71 och dess förhandstillståndssystem gäller givetvis.

²⁰³ Lagrådsremiss Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, s. 24.

²⁰⁴ a st.

Förhandstillstånd skall krävas för planerad sjukhusvård. Regeringen konstaterar att vad som är sjukhusvård inte är definierat i svensk lagstiftning och att det inte heller entydigt är definierat av EG-domstolen.²⁰⁵ Regeringen anser att begreppet skall knytas till hur kvalificerad vården är vad gäller utrustning och kompetens.²⁰⁶ Tillstånd kommer att beviljas endast om förutsättningarna för att få ersättning är uppfyllda och då vården eller en lika effektiv sådan inte kan erbjudas i Sverige inom en tid som med beaktande av den sökandes aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp är normal för vården i fråga.

Skäl för att införa förhandstillstånd ser regeringen i det faktum att det kan bli alltför kostsamt om många människor söker vård utomlands.²⁰⁷ Den svenska sjukvården har höga fasta kostnader som inte varierar nämnvärt med antalet patienter. Vården befaras också vara dyrare utomlands. Vidare nämns landstingens behov av att upprätthålla sina prioriteringar i detta sammanhang.

För att förhandstillstånd skall kunna beviljas gäller även att vården eller en lika effektiv sådan inte kan erbjudas i Sverige inom en tid som med hänsyn till den sökandes aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp är normal för vården i fråga. Vad om är ”i tid” avgörs i första hand med hänsyn till en samlad bedömning av patientens hälsotillstånd.²⁰⁸ Regeringen hänvisar till vad EG-domstolen har anfört i C-372/04 Watts. Väntelistor och prioriteringar kan göra vårdköer nödvändiga. Men dessa skall vara flexibla och anpassningsbara. Regeringen anför att vårdköer längre än de tre månader som föreskrivs i vårdgarantin inte kan betraktas som normala.²⁰⁹ Regeringen uttrycker även en förhoppning om att det är hälso- och sjukvården samt tandvården inom Sverige som i första hand skall utnyttjas.²¹⁰

I lagrådsremissen föreslås också att det skall vara det landsting där den vårdsökande är bosatt som skall ersätta kostnader uppkomna i samband med vård i ett annat EU-land.²¹¹ Detta skall gälla vare sig vården söks på grundval av förordningen eller EG-fördraget.

²⁰⁵ Lagrådsremiss Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, s. 20.

²⁰⁶ a st.

²⁰⁷ Lagrådsremiss Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, s. 18.

²⁰⁸ Lagrådsremiss Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land, s. 27.

²⁰⁹ a st.

²¹⁰ a st.

²¹¹ Samma regel skall gälla om vården söks på grundval av förordning 1408/71.

Mot förslaget har framförts kritik från Sveriges kommuner och landsting.²¹² Kritiken är självklart riktad mot att de enskilda landstingen skall tvingas betala istället för Försäkringskassan. Hushållning med knappa resurser brukar i allmänhet gynnas av att den som fattar besluten också är den som får betala. Med nuvarande rättsläge är det en ren vinst för landstingen när en patient åker utomlands för vård. Frågan är dock om det är lämpligt att det är Försäkringskassan som beslutar om förhandstillstånd, när det är landstingen som skall betala? Det som talar för detta är att Försäkringskassan har större möjlighet att säkerställa tillgång till nödvändig juridisk kompetens. Dessutom kan patienterna känna misstänksamhet mot att det är landstingen som skall få avgöra om förhandstillstånd skall ges eller inte. Samtidigt vore det naturligtvis bra för landstingen att upptäcka att deras patienter i många fall har rätt att få vård utomlands på landstingets bekostnad och att de därför har ekonomiska incitament att hålla nere vårdköerna och sörja för ett bra bemötande.

I Dagens Nyheter från den 12 maj uttrycks åsikten att Sverige inte alls bör införa ett förhandstillståndssystem. Detta framstår emellertid som obetänksamhet. Ett förhandstillståndslöst system i Sverige ökar inte på något sätt inflödet av utländska patienter hit. Tvärtom kräver ju andra medlemsstater att deras patienter endast får resa till Sverige om de har beviljats förhandstillstånd. För svenska patienter är det förmodligen mer förutsebart och rättssäkert ha få ett tillstånd, även om resultatet för några blir att tillståndsbegäran avslås. Men EG-domstolens praxis kan inte tolkas som en rätt till fritt vårdval, bara för att vården söks utomlands. Tvärtom påminner EG-domstolens praxis sedan C-372/04 Watts ganska mycket om det svenska systemet med utomlänssjukvård. Det finns knappast skäl för Sverige att gå längre än vad som krävs enligt EG-rätten på denna punkt.

5.6 Utländska kvinnors rätt till abort i Sverige

I Sverige har kvinnor möjlighet att på egen begäran göra abort före utgången av graviditetsvecka 18. Hon måste emellertid enligt den nuvarande svenska lagstiftningen vara svensk medborgare eller bosatt i Sverige.²¹³ Denna begränsning har en gång införts för att förhindra att utländska kvinnor från länder med mer restriktiv lagstiftning söker sig till Sverige enbart för att få abort.²¹⁴ En statlig utredning tillsattes år 2003 med uppdraget att

²¹² Svenska ska kunna få vård i EU utan prövning, DN 12 maj 2007.

²¹³ 5 § abortlagen (1974:595). Av samma lagrum framgår att om kvinnan vare sig är svensk medborgare eller bosatt här, kan Socialstyrelsen ändå lämna tillstånd, om det finns särskilda skäl.

²¹⁴ SOU 2005:90 s. 97.

utreda förutsättningarna för och konsekvenserna av att utländska kvinnor som inte är bosatta i Sverige skulle få rätt att göra abort i Sverige, under förutsättning att de själva står för kostnaderna.²¹⁵ I det statliga betänkandet SOU 2005:90 Abort i Sverige föreslås att lagstiftningen skall ändras så att förbudet tas bort ifråga om kvinnor som kommer från EU-länder.

Det framstår i betänkandet som om EG-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster är en mycket viktig anledning till att förbudet för utländska kvinnor att resa hit i syfte att göra abort föreslås avskaffad.²¹⁶ Det påstås att 5 § abortlagen saknar giltighet ifråga om kvinnor från andra EU-länder.²¹⁷ Det hänvisas också till att Danmark som en konsekvens av EG-fördraget har ändrats i sin lagstiftning och tagit bort ett liknande förbud.

Analysen av EG-rätten i betänkandet kunde emellertid ha varit djupare.²¹⁸ EG-domstolen har inte haft tillfälle att ta ställning till den diskriminering av EU-medborgare från andra länder än Sverige som det nuvarande förbudet i abortlagen faktiskt utgör. Abort utgör en tjänst i fördragets mening, vilket EG-domstolen redan har slagit fast.²¹⁹ Ett förbud riktat mot utländska EU-medborgare utgör ett hinder mot den fria rörligheten för tjänster och utgör också en direkt diskriminering (dvs. en särbehandling grundad på tjänstemottagarens nationalitet). Den svenska regleringen träffas därför av förbudet mot att inskränka tjänsters fria rörlighet i artikel 49 EG. Utan hinder av artikel 49 är det dock möjligt enligt artikel 46 EG för medlemsstaterna att tillämpa lagar som föreskriver särskild behandling av utländska medborgare och som grundas på hänsyn till allmän ordning, säkerhet och hälsa.

Vilken lagstiftning olika EU-länder har gällande abort får sannolikt anses utgöra en fråga om ”allmän ordning”.²²⁰ Stöd för detta finns i EG-domsto-

²¹⁵ Kommittédirektiv 2003:134 Utländska kvinnors rätt att få abort i Sverige

²¹⁶ I sammanfattningen av betänkandet sägs EG-rätten redan idag innebära att kvinnor från EU-länder bör kunna erbjudas abort. Detta nämns före Sveriges hållning vad gäller reproduktiv hälsa (s. 11). I avsnittet om utredningens förslag med motiveringar nämns EG-rätten som ett starkt motiv till att abortlagen skall ändras och även här nämns EG-rätten före Sveriges policy angående reproduktiv hälsa (s. 22-23).

²¹⁷ SOU 2005:90 s. 23.

²¹⁸ På flera ställen i betänkandet hävdas att ”De olika länderna inom EU tillämpar dock fördraget på olika sätt vilket innebär att det saknas en enhetlig praxis för hälso- och sjukvårdstjänster.” (SOU 2005:90 s. 23, 131, 137). Det är emellertid inte tillåtet för medlemsstaterna att tillämpa EG-rätten på annat sätt än i enlighet med EG-domstolens tolkning. Det finns i betänkandet inget stöd för påståendet att EG-fördraget tillämpas olika. Även om det vore så, saknas det inte en enhetlig praxis för hälso- och sjukvårdstjänster i EG-rätten. Däremot ges inte exakt samma vård i olika länder.

²¹⁹ Se not 72.

²²⁰ I den engelska versionen av fördraget används uttrycket ”public policy”.

lens uttalande i målet C-159/90 SPUC mot Grogan, där den menade att ifråga om abort var det inte en sak för EG-domstolen att överpröva nationella lagstiftares val.²²¹ I detta mål var EG-domstolen beredd att respektera de politiska val motiverade av hänsyn till allmän ordning som gjordes i olika länder.

Sverige är det enda landet av dem som redovisas i betänkandet som har 18 veckor som tidsgräns för abort på egen begäran.²²² Länder som Danmark, Norge och Tyskland har 12 veckor. Andra länder som Finland och Storbritannien prövar formellt om det finns sociala eller medicinska skäl för samtliga aborter.²²³ När Danmark tog bort förbudet för utländska kvinnor att göra abort med hänvisning till EG-rätten, måste det beaktas att Danmark hade samma låga gräns som de flesta EG-länder har. Ingen överströmning av utländska kvinnor som ville göra abort kunde därför förväntas. I Sverige finns däremot möjligheten för kvinnan att bestämma själv om aborten fram till vecka 18, vilket ökar incitamenten för kvinnor att söka sig till Sverige.²²⁴

Förmodligen skulle det ha varit möjligt för Sverige att i en process inför EG-domstolen – om en sådan hade blivit aktuell – hävda ett fortsatt förbud för utländska EU-medborgare i vart fall för aborter senare än vecka 12. Sverige skulle teoretiskt kunna hänvisa till ”allmän ordning” och förklara att man inte vill lägga sig i andra länders politiska val i fråga om aborter. Ett sådant argument skulle sannolikt godtas av EG-domstolen. Vad som utgör allmän ordning är i första hand något för medlemsstaten att avgöra. I en så politisk kontroversiell fråga som abort, skulle EG-domstolen säkert föredra att hålla en låg profil. Detta förutsätter emellertid att det egentliga skälet till att förbjuda utländska kvinnor från att göra abort här, verkligen är just detta – att Sverige vill respektera andra länders politiska val (något som i och för sig kommit till uttryck i förarbetena).

I lagrådsremissen från den 10 maj 2007 anför regeringen att den inte anser att det för svensk del finns tillräckliga tvingande hänsyn som skulle motivera en inskränkning av den fria rörligheten.²²⁵ Regeringen anför också att den anser att samma regler skall gälla för utländska kvinnor som för svenska.

²²¹ Se not 74.

²²² SOU 2005:90 s. 103.

²²³ I Finland beslutar två läkare om abort senast vecka 12 och en nämnd beslutar upp till vecka 24. I Storbritannien är gränsen vecka 24.

²²⁴ I lagrådsremissen från den 10 maj 2007 anför regeringen att den bedömer att antalet kvinnor som söker sig till Sverige för att göra abort i vecka 12-18 inte kommer att öka i nämnvärd utsträckning, s. 16.

²²⁵ Lagrådsremiss Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter, 070510, s. 14.

Enligt min bedömning bör inte EG-rätten anföras som ett argument för att ändra abortlagstiftningen. Att ändå hävda detta verkar bygga på en mindre väl underbyggd bedömning av gällande EG-rätt. En annan sak är att när Sverige väljer att ändra sin abortlagstiftning, finns det flera andra anledningar till detta och det är dessa som bör framhåvas. Ett tungt vägande skäl är att den svenska abortlagstiftningen bygger på att det är kvinnan själv som är den som skall bestämma om graviditeten skall avbrytas eller inte och detta fram till den 18:e graviditetsveckan. Inblandning av andra personer, kuratorer eller läkare, skall blandas in endast om kvinnan själv vill det. En så låg gräns för abort på kvinnans initiativ som 12 veckor anses inte lämplig i Sverige. När nu Sverige tycker att detta är den mest lämpliga hållningen, bland annat av hänsyn till kvinnors reproduktiva hälsa, bör Sverige stå upp för sin uppfattning och därför avskaffa förbudet för utländska kvinnor att göra abort här. Som utredningen påpekar är detta en viktig symbolhandling.²²⁶ Argumentet bör emellertid vara just detta och inte att EG-rätten tvingar Sverige att avskaffa förbudet.

Sverige är som sagt ensamt i EU om att ha vecka 18 som gräns för kvinnans absoluta självbestämmande. En konsekvens av en förändrad lagstiftning kan mycket väl bli att Sverige kommer att få ett inflöde av kvinnor som hellre gör abort här än följer de lagar som finns i andra EU-länder. På sikt kan detta leda till att även andra länder inför vecka 18 som gräns för aborter.

²²⁶ SOU 2005:90 s. 25.

6 KONKURRENS PÅ DEN INRE MARKNADEN FÖR SJUKVÅRD

6.1 Ett ökat konkurrenstryck

EG-rätten ger alltså många patienter rätten att bli behandlade utomlands, istället för att vänta i en vårdkö i hemlandet. Samma rättsläge gäller inom hela EU. Det är upp till varje medlemsstat att reagera på de senaste tio årens rättsutveckling. Så länge som EG-domstolens tolkning av den fria rörligheten för tjänster och av förordning 1408/71 respekteras, finns det inget som hindrar att medlemsstaterna inte vidtar några som helst reformåtgärder i fråga om den egna sjukvårdens organisering. För närvarande leder utflödet av svenska patienter utomlands till en kostnad av ca 300 miljoner per år inte till ett förändringstryck på de svenska landstingen. När en patient söker förhandstillstånd eller ersättning i efterhand är det nämligen Försäkringskassan som betalar vården, inte patientens landsting.²²⁷ Landstingen har därför i nuläget inga ekonomiska incitament att undvika att en patient söker vård utomlands, snarare tvärtom.

För en medlemsstat betraktad som en organisatorisk helhet kan det dock antas att det finns ett intresse av att hindra utflödet av sjukförsäkrade patienter, eftersom resurser avsedda för den nationella sjukvården annars hamnar i utlandet. Det kan till och med finnas skäl att organisera sjukvården så, att ett inflöde av patienter från andra EU-länder ger intäkter. Patienternas rörlighet och tvånget att finansiera deras vård leder till att det uppstår en konkurrens på den inre marknaden mellan olika medlemsstater, som alla vill minska utflödet av inhemska och samtidigt öka inflödet av utländska patienter. Det ligger nära tillhands att anta att detta kommer att leda till ökade sjukvårdskostnader totalt inom EU. Det går dock inte att säga säkert utan empiriskt stöd.

Betraktad som en marknad, får sjukvårdsmarknaden sägas vara en mycket dåligt fungerande sådan. Sjukvårdsmarknaden kännetecknas av många så kallade marknadsmislyckanden. Patienter betalar inte vad vården kostar, så marknadsekonomin ”osynliga hand” – priset – är satt ur spel. Hela frågan om sjukvård och konkurrens är komplicerad. Olika konkurrensmekanismer kan säkert bidra till ökad vårdkvalitet, tillgänglighet och att sänka kostnader. Samtidigt kan nya problem och nya kostnader, bland annat för administration, uppstå som en bieffekt.

²²⁷ I lagrådsremissen angående ersättning för kostnader för vård i annat EES-land föreslås alltså att landstingen där patienten är bosatt skall svara för kostnaden, se lagförslagets 7§, s. 37-38.

Vid sidan av rättsutvecklingen vad gäller fri rörlighet för patienter, finns även andra delar av EG-rätten som kan ha relevans för sjukvårdens organisering och medlemsstaternas bestämmanderätt. Närmast skall dels några relevanta frågor gällande konkurrens och sjukvårdsmarknader beröras, dels några andra EG-rättsliga regelkomplex. Det gäller då reglerna om förbud mot konkurrensbegränsande beteenden, statsstöd och offentlig upphandling.

6.2 Konkurrens och sjukvård

Forskning om konkurrens och sjukvård

Konkurrensverket finansierade år 2004 ett uppdragsforskningsprojekt utfört av fil. dr. Mats Ekelund, som resulterade i rapporten ”Konkurrens på sjukvårdsmarknaden”.²²⁸ Ekelund gör i rapporten en genomgång av konkurrensforskningen inom sjukvårdsområdet i USA, Storbritannien och Sverige.

Av Eklunds forskningsöversikt framgår att forskning om konkurrensens betydelse på sjukvårdsmarknaden är mycket omfattande i USA. På den fragmentiserade amerikanska sjukvårdsmarknaden förekommer konkurrens på flera olika nivåer. Det råder konkurrens mellan olika försäkringsbolag om att erbjuda olika försäkringslösningar till försäkringstagarna. Det råder konkurrens mellan olika vårdgivare om att få ingå i sjukförsäkringslösningarna som erbjuds av privata försäkringsbolag respektive de offentligt finansierade systemen. Det råder även konkurrens mellan olika vårdgivare om patienterna.

Det finns empiriskt stöd för att konkurrens fram till 1980-talet hade en positiv effekt, dvs. en kostnadssänkande effekt på utgifterna för sjukvård.²²⁹ Vårdgivarna fick ersättning för styrkta kostnader för vården. Med vissa inslag av ett fritt vårdval för patienterna kom systemet emellertid att leda till att vårdgivarna började erbjuda allt mer avancerade och dyra behandlingar med en medicinsk kapprustning och ökade sjukförsäkringspremier som följd. Ekelund beskriver hur amerikanska försäkringsbolag därför började begränsa patientens fria vårdval och istället erbjuda sjukvård endast hos vårdgivare som bolagen hade kontrakt med (så kallat managed care).

Trots förekomsten av konkurrens på olika nivåer på den amerikanska sjukvårdsmarknaden, verkar detta sammantaget inte leda till ett effektivt användande av samhällets resurser. Sjukvårdens andel av BNP är i särklass högst

²²⁸ Konkurrensverkets rapportserie, 2004. Författaren Mats Ekelund studerade vilka konkurrensförhållanden som kunde sägas existera och vilka effekter dessa hade inom Stockholms läns landsting.

²²⁹ Ekelund, s. 4.

i USA jämfört med andra OECD-länder. Detta trots att många medborgare helt saknar sjukförsäkring.²³⁰

Storbritannien reformerade under 1990-talet sin National Health Service, så att separata beställarfunktioner och utförarfunktioner gällande vård infördes.²³¹ Ekelunds tolkning av brittisk konkurrensforskning gällande sjukvård är, att det visats att konkurrensmekanismerna hade en dämpande effekt på priser och kostnader, men att effekterna var begränsade.²³² Ekelund redovisar forskning där det begränsade sambandet mellan konkurrens och pris på den brittiska sjukvårdsmarknaden delvis kunde förklaras med att konkurrensmekanismerna aldrig användes fullt ut. Beställarna undvek att fatta beslut som ledde till nedläggning av sjukhus, eftersom detta var politiskt känsligt.

I Sverige har förändringarna i sjukvårdens organisation blivit föremål för många utredningar och forskningsrapporter.²³³ Det finns t.ex. belagt att införande av ekonomiska styrmedel som till exempel prestationsersättningsar initialt har inneburit produktivitetsökningar, men att effekten sedan klingat av. Olika modeller för prissättningssystem och försök till konkurrensmekanismer i ersättningsmodellerna har inte entydigt lett till minskade kostnader.²³⁴

Det finns också studier av svensk sjukvård där det har konstaterats att produktiviteten i privat primärvård är högre än i offentlig primärvård.²³⁵

Marknadsimperfektioner

Ett påpekande som Ekelund gör är att det är svårt att styra sjukvård, vare sig det huvudsakligen är marknaden eller offentliga regleringar som skall vara styrmedlen.²³⁶ I sjukvårdssystem baserade på individuella försäkringslösningar råder olika typer av marknadsimperfektioner. Ett exempel som ofta framhålls är att informationen hos försäkringsgivaren och försäkringsstagaren är asymmetrisk.²³⁷ En för den här rapporten relevant form av mark-

²³⁰ År 2004 spenderade USA 15,3% av BNP på sjukvård. På andra plats kommer Schweiz med 11,6 %. Sverige spenderade enligt OECD-statistiken 9,1%.

²³¹ Ekelund, s. 5.

²³² Ekelund, s. 6.

²³³ Ekelund, s. 7.

²³⁴ Ekelund, s. 8.

²³⁵ Ekelund, a st.

²³⁶ Ekelund, s. 9.

²³⁷ Patienten kan ha information om sitt hälsotillstånd som den inte avslöjar för försäkringsgivaren, till exempel att den börjat känna symptom som kan tyda på en allvarlig sjukdom. En annan asymmetri är att patienten inte har en aning om vilken behandling som lämplig. Det vet läkarna mycket bättre.

nadsimperfektion utgörs av det redan nämnda faktumet att det inte är patienten som betalar vad vården kostar, utan tredje part.

Ekelund har i sin rapport närmare studerat hur en beställar-utförar modell påverkas av konkurrensinslag. Det problem som föreliggande rapport handlar om är mer en fråga om fritt (utlands)vårdval, vilket inte är samma sak. Några observationer kan ändå göras. I anslutning till sin bedömning av konkurrensens påverkan på en beställar-utförarmodell noterar Ekelund att tredje partsfinansiering paradoxalt nog kan leda till en ökad effektivitet i ett sjukvårdssystem med bristande konkurrens, t.ex. i ett vårdmonopol. Detta följer av att den överkonsumtion, som kan bli följden av tredje partsfinansieringen, uteblir när det inte finns någon annan vårdgivare att vända sig till. Alltså bör slutsatsen kunna dras att när monopolsituationen upphör, vilket den gör till följd av fri rörlighet för patienter, så dämpas inte längre överkonsumtionen på samma sätt.

Ekelund beskriver i sin rapport till Konkurrensverket även utbudsstyrd efterfrågan som ytterligare en marknadsimperfektion.²³⁸ Med utbudsstyrd efterfrågan menas att om det finns en vårdinfrastruktur, som inte är föränderlig i ett kort perspektiv, så kommer denna struktur helt enkelt skaffa sig patienter att behandla. Ett problem i sjukvården är ju att det är svårt att objektivt definiera vad som är en motiverad vårdinsats. När vårdgivare känner av en ökad konkurrens med färre patienter som följd, kompenseras detta genom att vårdgivaren istället ger mer vård till de patienter man har kvar. Om konkurrens kan leda till att kostnaderna för vissa behandlingar minskar, så kan effekten alltså ätas upp av att vårdgivarna då ökar volymen vård.

För att detta skall kunna inträffa måste det emellertid ske en ökning av sjukvårdsutbudet. Ekelund konstaterar i sin rapport att det är otroligt att detta skulle kunna inträffa på den av honom observerade sjukvårdsmarknaden (Stockholms läns landsting), eftersom sjukvården där har upphandlats och att det finns ett tak för antalet ersatta prestationer.²³⁹ En patientflykt till andra EU-länder skulle dock ge ett sådant utbudsöverskott. Det är alltså möjligt att utbudsstyrd efterfrågan kan inträffa i svenska landsting, om patientflykten utomlands skulle bli markant. Andra studier har emellertid inte gett stöd för att ökad konkurrens leder till att läkare försöker kompensera färre patienter med mer genomförd behandling på de patienter man har kvar.²⁴⁰

²³⁸ Ekelund, s. 10.

²³⁹ Ekelund a.st.

²⁴⁰ Ekelund a.st.

Russinplockning är en redan omnämnd form av marknadsimperfektion, vilken också behandlas av Ekelund. Överfört till förhållanden med en ökad patientrörlighet inom EU, finns det alltså en risk för att ökad konkurrens på den inre marknaden för sjukvård, leder till en ansamling av vårdtunga och oflyttbara i de nationella systemen. I den utsträckning patienterna som söker sig utomlands överkonsumerar vård, skulle detta leda till ökade totala sjukvårdskostnader inom EU.

Ekelund redovisar flera studier gällande driftsformens betydelse, dvs. om vårdgivare är offentlig eller privat och har vinstintresse eller inte. EG-domstolens rättspraxis innebär ju att offentliga vårdgivare och andra vårdgivare utan vinstintresse i mycket högre grad kommer att blandas med privata vårdgivare med vinstintresse. Inom Sverige väljer landsting endast i begränsad utsträckning att sluta avtal med privata vårdgivare med vinstintresse. Om patienten själv passerar en nationsgräns, kan emellertid den privata vårdgivaren anlitas. Ekelund hänvisar till studier som visar att vinstdrivande aktörer har starkare incitament att utnyttja marknadsimperfektioner till sin fördel, t.ex. genom russinplockning eller att utnyttja ersättningssystemens ofullkomlighet.²⁴¹ Det finns kort sagt incitament för privata vårdgivare att försöka få redan på var ersättningen för en viss vårdinsats är störst och koncentrera sig på att få patienter från den medlemsstaten. Eller naturligtvis att ta reda på för vilka sjukdomar och i vilka länder det finns de längsta vårdköerna. Ett privat vårdföretag kanske inte anlitas av landstinget i Skåne län. Om företaget istället etablerar sig i Danmark, blir emellertid EG-rätten tillämplig och patienterna får rätt till fri rörlighet under de begränsningar som EG-domstolen har erkänt.

Något som också måste ses som en marknadsimperfektion är de priser som räknas fram på administrativ väg. Det är vanligt i svenska landsting att landstingets beställarfunktion efter förhandling med dess utförarorganisation bestämmer olika ersättningar för olika vårdinsatser. Men ett sådant ”pris” eller ”peng” för till exempel en höftledsoperation är väsensskilt från priset som sätts på en marknad med fungerande konkurrens. Ändå måste naturligtvis priset eller pengarna räknas fram, annars finns till exempel ingen grund för vilken ersättning som skall lämnas mellan landstingen inom ramen för vårdgarantin. I Sverige finns ett riksavtal för utomlänssjukvård.²⁴² Avtalet föreskriver att priserna för olika behandlingar skall vara skäliga och baserade på självkostnad. Inom de olika sjukvårdsregionerna tillämpas i första hand regionala prislistor som bygger på överenskommelser mellan

²⁴¹ Ekelund, s. 11.

²⁴² SOU 2005:90 s. 139.

de olika landstingen. Prislister publiceras på internet.²⁴³ Det är de regionala prislister som används för att avgöra hur mycket andra EU-medborgare skall betala för vården i Sverige. Försäkringskassan ersätter landstinget för vården av EU-medborgaren och kräver sedan ersättning av detta belopp av patientens försäkringskassa.²⁴⁴

När olika priser för olika vårdprestationer räknas fram, finns risken att priset sätts antingen för högt eller för lågt. Är priset för högt, dvs. ersättningen för en viss vårdåtgärd är för generöst tilltagen, är det just sådana som vinstsyftande företag utanför ett lands gränser kommer att leta efter. Är priset för lågt, kommer verksamheten att vara ointressant för vårdföretag med vinstintresse, men den offentligt drivna vårdgivaren kommer inte heller lyckas särskilt bra med att hålla sin budget. Verksamheten måste antingen drivas med underskott eller så måste produktionen begränsas.

6.3 EG-fördragets övriga regelkomplex

EG-domstolen har aldrig tvekat om att den offentligt finansierade sjukvården utgör en tjänst i fördragets mening. Vissa bedömare menar att EG-domstolen därmed har dragit in sjukvården i den ekonomiska sfären på sådant sätt att fördragets konkurrensregler, statsstödsregler och upphandlingsregler också är tillämpliga.²⁴⁵ Det finns också bedömare som ser mycket pessimistiskt på den skandinaviska välfärdsmodellens möjligheter att överleva i EU.²⁴⁶ Det framförs farhågor om att den europeiska konkurrenslagstiftningen kommer att åberopas för att liberalisera de skandinaviska (välfärds)marknaderna, så som hävdas ha skett när den offentliga arbetsförmedlingens monopol ”knäcktes”.²⁴⁷ Konkurrenslagstiftningen sägs kunna användas för att låta privata aktörer börja konkurrera med offentliga pensionssystem.

²⁴³ SOU 2005:90 s. 139. Här uppkommer vid första anblicken ett konkurrensrättsligt problem. Om landstingen skulle anses vara företag i konkurrensrättslig mening är det förbjudet för dem att sinsemellan ingå avtal om pris enligt 6 § konkurrenslagen. Försäkringskassans beslut om prislister skulle däremot anses utgöra myndighetsutövning, vilket faller utanför konkurrenslagens tillämpningsområde. Emellertid är landstingen med all sannolikhet inte företag i konkurrensrättslig mening. Detta följer av EG-domstolens praxis i mål som C-205/03 P FENIN mot kommissionen samt T-319/99 FENIN mot kommissionen.

²⁴⁴ SOU 2005:90 s. 140.

²⁴⁵ Hatzopoulos (2005) 30 E.L.Rev. p. 697-710, s. 698

²⁴⁶ Scharpf, Den europeiska sociala modellen och de nationella välfärdsstaterna, s. 60-81, i Blomqvist, (red), 2004, s. 72-73.

²⁴⁷ A st. Detta syftar på att det tyska monopolet på arbetsförmedlingstjänster ansågs strida mot det konkurrensrättsliga förbudet mot missbruk av dominerande ställning, se mål C-41/90 Höfner, REG 1991 s. I-1979.

Närmast skall beröras om EG-rättens nuvarande regler kring statens förhållande till och uppträdande på marknader kommer att innebära ett ytterligare konkurrenstryck på den svenska sjukvården. Jag är emellertid skeptisk till att rättsläget kan tolkas som att olika former av kollektiva välfärds-system är hotade. EG-samarbetet kretsar inte enbart kring en konkurrenspräglad marknad, utan också en social marknadsekonomi.²⁴⁸ De privata aktörer, som försöker återöppna konkurrenslagstiftningen för att få hämta kunder ur kollektiva sjukförsäkrings- eller pensionssystem har hittills inte nått framgång vid EG-domstolen. Detta betyder dock inte att de privata aktörerna inte kommer att fortsätta att försöka.

Fördragets konkurrensregler. Betydelsen av artikel 86.2

EG-domstolen har redan tagit ställning till nationella domstolars frågor om försäkringsgivare inom den allmänna sjukförsäkringen, statliga eller regionala sjukvårdsorganisationer eller enskilda sjukhus utgör företag i konkurrensrättslig mening.²⁴⁹ I ett välfärdssamhälle finns en gräns mellan stat och marknad. Myndighetsutövning utgör ingen ekonomisk verksamhet, men myndigheter och andra statliga organs faktiska verksamhet kan både drivas i offentlig regi och av privata företag på en marknad. Rent teoretiskt skulle all offentlig verksamhet, vid sidan av ren maktutövning, kunna uppdras åt privata företag, t.ex. i fråga om sjukvård, skolor, driften av ett fängelse eller till och med driften av ett lands försvar.²⁵⁰ Bara det faktum att det i och för sig är möjligt att bedriva en viss verksamhet på en marknad, borde inte vara tillräckligt för att därigenom slå fast att ett offentligt organ som bedriver sådan verksamhet är ett företag.²⁵¹ EG-domstolen har inte heller valt detta synsätt, utan har i rättsfall velat knyta företagsbegreppet i fråga om offentlig verksamhet till frågan om verksamheten bedrivs under marknadsmässiga former.

Fördragets konkurrensregler i artiklarna 81-82 och 86 kan på olika sätt förklaras inte tillämpliga på offentlig verksamhet av social karaktär. EG-domstolen skulle kunna hävda att verksamheten till sin natur inte är sådan att konkurrensreglerna är tillämpliga eller att den aktuella verksamheten inte utgör ekonomisk verksamhet. Men det är också möjligt att hävda att verk-

²⁴⁸ Så formuleras artikel I-3 i förslaget till konstitution för Europa.

²⁴⁹ C-264/01 m.fl., AOK Bundesverband, REG 2004 s. I-2493, C-205/03 P FENIN mot kommissionen, REG 2006, s. I-6295 samt T-319/99 FENIN mot kommissionen, REG 2003 s. II-357.

²⁵⁰ Generaladvokat Poiares Maduro påpekar i sitt yttrande C-205/03 P, FENIN att det finns historiska exempel på att länders försvar har lagts ut på underleverantörer.

²⁵¹ Vad gäller rättsutvecklingen fram till år 2003 finns den redovisad min avhandling Konkurrenslagen och konkurrensbegränsande offentliga regleringar, s. 124-130.

samheten trots allt är av ekonomisk karaktär och att enheten som bedriver verksamheten därför utgör ett företag. I ett senare led undantogs sådan verksamhet som har ett solidariskt syfte från hela EG-fördragets tillämpningsområde genom tillämpning av artikel 86.2

I flera mål har generaladvokater, som Jacobs och Poirares Maduro, hävdade att konkurrensreglerna principiellt skall anses vara tillämpliga till exempel på verksamhet som drivs inom ramen för det allmänna sjukvårdssystemet. Men EG-domstolen har valt att inte följa generaladvokaternas förslag. I FENIN-målet ansåg både Första instansrätten och EG-domstolen att organ som ansvarat för driften av det spanska hälso- och sjukvårdssystemet – kallade SNS – inte utgjort företag.²⁵² FENIN är en branschorganisation som organiserar företag som säljer medicinsk utrustning till spanska sjukhussektorn. Den spanska sjukvårdsorganisationen SNS, var notoriskt sen med betalningar och FENIN hävdade att detta utgjorde missbruk av dominerande ställning. SNS var alltså både ansvariga för att köpa in produkter (bland annat av FENIN) och för sjukvården i sig. Vare sig Förstainstansrätten eller EG-domstolen fann skäl att separera inköpsverksamheten av produkter från själva bedrivandet av sjukvården. Förstainstansrätten menade att det spanska sjukvårdssystemet SNS drevs i enlighet med principen om solidaritet vad gäller finansieringen samt att tjänsterna tillhandahölls gratis. EG-domstolen ansåg att förstainstansrätten haft fog för att inte låta inköpsverksamhetens i och för sig ekonomiska karaktär påverka bedömningen av om SNS utgjorde företag. I sitt yttrande till målet C-203/03 ville generaladvokaten emellertid att målet skulle återförvisas till förstainstansrätten. Poirares Maduro menade att förstainstansrätten gjort fel när den kvalificerade gratis tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänst som en icke-ekonomisk verksamhet.

Domen i FENIN-målet är relativt kortfattad. Det går inte tolka rättsläget på annat sätt än att utförandet av sjukhusvård utgör en tjänst i EG-fördragets verksamhet. Men organ som tillhandahåller den solidariska, allmänna sjukvården verkar ändå inte utgöra företag i konkurrensrättslig mening.²⁵³

I målet C-264/01 m.fl. AOK Bundesverband ställde tysk domstol frågor om olika förbund av sjukförsäkringskassor utgör företag när de bland annat fastställer maxbelopp för läkemedelspriser. EG-domstolen ställde sig helt avvisande till detta. De tyska sjukförsäkringskassorna fyllde uteslutande en

²⁵² C-205/03 P FENIN mot kommissionen samt T-319/99 FENIN mot kommissionen.

²⁵³ Förstainstansrätten hänvisade till målet C-159/91 och C-160/91 Poucet och Pistre, REG 1993 s. I-637 och C-244/94 FFSA, REG 1995 s. I-4013 samt C-67/96 Albany, REG 1999 s. I-5751.

social funktion och var grundade på solidaritet och saknade vinstsyfte.²⁵⁴ Generaladvokaten Jacobs ville däremot se AOK Bundesverband som en företagssammanslutning och menade att avtalen om maxbelopp för läkemedel slutits i strid med artikel 81.1. Verksamheten utgjorde emellertid en verksamhet av ett allmänt ekonomiskt intresse och föll därmed under undantaget i artikel 86.2. Generaladvokatens slutsats var att det var en fråga för den nationella domstolen att avgöra om försäkringskassorna behövde undantas från konkurrensreglerna för att kunna fullgöra sin verksamhet.

I det nyss nämnda målet uttalade EG-domstolen att medlemsstaternas lagstiftare ofta inför en viss konkurrens i offentliga välfärdssystem för att för verksamheten skall kunna bedrivas med ekonomisk effektivitet. Detta medförde enligt domstolen inte att sjukförsäkringskassornas verksamhet därför skulle anses var av ekonomisk karaktär.²⁵⁵

I doktrinen har riktats kritik mot EG-domstolen för att den inte är tillräckligt tydlig i sina avgöranden.²⁵⁶ Frågan har ställts om inte bara ”viss” konkurrens införs i det allmänna sjukvårdssystemet, utan mycket – blir konkurrensreglerna tillämpliga då? Enligt min bedömning är svaret fortfarande nej. Införandet av marknadslösningar i offentlig sektor är endast en metod att befrämja ekonomisk effektivitet. Det bör inte medföra att verksamheten ändrar karaktär.

En annan fråga som måste ställas är hur man förklarar att reglerna om fri rörlighet för tjänster är tillämpliga på sjukvård, men att det däremot inte är självklart att konkurrensreglerna måste tillämpas? EG-domstolen har aldrig tvekat att betrakta sjukvård som en tjänst, men verkar ovillig att anse att fördragets konkurrensregler är tillämpliga. Svaret kan ligga i förekomsten av artikel 22.1.c i förordning 1408/71. Medlemsstaterna har ju i denna förordning slagit fast att patienterna skall ha rätt till fri rörlighet i fråga om vård utomlands. Begränsade patientflöden kommer inte att hota den allmänna sjukvården i något medlemsland. Men någon motsvarighet till förordning 1408/71 finns inte vad gäller konkurrensreglerna. Argument om sjukvårdens sociala karaktär får därför större genomslag när det är fördragets konkurrensregler som diskuteras.

Statsstöd

På liknande sätt måste frågan ställas om landstingens finansiering av sjukvården kan ifrågasättas av privata vårdföretag i Sverige, som är av uppfattningen att detta utgör statsstöd? Här kan avgörandet i C-280/00 Altmark

²⁵⁴ C-264/01 m.fl, AOK Bundesverband, REG 2004 s. I-2493, p. 51, 57.

²⁵⁵ C-264/01 m.fl, AOK Bundesverband, REG 2004 s. I-2493, p. 56.

²⁵⁶ Krajewski, Farley, (2007) E.L.Rev.s. 111-124, 117.

anföras.²⁵⁷ Även om offentligt drivna sjukhus skulle ses som företag enligt statsstödsreglerna, gäller att ersättning för tjänster som offentliga sjukhus tar emot för att fullgöra tjänster av allmännyttig karaktär inte utgör statsstöd. Landstingsdrivna sjukhus kan inte sägas ha en mer fördelaktig konkurrensställning än konkurrerande privata sjukhus. De senare har inte uppdraget att tillhandahålla sjukvård för alla som är bosatta inom landstingets område. Däremot är det av största vikt att landsting inte börjar försöka driva delar av sin verksamhet med vinstintresse på marknader där privata företag också är verksamma.

Offentlig upphandling av vård

Landstingsdrivna sjukhus måste följa lagen om offentlig upphandling. Däremot behöver inte en beställar-utförarmodell inom ett landsting ses som en form av upphandling. Vore det så, skulle i princip privata sjukhus, inhemska eller utländska, kräva att få vara med och lämna anbud på beställarnämndens uppdrag till landstingets utförarenhet. Här kan anföras rättsfallen C-107/98 Teckal²⁵⁸ och C-26/03 Stadt Halle.²⁵⁹ Det landstingsägda sjukhuset kan inte anses vara fristående från landstinget själv och någon upphandlingssituation uppkommer inte.

6.4 Hur stort blir utflödet av svenska patienter till utlandet?

EG-domstolen har själv uttryckt skepsis till att utflödet av patienter blir särskilt stort. EG-domstolen menar att patienter i allmänhet efterfrågar vård i närheten av sin bostadsort, i en för patienten känd kulturmiljö och att patienter önskar bygga upp en förtrolig relation till sin läkare. Språkbarriären, det geografiska avståndet och kostnader för vistelsen i utlandet kommer också att bidra till att det kommer att vara en begränsad skara patienter som verkligen gör bruk av sin rätt till vård utomlands.²⁶⁰

Till detta kan nämnas ytterligare en faktor – läkarnas betydelse. Ulrika Winblad Spångberg har i en studie undersökt läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer inom svensk hälso- och sjukvård.²⁶¹ Hennes undersökning visar att patienterna i och för sig är intresserade av att få väl-

²⁵⁷ C-280/00 Altmark REG 2003 s. I-7747.

²⁵⁸ C-107/98 Teckal Srl mot Comune di Viano och Azienda Gas-Acqua Consorziale (AGAC), REG 1999 s. I-8121.

²⁵⁹ C-26/03 Stadt Halle, REG 2005, s. I-1.

²⁶⁰ C-385/99, Müller-Fauré, p.93-98.

²⁶¹ Winblad Spångberg, Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementeringen av valfrihets-reformer i hälso- och sjukvården, Ak. Avh., Uppsala universitet, 2003.

ja vårdgivare. Men av de 1000 läkare som tillfrågades om sin inställning till valfrihet och hur de agerar vad gäller remisser till andra vårdgivare, intar de flesta läkare en passiv roll. Winblad Spångbergs slutsats är att läkarna i liten utsträckning informerade om valfrihet.²⁶² Skälet till detta var inte att läkarna inte kunde regelsystemet. Men i den utsträckning läkarna kände att valfriheten inkräktade på deras yrkesroll upplevde man en negativ påverkan på det egna arbetet. Därmed minskade benägenheten att hjälpa patienterna att välja.

En försiktig slutsats är att om svenska läkare anser att patienternas rätt till vård i utlandet inkräktar på den egna yrkesrollen, så kommer de inte heller hjälpa patienterna att välja vård utomlands. Bara detta är ett skäl att inte låta landstingen ha beslutanderätten vad gäller ett framtida system med förhandstillstånd, utan denna bör istället ligga hos Försäkringskassan.

²⁶² Winblad Spångberg, s. 207-211.

7 DET NUVARANDE RÄTTSLÄGET

Ett fritt vårdval?

Personer bosatta i Sverige har för närvarande möjlighet att ansöka om förhandstillstånd för vård i annat EU-land med stöd i förordning 1408/71. Fram till att Sverige genom lagstiftning inför krav på förhandstillstånd för sjukvård utomlands med stöd i artikel 49 EG, kan i Sverige bosatta personer genomgå behandling även på sjukhus i annat EU-land och i efterhand begära att Försäkringskassan betalar vården.

EG-domstolens praxis innebär att en patient, som önskar vård som inte kräver sjukhusvård, har ett fritt vårdval vad gäller utlandsvård. Med detta avses att en patient kan välja mellan att få vården utförd i Sverige eller resa till ett annat EU-land, genomgå vård och sedan låta Försäkringskassan ersätta vårdgivaren. Förutsättningen är att det gäller sådan vård som patienten har rätt att få i Sverige.

Vad gäller behandling som kräver sjukhusvård kan rättsläget i gemenskapsrätten däremot inte tolkas som att den medger ett fritt vårdval. Detta betyder att en patient i Sverige, sedan ett förhandstillståndssystem införts, inte helt efter eget val kan bestämma att den vill vårdas på sjukhus i ett annat EU-land. De närmare förutsättningarna för när förhandstillstånd skall lämnas av den ansvariga försäkringskassan har beskrivits i rapporten.

Sverige bör införa ett system med förhandstillstånd för vård på sjukhus i andra EU-(EES)länder

Vård på sjukhus kan vara en mycket kostsam behandling. EG-domstolen har upprepade gånger slagit fast att det är tillåtet för medlemsstaterna att ha ett system med krav på förhandstillstånd om det är fråga om planerad vård på sjukhus. Andra länder har sådana system för sina patienter. Inflödet av patienter till Sverige påverkas inte av om Sverige har förhandstillståndskrav eller inte. Det finns inga goda argument att inte införa krav på förhandstillstånd.

Krav på förhandstillstånd ökar förutsebarheten för enskilda. Vid ett beviljat tillstånd ingår Försäkringskassan en betalningsförbindelse med den utländska vårdgivaren. Osäkerheten om kostnaderna för vården kommer att ersättas den enskilde försvinner.

Emellertid måste beaktas att med ett krav på förhandstillstånd, följer också en ökad möjlighet för Försäkringskassan att avslå patientens ansökan. I fallet RÅ 2004 ref 41 hade patienten ifråga erbjudits och också påbörjat en svensk behandling, som av svenska läkare bedömdes vara effektiv. Därmed hade det funnits skäl att avslå en begäran om förhandsbesked,

eftersom patienten erhöill en effektiv vård i tid vid svenska sjukhus. Även om den svenska behandlingen ansågs effektiv, blev patienten helt botad av den tyska behandlingen. Detta var mer än vad patienten hade fått intryck att de svenska läkarna vågade hoppas på. En alltför stor restriktivitet vad gäller beviljandet av förhandstillstånd gagnar varken patienten eller svensk sjukvård. Om det däremot är fråga om behandlingsformer som är ifrågasatta av den internationella medicinska vetenskapen, kan det vara en fördel att Försäkringskassan klargör att sådan behandling inte kommer att ersättas.

Ärenden angående förhandsbesked måste handläggas med stor lyhördhet för patientens önskemål och behov. I den föreliggande lagrådsremissen föreslås att behandlingsmetoder utomlands antingen skall överensstämma med sådana som används i den svenska allmänna sjukvården eller att den är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen. Med en sådan skrivning finns det en möjlighet för patienter att faktiskt få pröva behandlingsformer i andra länder, men förutsättningen är trots allt att behandling inte kan ges i tid i Sverige.

Ansökan i efterhand

Något som knappast kommer att kunna förhindras, trots att Sverige inför ett system med förhandstillstånd, är att patienter som fått avslag på sin ansökan ändå reser utomlands för vård och sedan lämnar in en ansökan i efterhand till Försäkringskassan. De kommer då att anföra, precis som i C-372/04 Watts, att avslagsbeslutet var felaktigt. Det får förutsättas att Försäkringskassans beslut att avslå begäran om förhandstillstånd kommer att vara korrekta. Men minsta tveksamhet om den medicinska bedömningen var riktig, om vård verkligen kunde ges i tid och om svensk sjukvård verkligen erbjuder en effektiv vård kommer att kunna bli föremål för rättsprocesser. En domstol kommer att få ta ställning till om svenska läkare erbjuder en effektiv behandling och i sådana mål har de en skyldighet att ta hjälp av oberoende experter. I en sådan process står den enskilde risken att domstolen kommer fram till att avslagsbeslutet var korrekt. Då finns ingen möjlighet att få ersättning för kanske rätt betydande utgifter.

Landstingen bör stå för kostnaderna för vård utomlands

För att landstingen rätt skall kunna reagera på patienternas faktiska handlande, måste det vara landstingen som står för kostnaden, när en av landstingets patienter istället söker och får rätt till vård i andra EU-länder. Detta kommer att ge landstingen incitament att överväga reformer vad gäller organisation, vårdens innehåll och bemötande. Beslut om bifall eller avslag på begäran om förhandsbesked kräver specialiserade kunskaper om EG-

rätten och svensk sjukvårdslagstiftnings innehåll. Detta talar för att Försäkringskassan bör behålla beslutanderätten vad gäller förhandstillstånd.

EG-rätten och svensk abortlagstiftning

Det nuvarande förbudet för utländska kvinnor att göra abort i Sverige skall avskaffas. Skälet sägs vara att denna diskriminering av andra EU-medborgare inte är tillåten enligt EG-rätten. Emellertid är fördragets huvudregel om fri rörlighet för tjänster inte undantagslös. Det är inte helt säkert att en begränsning av utländska kvinnors möjligheter att få abort efter vecka 12 i Sverige hade ansetts vara i strid med EG-rätten. När nu förbudet föreslås avskaffat, bör istället framhållas att Sverige anser att vecka 18 är den lämpligaste gränsen för kvinnans självbestämmande och att denna gräns gärna får gälla även kvinnor från andra EU-länder.

Sjukvårdspolitikens inriktning

Den vård och de villkor som ges för vård inom landet kommer också att gälla vid vård i andra EU-länder. Det är därför upp till sjukvårdspolitikerna att utforma det inhemska systemet så att det tål att användas även när landstingen skall stå för kostnaden för utlandsvård. Detta bör hållas i åtanke vid utformning av rätt till ersättning för resekostnader, för medföljare, för kost och logi i samband med vård. Omfattningen av vårdgarantin påverkar svenska patienters möjligheter att få kostnader för vård utomlands ersatta. Vårdens omfattning, i vilken utsträckning patienter medges landstingens bistånd för en annan läkares bedömning (en "second opinion"), eventuella maxbelopp vad gäller ersättning för resor etc. måste också utformas med beaktande av patientens möjlighet att också erhålla vård i utlandet

Fri rörlighet för patienter innebär nya möjligheter för landstingen. Det är ju fullt möjligt att organisera vård så att den drar till sig patienter från andra länder. Sjukhusenheter som är specialiserade på vissa diagnoser med goda rutiner gällande för- och eftervård och en effektiv marknadsföring kan skapa arbetstillfällen i Sverige.

Förändringstryck

EG-domstolen har genom avgörandet i C-372/04 Watts i teorin avskaffat vårdköer för de patienter som har medicinska skäl att få vård snabbare än vad väntelistan medger. I praktiken kommer säkert många patienter trots allt att bli kvar i den nationella vårdkön. Den gränsöverskridande välfärden är dock ett utmaningsredskap i händerna på enskilda individer. Skulle utflödet av patienter bli mycket stort, finns en risk för att den ekonomiska balansen skulle kunna rubbas. Inget EU-land har hittills signalerat att deras

sjukvård på allvar hotas av fri rörlighet för patienter. Med tanke på de ganska stora olägenheter som det kan innebära att söka vård långt från hemorten, är det heller inte troligt att utflödet av patienter någonsin kommer att nå någon större omfattning. Ett litet men märkbart patientutflöde kan dock innebära ett behövligt förändringstryck som påminnelse för den allmänna sjukvården att sjukvård måste drivas på ett effektivt sätt.

SUMMARY

Free movement of services is one of the fundamental principles of EC Law. Health care is among those services which are granted free movement. In Sweden, health care has been regarded as a duty for the national health provider to supply for patients. In EC Law, health care is considered to be a right for individuals.

EC Law as it stands today is relatively clear. A patient that is in the need of health care which is provided for outside hospital infrastructure (extramural care) has a free choice. The patient can either receive the health care by the national health system or he or she can travel abroad. An important precondition is that the specific medical treatment is included in the national health care system. Swedish patients traveling abroad will have to pay the normal fees that are connected with health care treatment in Sweden. The Swedish authority Försäkringskassan will take care of payment transactions to the health care provider abroad.

A patient does however not have a free choice to travel abroad to receive intramural care. Hospital care and a national health care system covering the whole population are very expensive. To be able to be treated abroad, the patient needs permission from a national authority. Such an authorization must however be granted if the responsible health care provider within the Member State cannot offer efficient medical treatment in time to the patient. At the moment, Sweden does not have a system of authorization which could be applicable in such situations, but there are plans to enact legislation in this field.

If costs for travels, accommodation, costs for an accompanying person etc. are being met when patients travel within a Member State, such costs must also be reimbursed when patients go to another Member State for treatment. Patients traveling within or outside Sweden must be treated alike.

EC Law puts a pressure on the health care systems of the Member States. Within the European Social Model it is believed that health care should be provided to patients in need for it, not with regard to the ability to pay for health care. If all citizens are to be covered by a health care system, some kind of a collective funding system must be created. As EC Law makes it possible for individual patients to travel abroad and to take public resources with them – without having to pay for the medical treatment themselves – financial resources will be withdrawn from the national health care system. This poses a risk for financial instability, if many patients make use of their right to free movement. So far, experience from Member States show that few individuals make use of this right. The best option for the Member

States is to organize their health care system effectively, so that patients do not need to go abroad.

EC Law can so far not be regarded as a threat to the European Social Model.

KÄLLFÖRTECKNING

Offentligt tryck

Prop. 1998/99:119 Socialförsäkringens personkrets

SOU 2005:90 Abort i Sverige

Ds 2006:4 Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land
– En översyn

Lagrådsremiss. Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land,
2007-01-18

Lagrådsremiss. Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade
graviditeter, 2007-05-10

Utländskt offentligt tryck

General comment no. 14, 2000-08-11, Substantive issues arising in the
implementation of the International covenant on economic, social and
cultural rights, p. 12 utfärdad av FN:s kommitté för ekonomiska och
sociala rättigheter

Litteratur

Blomqvist (red.) Den gränslösa välfärdsstaten. Svensk socialpolitik i det
nya Europa (Agoras årsbok 2003), Stockholm
– Blomqvist, EU och välfärdens gränser, s. 6-33
– Scharpf, Den europeiska sociala modellen och de nationella välfärds-
staterna, s. 60-81

de Búrca (ed.) EU Law and the Welfare State. In search of solidarity, Ox-
ford University Press, 2005

– de Búrca, (2005) Towards European Welfare, s. 1-9

– Ferrera, (2005) Towards an “Open Social Citizenship?

The New Boundaries of Welfare in the European Union, s. 11-38

– Hatzopoulos, (2005), Health Law and Policy: The Impact of the EU,
s. 111-168

Cameron, An Introduction to the European Convention on Human Rights,
Iustus förlag, 2006

Edwardsson, Konkurrenslagen och konkurrensbegränsande offentliga
regleringar, 2003

Hatzopoulos (2005) 30 E.L.Rev. p. 697-710 Review Article. Is it healthy to
have an EU health law?

Hervey, McHale, Health law and the European Union, Cambridge University press, 2004

Krajewski, Farley, (2007) Non-Economic Activities in upstream and downstream markets and the scope of competition law after FENIN, E.L.Rev. 111-124

Minogiannis, European Integration and Health Policy. The Artful Dance of Economics and History, Transaction Publishers, New Brunswick, 2003

McKee, Mossialos, Beaten (ed.), The Impact of EU Law on Health Care Systems, PIE.-Peter Lang SEA., 2002

– Jorums, The Right to Health Care across Borders, 2002, s. 83-122

– Mossialos, McKee, EU Law and the Social Character of health Care, PIE.-Peter Lang S.A., 2002, omtryckt 2004

Rothstein, Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik, SNS förlag, 1994

Schierup, Hansen, Castles, Migration, Citizenship, and the European Welfare State. A European Dilemma, Oxford University press, 2006

Trubek, D./Trubek, L., Hard and Soft Law in the Construction of Social Europe: the Role of the Open Method of Co-ordination, European Law Journal, Vol. 11, No. 3, May 2005, s. 343-364

Westerhäll (1995), Social trygghet och migration. Kommentar till förordningen 1408/71, Nerenius & Santérus förlag, 1995

Vahlne Westerhäll (1999), Vårdförmåner och migration. Möjligheterna till planerad sjukvård inom EU för personer bosatta i Sverige, i Festskrift till Fredrik Sterzel, Iustus förlag, 1999, s. 435-449,

Vahlne Westerhäll (2002), Den starka statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950-2000, Norstedts juridik AB, 2002

Vahlne Westerhäll, Vägval för Europa. Social trygghet i framtidens EU, Utrikespolitiska institutet, 2003

Vahlne Westerhäll, Jäderberg (2005), Den lilla starka staten. Samtal om välfärdssystemets sociala hållbarhet i ett rättsligt perspektiv, SNS Förlag, 2005

Winblad Spångberg, Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården, Ak. Avh., Uppsala universitet, 2003

Rättsfall

EG-domstolen

117/77 Pierik I, REG 1978 s. 825

182/78 Pierik (II), REG 1979 s. 1977

286/82, 26/83 Luisi och Carbone mot Ministero del Tesoro, REG 1984 s. 377

C-159/90 SPUC mot Grogan, REG 1991 s. I-4685

C-70/95 Sodemare, REG 1997 s. I-3395

C-120/95 Decker, REG 1998 s. I-1831

C-67/96 Albany International, REG 1999, s. I-5751

C-158/96 Kohll, REG 1998 s. I-1931

C-368/98 Vanbraekel, REG 2001 s. I-5363

C-107/98 Teckal Srl mot Comune di Viano och Azienda Gas-Acqua Consorziale (AGAC), REG 1999 s. I-8121

C-157/99 (Geraets-) Smits och Peerbooms, REG 2001 s. I-5473

C-385/99 Müller-Fauré och van Riet, REG 2003 s. I-4509

C-280/00 Altmark REG 2003 s. I-7747

C-56/01 Inizan, REG 2003, s. I-12403

C-156/01 Van der Duin, REG 2003 s. I-7045

C-264/01 m.fl, AOK Bundesverband, REG 2004 s. I-2493

C-8/02 Leichtle, REG 2004, s. I-2641

C-26/03 Stadt Halle, REG 2005, s. I-1

C-145/03 Keller, REG 2005, s. I-2529

C-209/03 Bidar mot Secretary of State, REG 2005. s. I-2119

C-372/04 Watts mot Bedford PCT, REG 2006 s. 4325

C-466/04 Herrera, REG 2006, s. I-5341

C-444/05 Stamatelaki, från den 19 april 2007

C-205/03 P FENIN mot kommissionen, REG 2006, s. I-6295

T-319/99 FENIN mot kommissionen, REG 2003 s. II-357

Europadomstolen
Open Door and Dublin Well Woman v Ireland, (14234/88) [1992]
ECHR 68

Svenska domstolar
Regeringsrätten

RÅ 2004 ref 41

Mål 6396-01, 2004-01-30, Wistrand mot Riksförsäkringsverket

Kammarrätterna

Mål 1714-06, 2007-03-08 Kammarrätten i Jönköping, Försäkringskassan
mot Schröderheim

Mål 2762-06, 2007-03-28 Kammarrätten i Stockholm, Försäkringskassan
mot Gisselberg

Mål 360-04, 2006-03-08, Kammarrätten i Jönköping, Strömgren mot
Försäkringskassan,

Övrigt

Försäkringskassan

– Kartläggning av gränsöverskridande planerad vård inom EU/EES
finansierad av Försäkringskassa 2004-2005, slutrapport, 2005-09-14

– Vårdförmåner i internationella förhållanden, Vägledning 2001:10
version 1 (omtryckt 2006)

Konkurrensverket

– Konkurrensverkets rapportserie, 2004, Konkurrens på sjukvårds-
marknaden, författare fil. dr. Mats Ekelund, 2004-03-03

Socialstyrelsen

– Uppföljning av den nationella vårdgarantin, delrapport 2006
“*EG-domstolen hotar den nationella vården*”. SvD, debattartikel
Brännpunkt, Lars Isaksson, Ilmar, Reepalu, 2004-04-11

Internet

OECD in Figures 2006-2007 – OECD, Health spending and resources,
www.oecd.org

SIEPS PUBLIKATIONER

Rapportserien

2007:4

Gränslös straffrätt

Författare: Gunnar Persson

2007:3

Does a family-friendly policy raise fertility levels?

Författare: Anders Björklund

2007:2

The Euro – What's in it for me?

An Economic Analysis of the Swedish Euro Referendum 2003

Författare: Lars Jonung och Jonas Vlachos

2007:1

Bargaining Power in the European Council

Författare: Jonas Tallberg

2006:12

The Legal Basis Game and European Governance

Författare: Joseph Jupille

2006:11

Budget Allocation in an Expanding EU

Författare: Mika Widgrén

2006:10

International agreements in EU neighbourhood policy

Författare: Marius Vahl

2006:9

Företagens sociala ansvar och den svenska modellen

Författare: Magnus Frostenson och Tommy Borglund

2006:8

Skatterna och den fria rörligheten inom EU

– svensk skatterätt i förändring?

Författare: Kristina Ståhl

2006:7

Unionsmedborgarskapet och dess inverkan på den fria rörligheten för personer

Författare: Hedvig Lokrantz Bernitz

2006:6

Vad hände(r) med den konstitutionella krisen i EU!

Författare: Carl Fredrik Bergström, Jörgen Hettne, Josefin Almer och Maria Bergström

2006:5

Freedom of Movement for Workers from Central and Eastern Europe: Experiences in Ireland and Sweden

Författare: Nicola Doyle, Gerard Hughes och Eskil Wadensjö

2006:4

The Dynamics of Enlargement:

The Role of the EU in Candidate Countries' Domestic Policy Processes

Författare: Andreas Bågenholm

2006:3

Sverige inför rätta: Kontrollen av medlemsstaterna i Europeiska unionen

Författare: Maria Fritz och Jörgen Hettne

2006:2

Armed and Ready?

The EU Battlegroup Concept and the Nordic Battlegroup

Författare: Jan Joel Andersson

2006:1

Leader or Foot-Dragger?

Perceptions of the European Union in Multilateral International Negotiations

Författare: Ole Elgström

2005:11

Den europeiska tillväxtdebatten

Författare: Anne D. Boschini och Rickard Eriksson

2005:10

The Role of the National Courts in the European Union:

A Future Perspective

Författare: Xavier Groussot

2005:9

Is the Commission the Small Member States' Best Friend?

Författare: Simone Bunse, Paul Magnette och Kalypso Nicolaidis

2005:8

What Remains of the Stability Pact and What Next?

Författare: Lars Calmfors

2005:7

European Integration and Trade Diversion: Yeats revisited

Författare: Ari Kokko, Thomas Mathä och Patrik Gustavsson Tingvall

2005:6

EU och svenska monopol – teori, verklighet och framtid

Författare: Anna Meyrowitsch, Emanuel Allroth och Jörgen Hettne

- 2005:5
*From Policy Takers to Policy Makers:
Adapting EU Cohesion Policy to the Needs of the New Member States*
Redaktörer: Jonas Eriksson, Bengt O. Karlsson och Daniel Tarschys
- 2005:4
*The Enigma of European Added Value:
Setting Priorities for the European Union*
Författare: Daniel Tarschys
- 2005:3
*Folkomröstning eller parlamentsratificering
– hur besluta om förslaget till konstitutionellt fördrag?*
Författare: Ann-Catrine Jungar och Christer Karlsson
- 2005:2
Gamla och nya lagstiftare – om EU och straffrätt
Författare: Gunnar Persson
- 2005:1
EU:s nya konstitution – ett nationalekonomiskt perspektiv
Författare: Mikael Priks
- 2004:9
*The Political Dynamics of Turkish Accession to the EU:
A European Success Story or the EU's Most Contested Enlargement?*
Författare: Kirsty Hughes
- 2004:8
Ratificeringen av EU:s nya fördrag – vad händer om den misslyckas?
Författare: Bruno de Witte
- 2004:3–7
En konstitution för Europa? Reflektioner
Författare: Joakim Nergelius, Torbjörn Larsson, Ulrika Mörth,
Ola Zetterquist och Thomas Bull
- 2004:2
*EU:s och USA:s livsmedelsbistånd
– effekter på lokal produktion och import*
Författare: Carl-Johan Belfrage (publicerad i samarbete med
Livsmedelsekonomiska institutet)
- 2004:1
Regional integration och regionala handelsavtal
Författare: Patrik Gustavsson och Ari Kokko
- 2003:19
Industrial Structure and Industry Location in an Enlarged Europe
Författare: Karolina Ekholm

2003:18

Coming of Age? Economic Management of the European Union

Författare: Per Molander och Allan Gustafsson

2003:17

Reinventing Cohesion: The Future of European Structural Policy

Författare: Daniel Tarschys

2003:16

Företagsförvärv inom EU

– rättsliga problem för stora företag med liten hemmamarknad

Författare: Ulf Bernitz

2003:15

Domstolarna i Europeiska unionens konstitution

Författare: Jörgen Hettne och Ulf Öberg

2003:14

Decentralized Agencies and the IGC – A Question of Accountability

Författare: Carl Fredrik Bergström och Matilda Rotkirch

2003:12

Nationella parlament och beslutsfattande på europeisk nivå

Författare: Fredrik Langdal

2003:11

Skyddet av grundläggande fri- och rättigheter i framtidens EU

Författare: Michael Hellner

2003:10

Säkerhet och försvar i framtidens EU

– en analys av försvarsfrågorna i det europeiska konventet

Författare: Magnus Ekengren och Sara Larsson

2003:9

Reforming the Council – A Work in Progress

Författare: Helen Wallace och Fiona Hayes-Renshaw

2003:8

Simply Simplification? The Proposal for a Hierarchy of Legal Acts

Författare: Carl Fredrik Bergström och Matilda Rotkirch

2003:7

The Invisible Transformation of Codecision

– Problems of Democratic Legitimacy

Författare: Henry Farrell och Adrienne Héritier

2003:6

Skatterna – konkurrens eller harmonisering?

Författare: Mats Persson

2003:5

Flyktingpolitiken i framtidens EU

Författare: Hans E Andersson

2003:4

Subsidiaritetsprincipen – politisk granskning eller juridisk kontroll?

Författare: Jörgen Hettne

2003:3

Förberedelser inför regeringskonferenser

– framtidskonventet i sitt sammanhang

Författare: Karl Magnus Johansson

2003:2

Befogenhetsfördelning mellan EU och medlemsstaterna

Författare: Fredrik Langdal och Josefin Almer

2003:1

The Open Method of Coordination

– A New Governance Architecture for the European Union?

Författare: Claudio M Radaelli

Utredningsserien

2007:1u

New Criminal Law Developments in the Community Legal Order

Författare: Hanna Goeters

2004:2u

Nettomigrationen från de nya EU-länderna

– utvärdering och prognostisering

Författare: Jonas Eriksson

2004:1u

European Governance:

An Overview of the Commission's Agenda for Reform

Författare: Josefin Almer och Matilda Rotkirch

2003:3u

EU:s framtidskonvent – resultatet

Författare: Josefin Almer

2003:2u

Konventet bakom kulisserna

– om arbetsmetoden och förhandlingsspelet i Europeiska konventet

Författare: Håkan Jonsson och Hans Hegeland

2003:1u

EU:s framtidskonvent – en översikt

Författare: Josefin Almer

Occasional Papers

2007:2op

Why Europe? Possibilities and limits of European integration

Författare: Andreas Føllesdal, Jo Shaw, Andrew Moravcsik, Fredrik Langdal och Göran von Sydow

2007:1op

The 2007 German EU Presidency: A Midterm Report

Författare: Sebastian Kurpas och Henning Riecke

2006:1op

The Austrian EU Presidency: A Midterm Report

Författare: Paul Luif

2005:2op

The 2005 UK Presidency: Beyond the British Question?

Författare: Edward Best

2005:1op

The 2005 Luxembourg Presidency:

A Presidency Devoted to the Stability and Growth Pact and to the Lisbon Process

Författare: Patrick Dumont och Philippe Poirier

2004:1op

The Netherlands 2004 EU Council Presidency

– Dutch EU Policy-making in the Spotlights

Författare: Mendeltje van Keulen

2003:2op

*Italiensk utenrikspolitikk under Berlusconi-regjeringen
frem til EU formannskapet*

Författare: Elisabetta Cassina Wolff

2003:1op

Contrasting Transatlantic Interpretations

– The EU and the US towards a Common Global Role

Författare: Ludger Kühnhardt



Sieps ●●●

Svenska institutet för europapolitiska studier

Universitetsvägen 10 F
106 91 Stockholm
Stockholms universitet,
Frescati, Hus F, plan 6
Tel: 08-16 46 00
Fax: 08-16 46 66
E-post: info@sieps.se
www.sieps.se