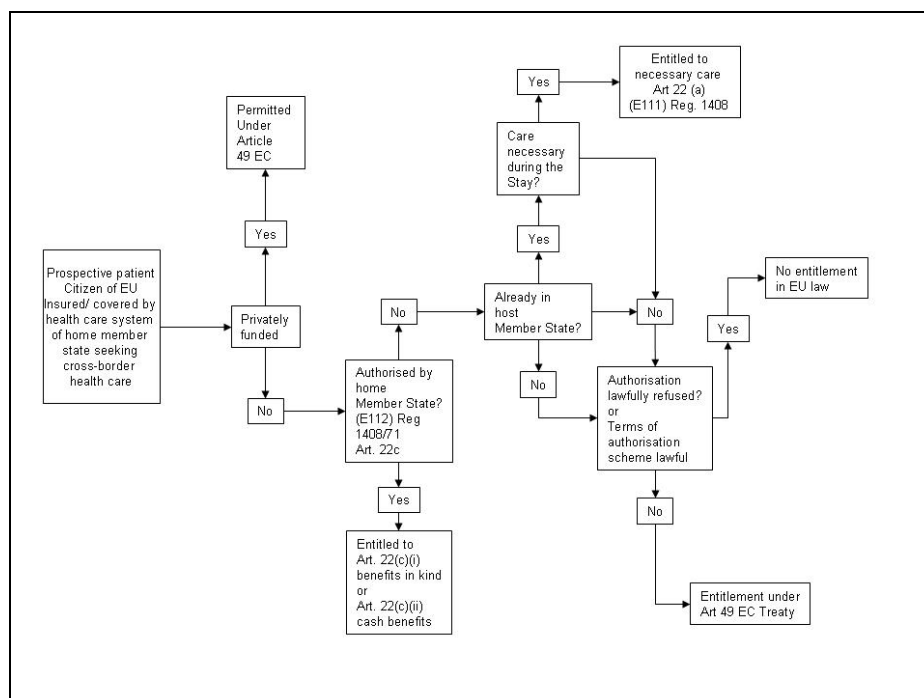


# RÄTT TILL ERSÄTTNING FÖR SJUKVÅRDSTJÄNSTER INOM EU/EES Svensk fallstudie



Quo Vadis? Vart går du?

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1 INLEDNING</b>	<b>3</b>
1.1 INTRODUKTION	3
1.2 SYFTE	4
1.3 METOD	4
1.4 FACKUTTRYCK/TERMER	6
1.5 DET GEOGRAFISKA OMRÅDET	7
1.6 AVGRÄNSNINGAR	7
1.7 DISPOSITION	8
<b>2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INOM EU</b>	<b>9</b>
2.1 DE NATIONELLA SJUKFÖRSÄKRINGARNAS UPPBYGGNAD	9
2.2 EU OCH MEDLEMSLÄNDERNAS KOMPETENSER ATT REGLERA DEN SOCIALA TRYGGHETENS OMRÅDE OCH ORGANISERA HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	9
2.3 SOLIDARITETS- OCH TERRITORIALITETSPRINCIPERNA	11
<b>3 RÄTT TILL ERSÄTTNING ENLIGT DE INRE MARKNADSREGLERNA I EG-FÖRDRAGET</b>	<b>12</b>
3.1 RÄTT ATT SÖKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I ANDRA EU/EES LÄNDER	12
3.2 RÄTT ATT FÅ ERSÄTTNING FRÅN SJUKFÖRSÄKRINGEN FÖR SJUKVÅRDSTJÄNSTER I ANDRA EU/EES LÄNDER	13
3.3 NATIONELLA REGLER OM INSKRÄNKNINGAR I RÄTTEN TILL ERSÄTTNING	15
3.4 KRAV PÅ FÖRHANDSTILLSTÅND FÖR SJUKHUSVÅRD OCH VÅRD UTANFÖR SJUKHUS	18
<b>4 FÖRORDNING 1408/71 - YTTERLIGARE EN MÖJLIGHET ATT FÅ ERSÄTTNING FÖR VÅRD UTOMLANDS</b>	<b>19</b>
4.1 FÖRORDNINGENS SYFTE OCH RÄTTSLIGA GRUND	19
4.2 RÄTT TILL PLANERAD OCH AKUT VÅRD UTOMLANDS	20
4.3 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT ERHÅLLA FÖRHANDSTILLSTÅND FÖR VÅRD UTOMLANDS	22
4.4 TOLKNING AV TIDSREKVISITET OCH VÄNTELISTOR	22
<b>5. FÖRHÅLLET MELLAN ERSÄTTNINGSREGLERNA OCH ERSÄTTNINGENS OMFATTNING</b>	<b>24</b>
5.1 FÖRHÅLLET MELLAN INRE MARKNADSREGLER OCH ARTIKEL 22 I FÖRORDNINGEN NR 1408/71	24
5.2 NATIONELLA REGLER I FÖRHÅLLET TILL EG-FÖRDRAGET OCH ARTIKEL 22 I FÖRORDNINGEN NR 1408/71	26
5.3 ERSÄTTNINGENS OMFATTNING	27
5.3.1 Rätt till ersättning enligt förordningen	27
5.3.2 Rätt till ersättning om vården hade varit kostnadsfri i hemlandet	28
5.3.3 Ersättning i efterhand enligt fördragets artikel 49 för planerad vård	30
5.3.5 Rätt till ersättning när tillstånd enligt förordningens artikel 22 har varit föremål för avslag	31
5.3.6 Ersättning i efterhand för akut vård	32
5.4 VILKA VÅRDKOSTNADER OCH ANDRA KOSTNADER SOM BERÄTTIGAR TILL ERSÄTTNING	33
5.4.1 Vård och medicinska behandlingar	33
5.4.1.1 Vårdförmåner och kontantförmåner enligt förordningen	33
5.4.1.2 Medicinska behandlingar och vårdförmåner enligt fördraget	33
5.4.2 Kostnader för resor, kost, logi och andra kringkostnader	36
5.4.2.1 Kringkostnader enligt förordningen	36
5.4.2.2 Kringkostnader enligt fördraget	37
<b>6. TILLÄMPNING AV FÖRORDNING NR 1408/71 OCH EG-FÖRDRAGET I SVERIGE</b>	<b>39</b>
6.1 RÄTTSFÖRHÅLLANDEN I SVERIGE FÖRE 2004 OCH REGERINGSRÄTTENS PRAXIS	39
6.2 SVENSKA VÅRDFÖRMÅNER	40
6.2.1 Nationella begränsningar i rätten att välja vårdgivare	42
6.2.2 Vårdgarantin	42
6.2.3 Sjukförsäkringens finansiering av sjukvården	42
6.3 ÖVRIGA FÖRMÅNER	43
6.4 FÖRSÄKRINGSKASSANS TILLÄMPNING OCH STATISTIK	45
6.4.1 Allmänt	45
6.4.2 Remiss från landstinget	46
6.4.3 Planerad vård med förhandstillstånd	46
6.4.4 Vård med ersättning i efterhand enligt EG-fördraget	46

	2
6.4.5 <i>Omfattning av vård utomlands</i>	47
6.4.6 <i>Motiv för avslag</i>	47
6.4.7 <i>Försäkringskassans hantering av kringkostnader</i>	48
6.5 KAMMARRÄTTERNAS PRAXIS	48
6.5.1 <i>Vårdmetod</i>	49
6.5.2 <i>Tillämpning av tidsrekvisitet enligt artikel 22 i förordning 1408/71</i>	50
6.5.3 <i>Resekostnader och övriga kostnader</i>	50
6.5.4 <i>Akut vård</i>	51
6.6 NATIONELLA PRESKRIPTIONSREGLER	51
<b>7 FÖRSLAG TILL SAMORDNING I SVERIGE OCH PÅ EG-NIVÅ</b>	<b>52</b>
7.1 FÖRSLAG OM INFÖRANDE AV FÖRHANDSTILLSTÅND I SVERIGE	52
7.2 NYTT DIREKTIVFÖRSLAG PÅ EG NIVÅ	53
<b>8 ANALYS OCH DISKUSSION</b>	<b>55</b>
8.1 VAD INNEBÄR EG-DOMSTOLENS OCH REGERINGSRÄTTENS DOMAR FÖR FÖRHÅLLANDEN I SVERIGE	55
8.2 TILLÄMPNING AV ERSÄTTNINGSREGLERNA I SVERIGE	57
8.3 UTVECKLINGEN INOM EU	61
<b>9. KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING</b>	<b>64</b>
9.1 FÖRFATTNINGAR	64
9.2 OFFENTLIGT TRYCK	65
9.3 PRAXIS	67
9.4 DOKTRIN	69
9.5 MAILKONTAKTER	72

# 1 Inledning

## 1.1 Introduktion

Många medborgare inom EU som är i behov av vård känner inte till vilka möjligheter och rättigheter de har att få vård utomlands och få kostnaderna ersatta av sin egen socialförsäkring och de som gör det har svårt att bedöma sin rättsliga ställning i förväg när de beger sig utomlands.<sup>1</sup>

Sedan Sveriges inträde i EU gäller ett system för ersättning för vård i annan medlemsstat enligt artikel 22 i förordning 1408/71<sup>2</sup> vilket förutsätter förhandstillstånd. EG-domstolen har på senare tid i ett antal fall slagit fast att patienter som har fått vård utomlands även är berättigade till ersättning enligt EG-fördragets<sup>3</sup> regler om fri rörlighet för tjänster och varor utöver vad som gäller enligt den nämnda artikel 22. Det råder fortfarande en viss osäkerhet hur friheten att tillhandahålla och få hälso- och sjukvård skall tillämpas rent praktiskt eftersom implementering saknas i Sverige och myndigheter som Försäkringskassan samt nationella domstolar måste tillämpa EG-fördragets artiklar 49 och 50 direkt. Detta problemområde avseende fri rörlighet för tjänster, närmare bestämt patienter som får vård i utlandet och deras rättsliga ställning, hör till de s.k. icke-harmoniserade<sup>4</sup> områden där EG-rättslig sekundärlagstiftning saknas vilket ställer höga krav på implementering myndigheter att leva upp till EG-normer och principer.

Hälso- och sjukvård hör till området för social trygghet och medlemsländerna ansåg länge att välfärdstjänster var en nationell angelägenhet som var avskärmade från inre marknadsregler och integrationsåtgärder. På EG-nivå klargjordes redan 1998 att fri rörlighet för tjänster gällde även medicinska sådana medan detta bekräftades i Sverige först 2004 genom några domar från Regeringsrätten. Fram till dess utgick myndigheter och domstolar från att man endast var berättigad till ersättning för vård utomlands efter förhandstillstånd och handlade alltså "fel". Regeringsrätten har tolkat och tillämpat EG-domstolens domar och förklarat att i Sverige gäller fri rörlighet som huvudregel eftersom det inte finns något krav på

---

<sup>1</sup> Flash Eurobarometer Series # 210, Cross-border health services in the EU, Analytical Report, GallupOrganisation, 2007.

<sup>2</sup> Rådets förordning (EEG) nr. 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, OJ L 149 5.7.1971 s.2, svensk specialutgåva Område 5 Volym 1 s. 57; konsoliderad utgåva EGT L 27, 20.1.1997 (senast ändrat genom förordning 1386/2001 (EG) av den 5 juni 2001).

<sup>3</sup> Konsoliderad version av fördraget om upprättandet av Europeiska Gemenskapen, EGT C 325 24.12.2002, s. 33.

<sup>4</sup> EG-regelverket kan delas i två områden: harmoniserade och icke-harmoniserade områden. Inom det harmoniserade området finns sekundärrättsliga regleringar av enskilda frågor. I det område där det inte finns några sekundärrättsliga regleringar, det icke-harmoniserade området, gäller fördragets regler direkt. EG-domstolen uttolkar reglernas och undantagens närmare betydelse genom domar i specifika fall.

förhandstillstånd i nationell lagstiftning. Svenska patienter kan nu i stor utsträckning söka hälso- och sjukvård i andra länder och kräva att vården skall ersättas av den svenska Försäkringskassan. Men det råder fortfarande oklarheter och missförstånd om EG-rättens innebörd. De två spåren, enligt förordningen respektive fördraget, för utlandsvård kan vara förvirrande både för patienter som har möjlighet att välja och hävda sina rättigheter och tillämplande myndigheter. Kammarrätterna har meddelat en del avgöranden men praxis på området är fortfarande ganska splittrad och väldigt sparsam. Detta beror på tydligen främst att det är så liten andel av patienterna som utnyttjar sina rättigheter. De oklarheter som råder i den allmänna rättstillämpningen av rätten till ersättning för vård i annan medlemsstat gör det svårt för patienterna att utnyttja sina rättigheter eftersom de ansvariga inte gärna tillämpar regler som de inte säkert vet vad de innebär. Patienter som vill bestrida de tolkningar eller regler som tillämpas måste vara väl informerade och införstådda i reglernas egentliga innebörd vilket inte ofta är fallet eftersom det handlar om sjuka människor som befinner sig i en utsatt situation. Ett annat problem som är genomgående i alla EU-länder är att patienter saknar information både om rätt till ersättning för gränsöverskridande vård och rättigheternas omfattning.

EG har en exklusiv kompetens inom området för fri rörlighet samtidigt som varje land bestämmer över utformningen av sina sociala trygghetssystem, svarar för hälso- och sjukvård och styr vårdens tillgänglighet för patienterna. Medlemsländerna bestämmer själva vilka som är ersättningsberättigade, vilka behandlingar som ersätts och ersättningens omfattning samt vilka aktörer som kan tillhandahålla hälso- och sjukvård. Dessa förhållanden varierar från land till land. Olika hälso- och sjukvårdssystem i medlemsländerna samt två EG-rättsliga grunder att få utlandsvård ersatt av hemlandets försäkringskassa gör valet för den enskilde komplicerat. Det kan leda till olika resultat beroende på vilket förfarande och land man väljer och samtidigt gör detta det svårt för den enskilde att överblicka de rättsliga konsekvenserna.

## 1. 2 Syfte

Syftet är att utreda gällande rätt angående rätten att få ersättning för vård i annat EU/EES land och rättstillämpningen i Sverige.

## 1. 3 Metod

Den traditionella rättsdogmatiska metoden har använts i denna uppsats. I detta avsnitt uppmärksammas framförallt vad som är specifikt när man skall fastställa gemenskapsrättens

innebörd. De skrivna EG-rättskällorna brukar delas in i primärrätt och sekundärrätt. Primärrätten består av de grundläggande fördragen skapade av medlemsländerna. Sekundärrätten utfärdas av EU-institutioner med stöd av fördragen. Hit räknas främst de bindande rättsakterna enligt artikel 249 EG-fördraget, dvs. förordningar, direktiv och beslut.<sup>5</sup> Vidare har EG-domstolens domar en särskilt stark ställning som rättskälla vid fastställande av gällande rätt.<sup>6</sup> Tolkning av EG-domstolens praxis beträffande förhandsavgörande skiljer sig från vad som följer av sedvanlig metod. Generaladvokaternas förslag till avgörande är ett värdefullt tolkningsinstrument av rättspraxis eftersom de sammanfattar rådande rättsläge mycket mer förståeligt och mera utförligt än de ofta knapphändiga motiveringarna från EG-domstolen. Förslagen till avgörande är dock inte bindande för domstolen. Generaladvokaterna hänvisar i sina förslag till avgöranden till den juridiska doktrinen. I detta arbete har jag också använt mig av doktrinen och kommentarer till EG-domstolens avgöranden som man kan hitta både i generaladvokaternas förslag till avgöranden och i hänvisningarna till bibliografiska uppgifter till varje domstolsavgörande på [www.europa.eu](http://www.europa.eu). EG-domstolens praxis måste även tolkas mot bakgrund av de faktiska omständigheterna, sammanhanget och de mål som eftersträvas i stället för att endast beakta motiveringarnas exakta ordalydelse.<sup>7</sup>

Vidare följer EG-domstolen ett särskilt tillvägagångssätt i sin tidigare praxis inom tjänstesektorn när den klargör rättsläget för gränsöverskridande vård.<sup>8</sup> Jag har studerat detta i Susanne St Clair Renard "Fri rörlighet för tjänster - tolkning av artikel 49" och Catherine Barnard "The substantive law of the EU: The Four Freedoms". Denna metod kan i mycket grova drag beskrivas på följande sätt. Först fastställer EG-domstolen om frågan gäller tjänster, tjänsteutövare eller tjänstemottagare och sedan om nationella regler hindrar eller avhåller dessa att tillhandahålla eller motta tjänster i andra medlemsländer. Vidare utreder EG-domstolen om dessa nationella hinder kan objektivt rättfärdigas med undantagsgrunder i EG-fördraget eller tvingande hänsyn. Om EG-domstolen finner att så är fallet utreder de om dessa hindrande nationella regler är proportionerliga och tillämpas på ett objektivt (icke-diskriminerande) sätt. Nationella villkor som inte kan rättfärdigas eller inte uppfyller gemenskapsrättsliga krav strider mot EG-rätten.

De allra viktigaste egenskaperna hos gemenskapens rättsordning är att den har företräde i förhållande till motstridig nationell rätt och att en hel rad bestämmelser i gemenskapens rättsordning har direkt effekt, dvs. de kan ge upphov till rättigheter för enskilda som kan åberopas inför nationella domstolar och myndigheter. I och med Sveriges anslutning till EU har gemenskapsrätten blivit en del av den svenska rättsordningen.

---

<sup>5</sup> Hettne & Eriksson, s. 26.

<sup>6</sup> Hettne & Eriksson, s. 31.

<sup>7</sup> Renard, s. 24.

Förutom de direkt tillämpliga EG-reglerna saknar Sverige reglering av utlandsvård så jag har använt mig av dokument som ligger till grund för framtida lagstiftningsförslag från Socialdepartementet.<sup>9</sup> Jag har också granskat lagstiftningen om de svenska vårdformerna som svenskar är berättigade till. För att få en uppfattning om hur EG-praxis rent praktiskt har tillämpats har jag läst vägledningar och rättsställningstaganden från Försäkringskassan. Förutom detta har jag studerat ett antal rättsfall från Regeringsrätten och Kammarrätterna. Vad gäller kammarrätternas praxis måste emellertid en reservation göras att det inte kan garanteras att samtliga mål hittats och behandlats.

## 1. 4 Fackuttryck/termer

*Administrativa kommissionen (AK):* den kommission som anges i artikel 80, förordning 1408/71. AK har rätt att fatta beslut hur förordningen skall tillämpas. Kommissionens tolkingsuppgifter stadgas i artikel 80 samma förordning. AK:s beslut inte är legalt bindande men tjänar ändå som vägledning vid tillämpningen.<sup>10</sup>

*Medlemsstat där patienten är försäkrad:* den medlemsstat där en patient är försäkrad enligt förordning 1408/71 om samordning av socialförsäkringssystemen. Ibland har uttrycken försäkringsmedlemsstat, den nationella staten eller hemland använts.

*Annan medlemsstat:* en annan medlemsstat än den där patienten är försäkrad.

*Behandlande medlemsstat eller vistelsemedlemsland:* den medlemsstat på vilkens territorium vården faktiskt utförs.

*Den behöriga myndigheten eller institutionen:* den institution hos vilken en person är försäkrad och som ger tillstånd till vård utomlands enligt förordning 1408/71. I Sverige är det Försäkringskassan som är den behöriga myndigheten.

*Den behöriga medlemsstaten:* den medlemsstat, inom vars territorium den behöriga institutionen finns.

*Planerad vård:* sådan vård när en person uppsöker ett annat land i syfte att motta vård till skillnad mot *akut vård* när en person blir plötsligt sjuk när denne redan befinner sig i ett annat land.

Med *svenskar* förstås här personer som är försäkrade hos den svenska Försäkringskassan. Situationen för de personer som har anknytning till Sverige men inte tillhör Försäkringskassan

---

<sup>8</sup> Jfr Renard, s. 24, Jorens, s. 93, Erhag, s. 184.

<sup>9</sup> Ds 2006:41, Prop. 2007/08:XX.

<sup>10</sup> SOU 1993:115, s. 303.

lämnar jag åt sidan.

## 1. 5 Det geografiska området

Det geografiska området i EES (Europeiska ekonomiska samarbetsområdet) består av de 27 EU medlemsländerna samt Island, Norge och Liechtenstein. En patient kan alltså få ersättning med stöd av EG-fördraget eller EES-avtalet för sina vårdkostnader i alla EU/EES länderna.

Schweiz valde att stå utanför EES-avtalet när det undertecknades 1993. Schweiz ingår därför inte i EES-området vilket i sin tur innebär att Schweiz inte omfattas av gemenskapens regler om den inre marknaden. Schweiz och Europeiska gemenskapen undertecknade ett särskilt avtal som trädde i kraft den 1 juni 2002 om införandet av förordning nr 1408/71 och tillämpningsförförordning nr 574/72.<sup>11</sup> Detta innebär att vårdkostnader ersätts enligt förordningen 1408/71 i alla EU/EES länder och även i Schweiz.

## 1. 6 Avgränsningar

Min uppsats fokuserar på rätt till ersättning för vård inom EU/EES-området i de situationerna när en patient mottar vård utomlands och alltså inte utländska patienter som kommer hit till Sverige. I uppsatsen behandlas rätt till vårdförmåner vid sjukdom och moderskap. Jag har valt bort att analysera personkretsen som anses berättigade till ersättning för svenska vårdförmåner eftersom problematiken i sig kräver en utförlig redogörelse. Rätt till ersättning föreligger både för akut och planerad vård. Uppsatsen fokuserar på planerad vård på sjukhus medan akut vård endast behandlas översiktligt.

En ny förordning 883/04<sup>12</sup> som ersätter förordning 1408/71 har antagits men eftersom medlemsländerna inte har lyckas enas och anta tillämpningsföreskrifter fortsätter den gamla förordningen 1408/71 att gälla.<sup>13</sup> Jag har valt att inte behandla den nya förordningen. Jag tänker däremot kort beröra ett nytt direktivförslag<sup>14</sup> som är ett nytt lagstiftningsförsök från EU:s sida att skapa ett tydligare rättsläge för patienters rätt till ersättning för planerad vård i

---

<sup>11</sup> Se Administrativa kommissionens resolution av den 27 juni 2002 om införande av rådets förordning (EG) nr 1399/1999, Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 1386/2001 och kommissionens förordningar (EG) nr 89/2001 och (EG) nr 410/2002 i bilaga II till avtalet mellan Europeiska gemenskapen och dess medlemsstater, å ena sidan, och Schweiziska edsförbundet, å andra sidan, om fri rörlighet för personer.

<sup>12</sup> Europaparlamentets och Rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, EGT L 166, 30.4.2004, s. 1.

<sup>13</sup> Artikel 91 i förordning nr 883/04 stadgar att förordningen börjar tillämpas när tillämpningsförförordningen träder i kraft. Europeiska Kommissionen har lagt förslag (COM(2006)16) men det har emellertid ännu inte resulterat i någon lagstiftning.

<sup>14</sup> Förslag till Europaparlamentets och Rådets direktiv om tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (framlagd av kommissionen), KOM (2008) 414/3 slutlig.



andra EU-länder och samordna reglerna enligt förordningen nr 1408/71 och artikel 49 i EG-fördraget.

Det finns ett alternativ till utlandsvård där landstinget skriver utlandsremiss men denna möjlighet utnyttjas väldigt sparsamt och regleras genom en nationell lag och diskuteras därför endast kort i samband med andra alternativ som Försäkringskassan tillämpar.

Rätt till ersättning enligt bilaterala nordiska överenskommelser<sup>15</sup> mellan Sverige, Finland, Island, Danmark eller Norge som tillhör EU/EES område berörs inte i uppsatsen. Artikel 6 i förordningen nr 1408/71 stadgar att både vad gäller de personer och de sakområden som förordningen behandlar, ersätter förordningen bestämmelserna i alla konventioner om social trygghet mellan två eller flera medlemsstater inbördes. Vad avser tillämpning av de inre marknadsreglerna gäller att EG-fördraget eller respektive EES-avtalet gäller över alla tidigare ingångna bilaterala konventioner som tillämpas i den mån dessa inte stämmer överens med de senare avtalen.<sup>16</sup>

## 1. 7 Disposition

Det finns två EG-rättsliga grunder till ersättning för gränsöverskridande vård som jag tänker utreda. Relevanta regler hittar man i EG-fördragets artikel 49 om fri rörlighet för tjänster och artikel 22 i förordningen nr 1408/71 samt i EG-domstolens praxis som handlar om tolkningen av dessa regler. Nationella svenska regler om gränsöverskridande vård saknas, därför består analysen främst av EG-rätten. Inledningsvis presenteras i andra kapitlet hur hälso- och sjukvård är organiserad inom EU. I tredje och fjärde kapitlen beskriver jag de EG-rättsliga ersättningsreglernas bakgrund och den rättsliga innebörden av den. I det femte kapitlet analyseras hur reglerna förhåller sig till varandra. Reglerna bygger tillsammans två sammanhängande system och kompletterar varandra. Beroende på vilket alternativ man väljer för att söka vård utomlands och gällande nationell lagstiftning för social trygghet uppstår det olika möjligheter att få kostnaderna ersatta. Sjätte kapitlet handlar om de specifika svenska förhållandena och hur ersättningsfrågor rent praktiskt har hanterats i Sverige. Svensk lagstiftning saknar krav på förhandstillstånd för att åka utomlands och svenskar har rätt att välja mellan de två olika alternativen att söka vård utomlands som EG-rätten erbjuder. I det kapitlet klarlägger jag även en del nationella bestämmelser som avser sjukförsäkringens omfattning och nationell lagstiftning som berättigar till förmåner samt de tillämpliga preskriptionsreglerna. Ett nytt direktivförslag och samordningsförsök på nationell nivå behandlas översiktligt i nästföljande kapitel. Uppsatsen avslutas med analys och diskussion.

---

<sup>15</sup> Se t. ex. Gränssjukvårdsförordningen (1962:390).

<sup>16</sup> Se Schutze, s. 390-391, se även Bernitz & Kjellgren, s. 177.

## 2 Hälsa- och sjukvård inom EU

### 2.1 De nationella sjukförsäkringarnas uppbyggnad

Hur den offentligt organiserade hälso- och sjukvården är finansierad inom ramen för systemen för social trygghet skiljer sig åt mellan de olika medlemsländerna. Sjukförsäkringarna inom EU kan delas in i två huvudsakliga grupper: obligatoriska socialförsäkringssystem och nationella hälso- och sjukvårdssystem som i huvudsak finansieras av skattemedel.<sup>17</sup> Socialförsäkringssystemen kan indelas i naturaförmånssystem och ersättningssystem.<sup>18</sup> Skattefinansierade nationella hälso- och sjukvårdssystem liknar ett naturaförmånssystem. De är finansierade med offentliga medel och vården tillhandahålls i princip kostnadsfritt (exempelvis Storbritannien, Sverige, Danmark, Finland). Naturaförmånssystem finansieras antingen med offentliga eller privata medel eller en kombination av sådana, medan vården tillhandahålls som naturaförmån eller mot avgift för vilken ersättning utgår (exempelvis Tyskland, Spanien, Nederländerna). I ersättningsmodellen betalas vården direkt av patienten som därefter erhåller ersättning från sin försäkringsgivare (exempelvis Frankrike, Luxemburg). Det finns dock stora nationella skillnader inom ramen för de nationella systemen, de olika modellerna har ofta inslag av varandra och alla system finansieras till viss del med skattemedel.

### 2.2 EU och medlemsländernas kompetenser att reglera den sociala trygghetens område och organisera hälso- och sjukvård

Kompetensfördelningen mellan medlemsstaterna och EU framgår av EG-fördraget. Gemenskapens kompetens att reglera vissa rättsområden härrör från artikel 5 i EG-fördraget där principen om tilldelade maktbefogenheter stadgas.<sup>19</sup> Gemenskapen skall handla inom ramen för de befogenheter som den har tilldelats och de mål som har ställts upp för den genom EG-fördraget. EG har en exklusiv rätt att reglera den fria rörligheten.

Medlemsländerna utövar själva behörigheten att lagstifta om villkor för att få ersättning från sjukförsäkringen, utformning av system för social trygghet och hälso- och sjukvård. Medlemsstaterna är enligt artikel 152.5 EG-fördraget självständigt ansvariga hur de

---

<sup>17</sup> Hervey, s. 267.

<sup>18</sup> Dessa system diskuteras utförligt i Förslag till avgörande i *Smits och Peerbooms* av generaladvokat Colomer, p. 40-46.

<sup>19</sup> Se t.ex. Erhag, s. 129. EG har även restkompetens att lagstifta för att förverkliga något av gemenskapens mål även om fördraget inte innehåller de nödvändiga befogenheterna enligt artikel 308 i EG-fördraget.

organiserar, finansierar och administrerar hälso- och sjukvården. EG har begränsade befogenheter som skall komplettera den nationella politiken på folkhälsoområdet. Åtgärder på gemenskapens nivå avser särskilt folkhälsoproblem med gränsöverskridande problematik, som HIV/AIDS, hotet från fågelinfluensan, drogrelaterade folkhälsoproblem, etc.<sup>20</sup> Artikel 152.5 stadgar att när gemenskapen handlar på folkhälsoområdet skall den fullt ut acceptera medlemsländernas ansvar att organisera och ge hälso- och sjukvård.

Gemenskapens kompetens inom den sociala trygghetens område stadgas i artikel 136 EG-fördraget men är också begränsad. De åtgärder som vidtas skall inte påverka medlemsstaternas erkända rätt att utforma nationella system för social trygghet enligt artikel 137.4. Gemenskapens åtgärder berör främst koordinering av medlemsstaternas sociala trygghetssystem, främjandet av samarbetet mellan medlemsländerna och modernisering av systemen. Artikel 136 EG-fördraget definierar generella mål på det sociala området.<sup>21</sup> Enligt artikel 137 EG-fördraget skall gemenskapen understödja och komplettera medlemsstaternas verksamhet inom området för social trygghet.

Kompetensfördelningen mellan EU och medlemsstaterna har klargjorts genom EG-domstolens praxis. Gemenskapsrätten innebär ingen begränsning av medlemsstaternas behörighet att utforma sina nationella sociala trygghetssystem och bestämma villkoren för förmåner avseende socialförsäkring.<sup>22</sup> Men detta innebär inte att sektorn för social trygghet är oemottaglig för inverkan av gemenskapsrätten och att alla nationella bestämmelser som hör till detta område faller utanför.<sup>23</sup> Medlemsstaterna måste iaktta gemenskapsrätten vid utövandet av behörigheten att lagstifta.<sup>24</sup> Nationella myndigheter som tillämpar reglerna på socialförsäkringsområdet kan inte agera på ett skönmässigt sätt eller tillämpa nationella bestämmelser i strid mot EG:s grundläggande regler om fri rörlighet.<sup>25</sup> Det sagda gäller även hälso- och sjukvård, artikel 152.5 i fördraget innebär inte ett generellt undantag från fördragets grundläggande friheter.<sup>26</sup> Dessutom utesluter bestämmelserna i fördraget om medlemsländernas behörigheter inte att medlemsländerna kan vara skyldiga att anpassa sina nationella trygghetssystem utan att det för den skull kan anses att deras suveräna behörighet på området träds förnär.<sup>27</sup>

---

<sup>20</sup> Edwardsson, s. 22.

<sup>21</sup> Erhag, s. 163.

<sup>22</sup> Förslag till avgörande i *Kohll och Decker* av generaladvokat Tesauro, p. 17.

<sup>23</sup> Förslag till avgörande i *Kohll och Decker* av generaladvokat Tesauro, p. 17.

<sup>24</sup> *Decker*, p. 23 och *Kohll*, p. 19.

<sup>25</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 90.

<sup>26</sup> Förslag till avgörande i *Watts* av generaladvokat Geelhoed, p. 123-126. Frågan i domen *Watts* var om tillämpningen av EG-reglerna om ersättning för vård utomlands utgjorde en gemenskapsrättslig inblandning i medlemsstaternas finanspolitik på folkhälsoområdet genom skyldighet att finansiera hälso- och sjukvård i andra länder. Det ifrågasattes om det inte stred mot artikel 152.5 i EG-fördraget om medlemsländernas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård.

<sup>27</sup> *Watts*, p. 147 m.hänv.

## 2.3 Solidaritets- och territorialitetsprinciperna

Offentlig hälso- och sjukvård bygger på solidaritets- och territorialitetsprinciperna.<sup>28</sup> Syftet med de sociala trygghetssystem är att utjämna de skillnader som skapas av marknadens krafter och konkurrens. Solidaritetsprincipen innebär att kostnader för hälso- och sjukvård fördelas solidariskt på alla försäkrade. En princip som återfinns i de flesta europeiska länders rättstraditioner är att vård ges efter behov och inte efter betalningsförmåga. Många medlemsländer har garanterat sina medborgare tillgång till hälso- och sjukvård i sina konstitutioner samt att rätten till hälso- och sjukvård har erkänts som en mänsklig rättighet i olika internationella konventioner.<sup>29</sup> Denna ”sociala rättvisa” kräver någon form av kollektiv finansiering av sjukvården, t. ex genom skatter eller en obligatorisk försäkring.

Territorialitetsprincipen innebär att sociala trygghetsförmåner är förbehållna de som bor inom en stats territorium. De som bor och arbetar inom en stats territorium är skyldiga att betala skatter och avgifter för att finansiera de sociala trygghetssystemen. Dessa personer måste konsumera de sociala trygghetsförmånerna inom den stat i vilken de är försäkrade och de har ingen rätt att få ersättning för sina kostnader utanför det egna landet. Fri vård utomlands innebär en risk för utflöde av ekonomiska resurser. Andelen medel som används för att bekosta vård kan minska genom att vissa kan ta ut ersättning för vård utomlands utan att behöva stå i vårdkö som orsakas just på grund av brist av resurser. Staten kan inte heller kräva att personer som bor utanför statens gränser skall bidra till finansiering av de sociala förmånerna och därför har dessa personer inte heller rätt att åtnjuta dessa sociala förmåner.<sup>30</sup>

Medlemsstaterna är som regel ovilliga att ersätta kostnader för gränsöverskridande vård. Det finns främst tre argument för detta. För det första ser man på fri rörlighet som ett hot mot kvaliteten. Medlemsstaterna anser sig inte kunna garantera kvalitet på sjukvården om alla patienter skulle vara fria att välja sjukvård och sjukvårdsprodukter i andra medlemsländer emedan det finns stora skillnader på standarden. För det andra skulle patienterna fritt kunna välja vård som skulle vara mycket dyrare än i det egna landet eller som inte ges hemma och som inte täcks av deras sjukförsäkring. Detta påverkar medlemsstaterna autonomi att bestämma vilka behandlingar och produkter som ska finansieras från sjukförsäkringen samt att sjukförsäkringen skulle kunna bli inkapabel att betala vårdkostnaderna. För det tredje har medlemsländerna ett intresse att upprätthålla sjukvårdens infrastruktur. För att kunna planera

<sup>28</sup> Chalmers, et al, s. 763.

<sup>29</sup> Artikel 12 i FN konvention (1966) om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

<sup>30</sup> Mei, s. 3-7. Territorialitetsprincipen avspeglas i förordningens 1408/71 artikel 22 där rätt till ersättning för planerad sjukhusvård i annan medlemsstat stadgas som undantag och är villkorad med förhandstillstånd.

måste medlemsländerna kunna uppskatta hur många patienter de kommer att ha. Om alla fritt kunde välja vård i andra länder skulle det vara väldigt svårt eller t.o.m. omöjligt att planera.<sup>31</sup>

Inre marknadsregler om fri rörlighet utmanar både solidaritets- och territorialitetsprinciperna. Fri rörlighet för medicinska tjänster begränsar de facto medlemsstaternas handlingsfrihet att bestämma över den egna hälso- och sjukvården och de nationella sociala trygghetssystemen.<sup>32</sup> Principen om territorialitet inom sociala trygghetssystem kommer i konflikt med de grundläggande bestämmelserna om fri rörlighet i EG-fördraget.<sup>33</sup>

### 3 Rätt till ersättning enligt de inre marknadsreglerna i EG-fördraget

#### 3.1 Rätt att söka hälso- och sjukvård i andra EU/EES länder

Artikel 49 i EG-fördraget föreskriver att inskränkningar i friheten att tillhandahålla tjänster inom gemenskapen skall förbjudas. Av artikel 50 i EG-fördraget framgår att i fördragets mening skall prestationer som normalt utförs mot ersättning anses som tjänster, i den utsträckning de inte faller under bestämmelserna om fri rörlighet för varor, kapital och personer. Med tjänster skall särskilt avses verksamhet a) av industriell natur, b) av kommersiell natur, c) inom hantverk, d) inom fria yrken. För att fördragets regler skall vara tillämpliga krävs det ett gränsöverskridande moment. Nationella förhållanden, som inte har återverkningar på den mellanstatliga handeln omfattas inte utan räknas som interna angelägenheter.

I *Luisi och Carbone*<sup>34</sup> förklarade EG-domstolen att artikel 49 och 50 i EG-fördraget innebär att friheten att tillhandahålla tjänster även innefattar frihet för *mottagare* av tjänster att bege sig till en annan medlemsstat för att där mottaga medicinska tjänster utan att hindras av restriktioner.<sup>35</sup> Alltså omfattas utresande patienter av reglerna för fri rörlighet.

Att medicinska tjänster är en *ekonomisk verksamhet* och utgör tjänster i fördragets mening har fastställts i abortfallet *Grogan*<sup>36</sup>. EG-domstolen kom fram till att aborter som

---

<sup>31</sup> Mei, s. 227-228.

<sup>32</sup> Mossialos & Palm, s. 4.

<sup>33</sup> Mei, s. 229.

<sup>34</sup> Domen gällde ett italienskt par som åkte på semesterresa till Frankrike för att sedan fortsätta till Tyskland för att genomgå medicinsk behandling och för dessa ändamål hade tagit ut en större summa pengar. Beloppets storlek överskred det som enligt den italienska valutaregleringen var tillåtet att föra ut. Domstolen fann att hinder för rätt att föra ut pengar för betalning av tjänster var förbjudna.

<sup>35</sup> Förenade målen *Luisi och Carbone*, p. 16.

<sup>36</sup> Den irländska grundlagen innehöll ett förbud mot verksamhet som bestod i att understödja gravida kvinnor på

lagligen genomförs i flera medlemsländer är medicinsk verksamhet som normalt sker mot betalning och kan utföras inom ramen för ett fritt yrke.<sup>37</sup> Således omfattas medicinska tjänster av reglerna om fri rörlighet. Detta innebär att medlemsländerna inte får hindra sina medborgare att komma i åtnjutande av sådana tjänster. En annan fråga som återstår att besvara är om man kan få ersättning från den nationella sjukförsäkringen.

### 3.2 Rätt att få ersättning från sjukförsäkringen för sjukvårdstjänster i andra EU/EES länder

EG-domstolen kom i ett antal mål från 1998 och framåt fram till att EU-medborgare kunde förlita sig på artikel 49 för att erhålla kostnadsersättning ur hemlandets sjukförsäkringssystem för vård i annat EU-land. Hälso- och sjukvård som tillhandahålls inom ramarna för ett obligatoriskt socialt trygghetssystem ansågs utgöra *en ekonomisk aktivitet* i fördragets mening. I domen *Kohll*<sup>38</sup> slogs det för första gången fast att EU-medborgare kunde få ersättning från det nationella sjukvårdssystemet i enlighet med taxorna i det land där de är försäkrade.<sup>39</sup> Tjänsternas särskilda beskaffenhet, dvs. ”välfärdstjänster” som hänför sig till området för social trygghet, kan inte förhindra att de omfattas av bestämmelserna om frihet att tillhandahålla tjänster.<sup>40</sup> Nationella bestämmelser som förutsätter förhandstillstånd och medför att en försäkrad nekas ersättning för vård som normalt ersätts hemma utgör ett obefogat hinder för den fria rörligheten av tjänster.<sup>41</sup> Samma dag som *Kohll* avgjordes målet *Decker* som gällde ett otillåtet krav på förhandstillstånd för ersättning för inköp av glasögon. Där fastslogs att nationella myndigheter för social trygghet måste iaktta även artikel 28 EG-fördraget om fri rörlighet för sjukvårdsprodukter.<sup>42</sup>

*Kohll* gällde endast tandvård utanför sjukhus och ersättningskravet framställdes inom ett ersättningsbaserat socialförsäkringssystem. Genom domen klargjordes rättsläget bara till viss del eftersom två viktiga frågor återstod obesvarade. Den ena var om även sjukhusvård

---

Irland att resa utomlands för att genomgå abort. Grundlagen förbjöd att informera om namn och adresser till kliniker där aborter utfördes.

<sup>37</sup> *Grogan*, p. 16-21.

<sup>38</sup> En medborgare i Luxemburg blev nekad ersättning för behandling av sin minderåriga dotter hos en ortodont i Tyskland. De nationella reglerna föreskrev ett krav på tillstånd för vård utomlands. Kohlls ansökan om förhandstillstånd hade avslagits med motivering att behovet inte var akut och att behandlingen kunde utföras i Luxemburg. Före *Kohll* utgick de flesta medlemsländerna från att den offentligt finansierade sjukvården som ”välfärdstjänst” inte omfattades av fördragets regler om fri rörlighet av tjänster. De flesta länder däribland Sverige antog att det fanns krav på förhandstillstånd för vård utomlands ”inbakat” i artikel 22 i förordningen 1408/71 och ansåg därmed frågan färdigreglerad, se t.ex. Kohll, p. 16. Möjligheten att söka vård utomlands uppfattades länge som begränsad eftersom nationell praxis var restriktiv och därför var vård utomlands en marginell företeelse, se vidare Dawes, s. 170, Edwardsson, s. 21.

<sup>39</sup> *Kohll*, p. 27.

<sup>40</sup> *Kohll*, p. 20-21.

<sup>41</sup> *Kohll*, p. 54.

kunde anses som en tjänst i fördragets mening. Den andra var om vården som tillhandahålls inom ett naturaförmånssystem eller ett kostnadsfritt skattefinansierat sjukförsäkringssystem omfattades av reglerna om fri rörlighet. Det vanliga motargumentet är att sådana tjänster inte utförs *mot ersättning* och därför inte omfattas av fri rörlighet för tjänster.<sup>43</sup>

I domen *Smits och Peerbooms* konstaterade EG-domstolen att alla medicinska tjänster inklusive både sluten sjukhusvård och vård utanför sjukhus omfattas av reglerna om fri rörlighet för tjänster och därmed medför rätt till ersättning.<sup>44</sup> En annan viktig fråga som besvarades i *Smits och Peerbooms* var om vård som tillhandahölls inom sjukförsäkringssystem baserade på naturaförmånssystem uppfyllde kraven på *ekonomisk aktivitet* genom att utgöra *tjänster utförda mot betalning* i EG-fördragets mening. Enligt Nederländernas lagstiftning fick försäkringstagare anslutna till det allmänna sjukförsäkringssystemet kostnadsfri vård som tillhandahölls av vissa vårdgivare.<sup>45</sup> Vårdgivarens kostnader ersattes av sjukförsäkringskassor enligt kontrakt mellan parterna. I sådana system synes den ekonomiska länken mellan tjänstemottagare/patienten och vårdgivare obefintlig. Dessutom var utbetalningar till de kontrakterade vårdinrättningarna schablonmässiga och sjukhusvård tillhandahölls utan vinstsyfte vilket talade mot att vård som tillhandahölls som naturaförmån kunde anses som medicinsk tjänst. Domstolen klargjorde två saker i detta avseende. För det första att prestationer skulle anses utförda mot betalning även i triangulära situationer, dvs. när en tredje part ersätter för vårdförmåner. Det inte är nödvändigt att tjänsten betalas av den som mottar den. Huvudsaken är att någon ersätter tjänsteutövaren för dennes tjänster och att tjänsten på så sätt ingår i tjänsteutövarens *ekonomiska verksamhet*.<sup>46</sup> Det andra är att sambandet mellan mottagen tjänst och ersättningen kan vara indirekt utan hänsyn till tjänstens kostnad eller beskaffenhet. Sjukförsäkringskassornas utbetalningar utgör en ekonomisk motprestation för sjukhustjänsterna även om de är schablonmässiga och har otvivelaktigt karaktären av ersättning till den sjukhusinrättning som erhåller dem och som bedriver *ekonomisk verksamhet*.<sup>47</sup> Dessa två sätt att tolka vad som utgör tjänster anses vara i linje med domstolens tidigare praxis inom tjänstesektorn.<sup>48</sup>

---

<sup>42</sup> Decker, p. 46.

<sup>43</sup> Se t.ex. Förslag till avgörande i *Smits och Peerbooms* av generaladvokat Colomer, p. 49.

<sup>44</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 52-58, *Vanbraekel*, p. 41-42, *Müller-Fauré och van Riet, Leichtle*, se dock Förslag till avgöranden i *Vanbraekel* generaladvokat Saggio för en annan uppfattning.

<sup>45</sup> Ersättning för kostnader från andra vårdgivare som saknade avtal förutsatte särskilt tillstånd. Vårdgivare som hade avtal med sjukförsäkringskassorna var mestadels nationella och några enstaka i andra länder, se *Smits och Peerbooms*.

<sup>46</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 57. Renard, s. 41.

<sup>47</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 50, 58, se dock Förslag till avgörande i *Smits och Peerbooms* av generaladvokat Colomer, p. 49, Generaladvokaten ansåg liksom den nederländska regeringen att vårdförmåner in natura saknar ett betalningsmoment och därför inte är tjänster.

<sup>48</sup> Hatzopoulos (Briefing Note), s. 3.

I domen *Watts*<sup>49</sup> gällde frågan om vård tillhandahållen helt kostnadsfritt inom ramen för ett skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem som skilde sig från den nederländska naturaförmånssystemet också kunde anses som *ekonomisk verksamhet*. Frågan ansågs obehövlig att besvara.<sup>50</sup> EG-domstolen poängterade att rätten till ersättning för vård utomlands är oberoende av hur det egna nationella systemet är uppbyggt.<sup>51</sup> Det som ansågs ha betydelse för tillämpning av artikel 49 var att en patient ådrog sig kostnader och betalade själv<sup>52</sup> till den utländska vårdgivaren. Att den nationella sjukförsäkringslagstiftningen, stadgar om förmåner in natura eller kostnadsfri hälso- och sjukvård medför inte att tjänster inte kan omfattas av fri rörlighet.<sup>53</sup>

I domen *Stamatelaki* gällde det ersättning för vård på en privat brittisk klinik.<sup>54</sup> Artikel 49 ansågs tillämplig på sådan vård som utförs mot betalning oavsett om det sker i offentlig eller privat regi.<sup>55</sup>

### 3.3 Nationella regler om inskränkningar i rätten till ersättning

Rättsutvecklingen har lett fram till en tolkning av artikel 49 som innebär att den omfattar inte endast förbud mot diskriminering utan mot alla nationella åtgärder som direkt eller indirekt, faktiskt eller potentiellt hindrar den fria rörligheten.<sup>56</sup> Nationella regler kan komma i konflikt med EG-rätten genom att uppställa andra villkor för ersättning för vård utomlands eller tillämpas på ett sådant sätt att utländska vårdgivare missgynnas och att ansökan om ersättning för vård utomlands avslås. En sådan reglering avhåller den enskilde att vända sig till vårdgivare i andra medlemsländer.<sup>57</sup> På så sätt blir det svårare att tillhandahålla tjänster mellan medlemsstaterna än att tillhandahålla tjänster inom en medlemsstat.<sup>58</sup> Obefogade nationella

<sup>49</sup> En brittisk medborgare Yvonne Watts fick sin höftled utbytt i Frankrike för 3.900 pund. Hon vände sig sedan till det brittiska National Health Service (NHS) för ersättning av kostnaderna. NHS finansieras direkt av staten huvudsakligen genom skatter och vårdgivare och tillhandahåller sjukhusvård till patienterna kostnadsfritt.

<sup>50</sup> *Watts*, p. 91.

<sup>51</sup> *Watts*, p.88-91. Slutsatserna i domen har orsakat omfattande diskussion i den juridiska doktrinen. Domstolen verkar fokusera på tjänstemottagarens rättigheter utan att svara på frågan om vilka verksamheter som uppfyller krav på ekonomisk verksamhet, se Renard, s. 44-45. Det skulle vara konstigt om den fria rörligheten skulle gälla i vissa länder just på grund att deras sjukförsäkringssystem hade större inslag av skattemedel. Å ena sidan har alla nationella system inslag av skattefinansiering så varför skulle de system som har större inslag av skattemedel vara immuna från tillämpning av artikel 49, å andra sidan saknas det ett element av val för patienter i monopoliserade skattefinansierade system vilket talar mot att dessa skall omfattas av fördraget, se Hervey, s. 268.

<sup>52</sup> Enligt resonemanget ovan borde vad avser tjänstebegreppet gälla detsamma även om ett organ för social trygghet ersätter den utländska vårdgivaren.

<sup>53</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 55, *Watts*, p. 130

<sup>54</sup> Dimitris Stamatelaki nekades ersättning i efterhand från nationell försäkringskassa OAEF eftersom nationell lagstiftning förbjöd ersättning för privat vård med undantag för barn under 14 år.

<sup>55</sup> *Stamatelaki*, p. 22.

<sup>56</sup> Se Renard, s. 76, 292. Se även *Decker*, p. 31 m. hänv. EG-domstolen följer sin tidigare praxis om nationella restriktioner med motsvarande verkan som kvantitativa restriktioner.

<sup>57</sup> Se t.ex. *Kohll*, p. 34-35.

<sup>58</sup> *Watts*, p. 94 m. hänv.



*inskränkningar* är i princip otillåtna och måste åsidosättas enligt EG-rättens principer om direkt effekt och företräde.

Exempel på nationella restriktioner som har varit föremål för EG-domstolens prövning är nationella krav på förhandstillstånd för att få ersättning för vård ett annat EU-land. Dessa ansågs utgöra hinder för den fria rörligheten enligt artiklarna 49 och 50 i EG-fördraget eftersom konsekvensen blir att medan inget tillstånd krävs för att få vård i det egna landet ersatt så blir förhandstillstånd nödvändigt för att få ersättning för vård i annat land.<sup>59</sup> Det är svårt att hävda annat än att utländska vårdgivare behandlas på annat sätt än inhemska vårdgivare. De som tillhandahåller tjänster utomlands kan i sådana fall endast erbjuda tjänster som inte är ersättningsgilla för utländska patienter och därför blir deras tjänster mindre attraktiva.<sup>60</sup>

Villkor för beviljande av ersättning enligt nationell lagstiftning kan i sig också utgöra otillåtna restriktioner för fri rörlighet. En protektionistisk tillämpning av dessa villkor på sätt så att utländska vårdgivare missgynnas gentemot inhemska är inte heller tillåten.<sup>61</sup> Ett annat exempel på nationella restriktioner är när en lägre ersättningsnivå ges för en behandling i en annan medlemsstat jämfört med ersättningsnivån om vården ges hemma.<sup>62</sup> Om kostnader för resa, kost, logi och andra kringkostnader i samband med vården i annat land endast ersätts om det i förhand kan visas att behandlingen visar större utsikter till framgång medan något sådant intyg inte behövs hemma är det en begränsning i fördragets mening.<sup>63</sup> Ett absolut förbud mot ersättning för privat vård anses vara otillåten eftersom mindre ingripande åtgärder som exempelvis ett system med förhandstillstånd kan vidtas.<sup>64</sup>

Således är alla tänkbara nationella begränsningar som avhåller de försäkrade från att vända sig till vårdgivare i andra medlemsländer otillåtna om undantag inte kan motiveras.

Fri rörlighet för tjänster är ingen absolut rättighet. Medlemsländerna kan under vissa förutsättningar skydda sina hälso- och sjukvårdssystem genom att införa nationella restriktioner. Hindrande nationella bestämmelser kan rättfärdigas med någon av de undantagsgrunder som framgår i *artikel 46* i EG-fördraget för tjänster (och *artikel 30* för varor) eller av *tvingande hänsyn till allmänintresset* som utvecklats genom praxis<sup>65</sup>. Undantagsgrunderna i *artikel 46* är striktare än undantagsgrunder pga. tvingande hänsyn.<sup>66</sup>

Undantag på grund av skyddet av folkhälsan enligt *artikel 46* ansågs inte vara

---

<sup>59</sup> Kohll, p. 33-34.

<sup>60</sup> Förslag till avgörande i Kohll och Decker av generaladvokat Tesauero, p. 43.

<sup>61</sup> Smits och Peerbooms, p. 93-94.

<sup>62</sup> Vanbraekel, p.45.

<sup>63</sup> Leichtle, p. 38.

<sup>64</sup> Stamatelaki, p. 35.

<sup>65</sup> Säger, p. 15.

<sup>66</sup> Undantaget i 46 är förbehållen öppet diskriminerande åtgärder och tvingande hänsyn, som är avsevärt mer flexibla och generösa undantagsgrunder, är förbehållna övriga hinder, se Renard, s. 85.

motiverat inom hälso- och sjukvården eftersom kvalitetskraven inom medlemsländernas sjukvård är harmoniserade inom gemenskapen.<sup>67</sup> Rent ekonomiska motiv godtas inte heller för att inskränka friheten att tillhandahålla tjänster. Men om det finns en risk för att den ekonomiska balansen i systemet för social trygghet allvarligt rubbas kan konsekvenser för skyddet av folkhälsan i sig utgöra tvingande hänsyn till allmänintresset.<sup>68</sup> EG domstolen har totalt godtagit tre grunder för undantag av *hänsyn till allmänintresset* inom hälso- och sjukvården: 1) risken för att den ekonomiska balansen i systemet för social trygghet allvarligt rubbas, 2) målsättningen att upprätthålla en läkar- och sjukhusvård som är väl avvägd och tillgänglig för alla, 3) nödvändigheten att upprätthålla en vårdkapacitet eller sjukvårdskompetens inom det nationella territoriet som krävs för befolkningens överlevnad.<sup>69</sup> Grunderna för tvingande hänsyn ansågs kunna innefattas i undantagen på grund av hänsyn till folkhälsan enligt artikel 46 i EG-fördraget.<sup>70</sup>

De nationella åtgärder som begränsar eller gör det mindre attraktivt att utöva de grundläggande friheterna skall uppfylla fyra förutsättningar enligt det så kallade *Gebhard-testet*: de skall vara tillämpliga på ett icke diskriminerande sätt, de skall framstå som motiverade med hänsyn till allmänintresset, de skall vara ägnade att säkerställa förverkligandet av den målsättning som efterstävas genom dem och det skall inte gå utöver vad som är nödvändigt för att uppnå denna målsättning.<sup>71</sup> Det sistnämnda proportionalitetskravet innebär att denna målsättning inte skulle kunna tillgodoses med mindre ingripande åtgärder.<sup>72</sup>

Det kan också uppmärksammas att det är EG-domstolen som bestämmer om allmänintresset är skyddsvärt eftersom allmänintresset är ett gemenskapsrättsligt begrepp och ligger inom EU:s kompetens. EG-domstolen kan avgöra om begränsningar med hänsyn till allmänintresset är rättfärdigade.<sup>73</sup> Medlemsländerna har bevisbördan för att något av dessa undantag föreligger i det enskilda fallet.<sup>74</sup>

---

<sup>67</sup> Se *Kohll*, p. 43-48. Motiveringen är att området för yrkeskvalifikationer och villkor för att få tillträde till att utöva verksamhet för läkare och tandläkare har varit föremål för harmonisering på gemenskapens nivå. Enligt principen om ömsesidig erkännande av yrkeskvalifikationer anses kvalitetsstandarder vara desamma i hela Europa och därför finns inte några motiv att införa restriktioner pga. skyddet av folkhälsan, se även Förslag till avgörande i *Smits och Peerbooms* av generaladvokat Colomer, p. 26.

<sup>68</sup> *Müller-Fauré och van Riet*, p. 72-73 m. hänv.

<sup>69</sup> *Kohll*, p. 41, 49, 51. Förslag till avgörande i *Stamatelaki* av generaladvokat Colomer, p.51.

<sup>70</sup> Förslag till avgörande i *Smits och Peerbooms* av generaladvokat Colomer, p. 26. Jfr *Barnard*, s. 382.

<sup>71</sup> *Gebhard*, p. 46.

<sup>72</sup> *Müller-Fauré och van Riet*, p. 68.

<sup>73</sup> *Hervey*, s. 273.

<sup>74</sup> *Mei*, s. 12.

### 3.4 Krav på förhandstillstånd för sjukhusvård och vård utanför sjukhus

EG-rätten skiljer på *sjukhusvård* och *vård utanför sjukhus*<sup>75</sup> när det gäller frågan om nationella inskränkningar att utge ersättning för vård utomlands kan tillåtas. När det handlar om vård utanför sjukhus är utgångspunkten att krav på förhandstillstånd för att utge ekonomisk ersättning eller andra inskränkningar inte är lagliga medan om det handlar om sjukhusvård är utgångspunkten att krav på förhandstillstånd är lagligt.<sup>76</sup>

Vårdtjänster som tillhandahålls *på sjukhus* har obestriddligen vissa särdrag i jämförelse med vård som utförs på en läkarpraktik eller vid en hembesök.<sup>77</sup> Krav på förhandstillstånd för sjukhusvård i nationell lagstiftning kan enligt EG-domstolen anses motiverat med hänsyn till allmänintresset som förklaras genom medlemsstaternas behov av noggrann planering. Man måste kunna bestämma antalet sjukhusinrättningar, deras geografiska fördelning, hur de är inrättade och vilken utrustning som de är försedda med, liksom karaktären av de vårdtjänster som de erbjuder.<sup>78</sup> En sådan planering tillgodoser i princip två mål. För det första eftersträvas genom planeringen att inom den berörda statens territorium säkerställa att det finns tillräckligt stor och ständig tillgång till ett väl avvägt utbud av sjukhusvård av god kvalitet.<sup>79</sup> För det andra säkerställs en kontroll över kostnaderna och i möjligaste mån undviks slöseri med ekonomiska, tekniska och mänskliga resurser.<sup>80</sup> Domstolen har funnit att alla planeringsansträngningar skulle äventyras om de försäkrade fritt kunde vända sig till olika sjukhus.<sup>81</sup> Med hänsyn till det sagda förefaller kravet på förhandstillstånd såväl nödvändigt som rimligt.<sup>82</sup>

Restriktioner för fri rörlighet när vården *inte ges på sjukhus* anses varken vara motiverade utifrån tvingande hänsyn eller proportionerliga. I *Müller-Fauré och van Riet* utvecklar EG-domstolen det huvudsakliga skälet till varför öppen vård utomlands utanför sjukhus inte utgör något hot att balansen i sjukvårdssystemet rubbas.<sup>83</sup> Öppen vård tillhandahålls i närheten av patientens bostadsort, i en kulturmiljö som ger patienten möjlighet att bygga upp en förtrolig relation med den läkare som utför behandlingen.<sup>84</sup> Väldigt få patienter söker sig till vård utanför sjukhus utomlands på grund av språkbarriärer, det geografiska avståndet, extrakostnader samt svårigheter att få reda på information om vården

<sup>75</sup> I Sverige brukar termerna slutna och öppen hälso- och sjukvård användas.

<sup>76</sup> Mei, artikel i MJ, s. 200, Cabral, s. 682. Müller-Fauré och van Riet, p. 97.

<sup>77</sup> Smits och Peerbooms, p. 76.

<sup>78</sup> Smits och Peerbooms, p. 76.

<sup>79</sup> Smits och Peerbooms, p. 78.

<sup>80</sup> Smits och Peerbooms, p. 79.

<sup>81</sup> Förslag till avgörande i *Stamatelaki* av generaladvokat Colomer, p. 52.

<sup>82</sup> Müller-Fauré och van Riet, p. 81, Smits och Peerbooms, p. 80.

<sup>83</sup> Se för en annan uppfattning se Förslag till avgörande i *Müller-Fauré* och van Riet av generaladvokat Colomer, p. 47-49.

utomlands. Endast patienter i gränsområden och patienter med speciella behov beger sig till utlandet.<sup>85</sup> Därför synes enligt EG-domstolen den ekonomiska inverkan på det inhemska socialförsäkringssystemet inte bli så stor när det gäller att ersätta dessa patienters vårdkostnader i annat medlemsland.<sup>86</sup> I sådana fall är det varken motiverat av tvingande hänsyn eller nödvändigt att inskränka den fria rörligheten genom att upprätthålla ett krav på förhandstillstånd. EG-domstolen har dock inte uteslutit att krav på förhandstillstånd kan vara motiverat under förutsättning att en medlemsstat kan åberopa godtagbara tvingande hänsyn av allmänintresse.<sup>87</sup>

## **4 Förordning 1408/71 - ytterligare en möjlighet att få ersättning för vård utomlands**

### **4.1 Förordningens syfte och rättsliga grund**

Vid sidan om fördragets regler om fri rörlighet för medicinska tjänster finns även regler i EU:s sekundärlagstiftning om ersättning för vård. Förordning nr 1408/71 är en del av EG-rättens sekundärrätt och har sin grund i artikel 39 i EG-fördraget som förbjuder diskriminering och säkerställer den fria rörligheten för arbetstagare. Förordningen antogs med stöd av artikel 42 i EG-fördraget som ger behörighet till Europeiska unionens råd att enhälligt besluta om lagstiftningsåtgärder inom den sociala trygghetens område vad gäller samordning av sociala förmåner. Förordningen byggde från början på att migrerande arbetstagare och deras familjemedlemmar som flyttade inom gemenskapen skulle vara försäkrade att de alltid skulle omfattas av ett lands socialförsäkring. Medlemsländernas divergerande nationella bestämmelser om rätten till sociala förmåner kan i praktiken medföra att en arbetstagare sätts i en mycket sämre situation när han eller hon flyttar. Om en arbetstagare skulle riskera att förlora sina socialförsäkringsförmåner kan benägenheten att anta arbete i en annan medlemsstat minska.

På det sociala trygghetsområdet är de EG-rättsliga reglerna uppbyggda kring processuella lagvalsregler vilka syftar till att underlätta personers möjligheter till fri rörlighet över nationsgränserna och innehåller mycket litet materiella regler om exempelvis omfattningen av en försäkringsförmån. Det materiella innehållet i ett system för social

---

<sup>84</sup> *Müller-Fauré och van Riet*, p. 96.

<sup>85</sup> *Müller-Fauré och van Riet*, p. 95.

<sup>86</sup> *Müller-Fauré och van Riet*, p. 97.

<sup>87</sup> Se *Müller-Fauré och van Riet*, p. 95, jfr dock Förslag till avgörande i *Müller-Fauré och van Riet* av generaladvokat Colomer, p. 61-62.

trygghet regleras i medlemsländernas nationella lagstiftningar. Avsikten med förordningen är att samordna förmånerna från de olika medlemsländerna. Exempel på problem som måste lösas genom samordning är: av vilka länder har man rätt till förmåner, och i så fall vilken typ av förmåner? Kan man ta med sig förmåner när man flyttar? Förordningen 1408/71 utgör ett komplext system som reglerar olika situationer där man dels bestämmer vilket lands lagstiftning som skall gälla och dels vilka förmåner som samordnas och tillgodoses. Tillämpningsförordning nr 574/72<sup>88</sup> är knuten till förordning 1408/72.

## 4.2 Rätt till planerad och akut vård utomlands

Förordningen nr 1408/71 är, enligt artikel 4.1, tillämplig på lagstiftning gällande vid bland annat sjukdom och moderskap. Närmare lagvalsregler gällande förmåner i annan medlemsstat i samband med sjukdom återfinns i artikel 22 i avdelning III. Personkretsen som numera omfattas av artikel 22 inkluderar samtliga medborgare i en medlemsstat som är försäkrade enligt någon av medlemsländernas lagstiftning samt deras familjemedlemmar som är bosatta tillsammans med dem.<sup>89</sup>

Förordningens artikel 22 reglerar de situationer<sup>90</sup> då det uppstår rätt till vårdförmåner som utges för den behöriga institutionens räkning på vistelseorten enligt denna stats lagstiftning och kontantförmåner som utges av den behöriga institutionen enligt nationell lagstiftning. Med vårdförmåner förstås i Sverige bl.a. hälso- och sjukvård, tandvård, mödra- och barnhälsovård, läkemedel samt utbetalningar som ersätter kostnader för sådan vård. En patient är även berättigad till kontantförmåner vid sjukdom. Kontantförmåner är sådana förmåner som kompenserar för inkomstbortfall på grund av sjukdom.<sup>91</sup>

Rätt till ersättning för planerad vård gäller enligt 22.1.c när en person uppsöker ett annat land i syfte att motta vård. Med planerad vård menas både vård på sjukhus och öppen vård utanför sjukhus.<sup>92</sup> Huvudregeln är att den försäkrade ges rätt till vårdförmåner enligt den lagstiftning samt mot samma patientavgifter som gäller i vårdlandet.<sup>93</sup> För att få ersättning av

<sup>88</sup> Rådets förordning (EEG) nr 574/72 av den 14 juni 1971 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.

<sup>89</sup> Artikel 22a. Berg & Welanders, s. 40.

<sup>90</sup> Artikeln handlar om 3 situationer men i detta kapitel behandlas endast två. Den tredje situationen som regleras i artikel 22.1.b. men inte behandlas vidare i denna uppsats gäller om en person som har blivit berättigad till förmåner på den behöriga statens bekostnad vill återvända till den stat han är bosatt eller bege sig till en annan medlemsstat under pågående sjukfall. Detta kräver emellertid tillstånd från den behöriga staten.

<sup>91</sup> SOU 1993:115, s. 284.

<sup>92</sup> Planerad vård kan avse allt från t.ex. enklare undersökningar i förebyggande syfte till avancerade kirurgiska ingrepp.

<sup>93</sup> Mei, s. 237-238. För att underlätta samordning mellan de sociala trygghetssystemen valdes ursprungligen vårdlandets lagstiftning för sjukvårdsförmåner av praktiska skäl. Det ansågs påfrestande att kräva försäkringskassor eller vårdinrättningar att tillämpa andra länders ersättningsregler.

det allmänna för planerad vård i ett annat land inom EES-området och Schweiz<sup>94</sup> enligt förordningen 1408/71 måste den försäkrade inhämta förhandstillstånd av den behöriga institutionen. Ansökan i Sverige görs hos Försäkringskassan. Vid prövningen ska kassan bl.a. beakta om vården är en förmån som utges enligt lagstiftningen i Sverige. Finner kassan att ansökan om förhandstillstånd ska beviljas utfärdas ett sk. E 112 intyg, om rätt till ersättning för planerad vård. Förhandstillstånd eller E 112 intyg kan endast användas vid inrättningar som är anslutna till det allmänna sjukförsäkringssystemet, alltså ej privata vårdgivare.<sup>95</sup>

Förhandstillstånd innebär att Försäkringskassan ingår betalningsförbindelse och ersätter försäkringsinrättningen eller vårdgivaren i den behandlade staten direkt med avdrag för utländska vårdavgifter. Den institution som tillhandahåller vården ersätts fullt ut av den behöriga institutionen, kostnaderna skall återbetalas ”i sin helhet” som det sägs i artikel 36.1.<sup>96</sup> Det gäller även om kostnaden för de medicinska förmånerna är högre i den tillhandahållande staten än i den behöriga staten.<sup>97</sup> Medlemsländerna har möjlighet att komma överens om andra återbetalningssätt eller att helt avstå från sådana återkrav.

Akutvård<sup>98</sup> till den försäkrade som under tillfällig vistelse utomlands blir sjuk eller skadar sig regleras i artikel 22.1.a. i 1408/71. I denna situation måste en patient visa att denne är berättigad till vårdförmåner genom att visa upp sitt europeiska sjukförsäkringskort.<sup>99</sup> Kortet kan endast användas hos vårdgivare som är anslutna till det allmänna sjukförsäkringssystemet. Det är den behöriga staten som ska stå för kostnaderna för vården med avdrag för vårdavgifter som gäller i vistelselandet och betalas av patienten.

I situationer då den försäkrade saknar sjukförsäkringskortet för akut sjukvård eller E112 intyget om tillstånd för planerad vård betalar den försäkrade själv och kostnaderna återbetalas till denne av den behöriga myndigheten vid hemkomsten.<sup>100</sup>

---

<sup>94</sup> Det geografiska området i vilket förordningen gäller beskrivs i kap 1.5.

<sup>95</sup> Privat vård är ingen förmån i Sverige och omfattas inte av förordningen, se SOU 1993:115, s. 304-306.

<sup>96</sup> Artikel 36 i förordning 1408/71 avser inte ersättning till enskilda utan ersättning till den behandlande institutionen, se Förslag till avgörande i *Vanbraekel* av generaladvokat Saggio, p. 26.

<sup>97</sup> Mei, s. 239, 307. Denna situation är förutsedd av fördragets upphovsman. Artikel 17 (6) i förordning 574/72 förpliktigar institutionen i landet där vården ges att notifiera den behöriga medlemsstaten om riktigt dyra behandlingar eller behandlingar som tenderar att överstiga viss fastställd summa och den behöriga institutionen har rätt att yttra sig och/eller protestera mot det.

<sup>98</sup> Gränsdragningen mellan planerad och akut vård kan ibland bli problematisk när en person exempelvis lider av en kronisk sjukdom och hans tillstånd snabbt förvärras medan denne besöker en annan medlemsstat. Den behandlande läkaren kan i sista hand bestämma om vårdbehovet är akut eller ej, se Ds 2006:4, s. 30.

<sup>99</sup> s.k. ”E111 form” byttes ut mot det europeiska sjukförsäkringskortet den 1 juni 2004, se beslut från 2003/751/EG till 2003/753/EG av den Administrativa Kommissionen för social trygghet för migrerande arbetare.

<sup>100</sup> I tillämpningsförordning nr 574/72 ges närmare bestämmelser om beloppsberäkning vid återbetalning av förmåner till den enskilde. Av särskilt intresse är artikel 34 som reglerar ersättning när det inte är möjligt att uppfylla alla formaliteter på vistelse orten som föreskrivs i artiklarna 20.1, 20.4, 21, 23 och 31.

### 4.3 Förutsättningar för att erhålla förhandstillstånd för vård utomlands

För att erhålla ersättning för planerad vård utomlands enligt förordningen krävs det att en patient ansöker om förhandstillstånd enligt artikel 22.1.c.<sup>101</sup> Det finns inga speciella villkor för att erhålla tillstånd utan artikel 22.2. stadgar två förutsättningar när tillstånd inte får vägras och den behöriga institutionen är skyldig att utfärda tillståndet. Den första förutsättningen är att vården är en förmån som utges enligt lagstiftning i den medlemsstat där patienten är försäkrad. Den andra förutsättningen är att patienten inte kan få vård inom den tid som med beaktande av patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp är normal för den vård som patienten behöver. Om båda villkoren i 22.2. är uppfyllda utgör dessa hinder att vägra tillståndet. Syftet med villkor i 22.2. är endast att definiera de omständigheterna när tillstånd inte får vägras och därigenom begränsa medlemsländernas valmöjligheter.<sup>102</sup>

En patient som nekas tillstånd därför att förutsättningarna i 22.2 inte är uppfyllda, har inte rätt till få en behandling som utförs i en annan medlemsstat ersatt och den behöriga institutionen är inte skyldig att ersätta den institution som tillhandahållit vården.

EG-domstolen har konstaterat att syftet med artikel 22.2. inte på något sätt är att begränsa de fall där tillstånd kan beviljas till de förutsättningar som föreskrivs. Bestämmelsen innebär alltså inte att tillstånd endast skall ges i dessa fall.<sup>103</sup> Medlemsstaterna får föreskriva mer generösa kriterier eller inga kriterier alls men däremot inte mer restriktiva kriterier.<sup>104</sup>

### 4.4 Tolkning av tidsrekvisitet och väntelistor

Så snart det visar sig att en identisk behandling eller en behandling som är lika effektiv för patienten kan erhållas i tid i den medlemsstat där denne är försäkrad uppfylls inte tidsrekvisitetet i artikel 22.2 varvid tillståndet kan nekas.<sup>105</sup> För att kunna göra bedömningen om det är en effektiv vård som ges i tid skall samtliga omständigheter i det enskilda fallet beaktas, inte endast patientens hälsotillstånd, hur svåra smärtor patienten har, hur gravt handikappad denne är utan även patientens sjukdomshistoria.<sup>106</sup> Även om ett nationellt krav

<sup>101</sup> Genom kravet på tillstånd behåller medlemsländerna sin kontroll över de situationer då vård utomlands kan ges. Detta är underförstått och framgår av förutsättningarna för när tillstånd inte får vägras enligt artikel 22.2. Krav på tillstånd ansågs ursprungligen kunna utnyttjas endast i undantagsfall, se Hervey, s. 264-265.

<sup>102</sup> *Inizan*, p. 41.

<sup>103</sup> *Inizan*, p. 50, *Vanbraekel*, p. 31.

<sup>104</sup> *Inizan*, p. 50; Förslag till avgörande i *Watts* av generaladvokat Geelhoed, p. 127.

<sup>105</sup> *Inizan*, p. 45 m. hänv.

<sup>106</sup> *Inizan* p. 46 m. hänv. Förslag till avgörande i *Müller-Fauré och van Riet* av generaladvokat Colomer, p. 67. Enligt generaladvokatens tolkning av EG-domstolens praxis skall den nationella domstolen upplysas om att bedömningen av kriteriet ”i tid” skall ske från en strikt medicinsk utgångspunkt, oberoende av hur lång väntetiden är för att erhålla den nödvändiga behandlingen.

på förhandstillstånd införs även enligt artikel 49 EG-fördraget gäller samma begränsningar som stadgas i 22.2 när tillstånd inte får vägras.<sup>107</sup> I båda fallen handlar det om att bedöma huruvida patienten kan erbjudas den sjukhusvård som hans eller hennes hälsotillstånd kräver vid en inrättning i hemlandet inom en godtagbar tidsfrist så att behandlingen förblir ändamålsenlig och effektiv. Tidsaspekten skall tolkas restriktivt i så måtto att patientens situation är central och patienten skall inte behöva lida smärtor.

EG-domstolen har även bedömt hur system med väntelistor som existerar i de flesta medlemsländer förhåller sig till utfärdande av förhandstillstånd. EG-domstolen klargjorde att de nationella myndigheterna i den mån de finner det nödvändigt skall kunna införa väntelistor med syfte att fastställa prioriteringsordning i förhållande till de medel och den kapacitet de har.<sup>108</sup> Däremot kan inte ett beslut om avslag på ansökan om förhandstillstånd enbart grundas på det förhållande att det föreligger väntelistor eftersom väntelistor i sig inte kan utgöra giltigt hinder för den fria rörligheten utan att patientens individuella vårdbehov beaktas.<sup>109</sup> Dessa behov kontrolleras genom de rekvisit som ställs upp enligt artikel 22.2 i förordningen.<sup>110</sup> Väntetiderna skall vara flexibla och anpassningsbara, om patienten blir sämre skall tiden i vårdkön kunna kortas.<sup>111</sup> Men om väntetiden är medicinskt acceptabel för patienten så finns ingen möjlighet att gå förbi vårdkön och få förhandstillstånd för vård utomlands bara på den grunden att behandlingen erbjuds snabbare i en annan medlemsstat.<sup>112</sup>

I de medlemsländer där nationella förhandstillståndskrav enligt artikel 49 EG-fördraget saknas, är rekvisiten i 22.2 aktuella endast i de fall förordningen tillämpas. I andra fall gäller fri rörlighet utan begränsningar. Detta innebär att man kan utnyttja möjligheter att få vård utomlands enligt artikel 49 även om den kan ges vid en inrättning i hemlandet inom vad som är betrakta som normal väntetid. Ett sådant rättsförhållande gäller i Sverige.<sup>113</sup>

---

<sup>107</sup> *Watts*, p. 60.

<sup>108</sup> *Watts*, p. 67.

<sup>109</sup> *Müller-Fauré och van Riet*, p. 92, *Watts*, p. 119.

<sup>110</sup> *Watts*, p. 68.

<sup>111</sup> *Watts*, p. 69.

<sup>112</sup> *Watts*, p. 71 m. hänv. Detta var fallet efter domstolsavgöranden i *Watts*. Ms. *Watts* nekades ersättning eftersom nationell domstol ansåg att vården kunde ges i tid och hon inte var berättigad till någon ersättning, se *Barnard*, s. 398.

<sup>113</sup> se kap. 8.



## 5. Förhållandet mellan ersättningsreglerna och ersättnings omfattning

### 5.1 Förhållandet mellan inre marknadsregler och artikel 22 i förordningen nr 1408/71

Före *Kohll och Decker* avgörandena som kom 1998 trodde medlemsländerna att artikel 22 i förordningen nr 1408/71 var den enda möjlighet att få ersättning för vård i en annan medlemsstat.<sup>114</sup> EG-domstolen har tillfört en ny dimension genom att tillerkänna de försäkrade rätten att förlita sig på den grundläggande principen för fri rörlighet av tjänster och varor trots att förordningen nr 1408/71 redan innehöll en reglering länderna emellan med förhandstillståndsreglering och betalningsarrangemang.

Det skall först poängteras att förordningen nr 1408/71 utgör sekundär lagstiftning och är underordnad EG-fördragets regler. När en person tar i anspråk sina rättigheter enligt fördraget kan dessa inte åsidosättas med hjälp av sekundär lagstiftning.<sup>115</sup> Det är snarare tvärtom så att sådan motstridig lagstiftning antingen kan förklaras som ogiltig<sup>116</sup> eller måste tolkas i enlighet med EG-fördraget.<sup>117</sup>

EG-domstolens praxis som utvecklades genom tolkningen av artiklarna 49 och 50 om fri rörlighet för medicinska tjänster väckte oundvikligen frågan om kravet på förhandstillstånd i förordningens artikel 22 utgjorde ett hinder för den fria rörligheten och således var olaglig. Denna fråga besvarades i domen *Inizan*. EG-domstolen konstaterade att artikel 22 i förordning nr 1408/71 inte strider mot artikel 49 utan tvärtom underlättar tillhandahållande av gränsöverskridande medicinska tjänster mellan medlemsstaterna eftersom den dels garanterar att socialförsäkringstagare skall få vård på lika förmånliga villkor som de försäkrade i vårdlandet och dels att den stadgar när den behöriga institutionen inte kan vägra att meddela ett tillstånd.<sup>118</sup> Artikel 22 i förordning nr 1408/71 tillförsäkrar de sjukförsäkrade ytterligare rättigheter som annars inte ges enligt nationell lagstiftning.<sup>119</sup> Den enskilde patienten har rätt att få vård ersatt enligt lagstiftning och taxor som gäller i en annan medlemsstat där vården tillhandahålls. Rådet är därför inte förhindrad av EG-fördragets artikel 42 att förena dessa ytterligare rättigheter med villkor att inhämta förhandstillstånd från den behöriga

---

<sup>114</sup> Se t.ex. Nuffel, s. 258.

<sup>115</sup> *Vanbraekel*, p. 37-53.

<sup>116</sup> Artikel 230 EG-fördraget stadgar om laglighetskontroll av gemenskapens lagstiftningsåtgärder.

<sup>117</sup> *Hervey*, s. 265.

<sup>118</sup> *Inizan*, p. 21-23.

<sup>119</sup> *Inizan*, p. 22.

myndigheten.<sup>120</sup> Det sagda innebär att förordningens artikel 22 fortsätter att gälla och den måste tolkas förenligt med EG-fördragets regler om fri rörlighet.<sup>121</sup>

Genom *Inizan* har det klargjorts att det finns två rättsliga grunder som ger rätt att få vård utomlands ersatt från egen socialförsäkring.<sup>122</sup> I det första fallet enligt förordningen integreras den vårdsökande i vistelselandets sociala system som om denne var försäkrad där. Denne är berättigad till ersättningsbelopp på grundval av lagstiftningen i den medlemsstat där vården ges. Försäkringskassan återbetalar alla kostnader till den institution som tillhandahåller vård.<sup>123</sup> Den enda kostnad som den försäkrade kan behöva betala själv är de patientavgifter som gäller i vistelselandet.

Vid det andra förfarandet, direkt grundat på EG-fördraget, blir vårdsökande inte formellt integrerad i vistelselandets sociala system utan denne söker en tjänst utomlands. Artikel 49 berättigar till ersättning enligt lagstiftning och taxor i den medlemsstat där personen är försäkrad. För att få ersättning krävs inget förhandstillstånd utan patienten söker en vårdgivare utomlands på eget initiativ och betalar själv alla vårdkostnader. Den i Sverige försäkrade måste ansöka om ersättning hos Försäkringskassan vid hemkomsten och har rätt att bli kompenserad enligt svensk lagstiftning med avdrag för de patientavgifter som skulle ha betalats för motsvarande vård i Sverige.

Bestämmelserna i fördraget och förordningen reglerar olika situationer och tillämpningen av den ena respektive den andra kan leda till olika resultat. Ersättningsnivåer och vad man får ersättning för varierar beroende på vilket lands lagar som tillämpas eftersom medlemsländernas lagstiftningar inom sociala trygghetssystem om rätt till förmånerna skiljer sig åt. Inkonsekvenserna beror på de nationella regler som tillämpas och inte lagvalsreglerna i gemenskapens lagstiftning. Därför innebär detta inte att artikel 22 i förordning 1408/71 och artikel 49 EG-fördraget skulle vara sinsemellan oförenliga.<sup>124</sup>

Tillämpningen av artikel 22 på den aktuella situationen kan inte inskränka grundläggande bestämmelser i EG-fördraget om fri rörlighet och utesluter inte att socialförsäkringstagare samtidigt kan ha rätt till ersättning enligt andra ersättningsvillkor.<sup>125</sup> Bestämmelserna utgör ett sammanhängande system som inte utesluter utan kompletterar varandra och kan tillämpas parallellt.<sup>126</sup> Artikel 22 reglerar en specifik situation till en

---

<sup>120</sup> *Inizan*, p. 23-24.

<sup>121</sup> Hervey, s. 265.

<sup>122</sup> Förslag till avgörande i *Inizan* av generaladvokat Colomer, p.29-30.

<sup>123</sup> Artikel 36.1.

<sup>124</sup> Förslag till avgörande i *Inizan* av generaladvokat, p. 31-32.

<sup>125</sup> *Vanbraekel*, p. 37-53. Se Barnard, s. 397.

<sup>126</sup> Två länders lagstiftningar blir tillämpliga samtidigt på en person vid tillämpning 22 i förordningen och 49 fördraget. EG-domstolen har poängterat att eventuella administrativa svårigheter i sådana situationer inte kan äventyra tillämpning av artikel 49.

generell regel i fördraget.<sup>127</sup> Det finns ingen konflikt mellan EG-fördraget och förordningen. Regleringen i fördraget kommer att gälla även om förordningen blir ändrad.

## 5.2 Nationella regler i förhållande till EG-fördraget och artikel 22 i förordningen nr 1408/71

Nationella bestämmelser enligt vilka ersättning för hälsovård utomlands medges enligt försäkringslandets regler omfattas inte av tillämpningsområdet för artikel 22 i förordning 1408/71.<sup>128</sup> Artikel 22 i förordningen är tillämplig endast när vårdlandets regler om ersättning tillämpas. Det förhållandet att en nationell åtgärd baseras på eller eventuellt kan vara förenlig med en bestämmelse i sekundärrätten, i detta fall artikel 22 i förordning 1408/71, förhindrar inte att åtgärden omfattas av bestämmelser i EG-fördraget.<sup>129</sup> Nationella bestämmelser om villkor för ersättning måste vara förenliga med fördragets bestämmelser om fri rörlighet för tjänster och varor.

Medlemsländerna kan villkora ersättning för sjukhusvård utomlands med krav på förhandstillstånd i nationell rätt i sådana fall de försäkrade söker sjukhusvård enligt fördraget (ersättning enligt nationella regler<sup>130</sup>) utöver förhandstillståndskravet som redan gäller enligt förordningen (ersättning enligt vårdlandets lagstiftning<sup>131</sup>).<sup>132</sup> Om det införs ett nationellt krav på förhandstillstånd kan de nationella reglerna om tillstånd inte sträcka sig längre än vad som tillåts enligt artikel 22.2.<sup>133</sup> Oberoende av om ett sådant nationellt krav finns eller inte i nationell rätt kan de försäkrade välja att åberopa förordningens artikel 22.1.c eller artikel 49 EG-fördraget.

---

<sup>127</sup> Se Hatzopoulos, (2002), s. 695.

<sup>128</sup> *Inizan*, p. 52-53. Förslag till avgörande i *Watts* av generaladvokat Geelhoed, p. 36.

<sup>129</sup> *Kohll*, p. 25, *Watts*, p. 47. *Cabral*, s. 681.

<sup>130</sup> Detta alternativ är exempelvis aktuellt när ersättningsnivå är högre hemma.

<sup>131</sup> Detta alternativ är aktuellt när ersättningsnivå är högre i en annan medlemsstat.

<sup>132</sup> Detta är helt förenligt med medlemsländernas behörighet att lagstifta på vilka villkor ersättning för vård kan erhållas för vård i en annan medlemsstat, se Förslag till avgörande i *Watts* av generaladvokat Geelhoed, p. 33. Jfr *Inizan*, p. 60. Hatzopoulos & Do, s. 939-940.

<sup>133</sup> Se Förslag till avgörande i *Inizan* av generaladvokat Colomer, p. 32. Samma omständigheter när tillstånd inte får vägras gäller både enligt förordningen och fördraget. Sverige har inget krav på förhandstillstånd i nationell lagstiftning så förhandstillståndsreglerna tillämpas endast när artikel 22 tillämpas. Därför undersöker jag inte vidare ersättningsregler när förhandstillstånd krävs i nationell lagstiftning enligt artikel 49 EG-fördraget.

## 5.3 Ersättningens omfattning

### 5.3.1 Rätt till ersättning enligt förordningen

I domen *Vanbraekel* besvarades frågan vad som gäller om vårdlandets regler ger lägre ersättningsnivå än i det land där patienten är försäkrad när denne ansöker om förhandstillstånd enligt artikel 22 i förordning 1408/71. EG-domstolen konstaterade att syftet med artikeln 22 är att reglera själva återbetalningen mellan medlemsländerna och inte ersättningstaxor för vården eller sjukvårdsprodukter i en annan medlemsstat.<sup>134</sup> Därför hindrar den inte att ersättning för kostnader till den enskilde sker enligt högre ersättningstaxor i den medlemsstat där personen är försäkrad.<sup>135</sup> Den behöriga försäkringskassan skall ersätta mellanskillnaden upp till den nivå som gäller enligt lagstiftningen i den behöriga staten. En sådan rätt till kompletterande betalning föreskrivs inte i artikel 22 i förordningen utan detta följer av artikel 49 i EG-fördraget. Artikel 49 hindrar all nationell reglering som medför att det blir svårare att utföra tjänster mellan medlemsstater än i en och samma medlemsstat.<sup>136</sup> Patienter måste garanteras likabehandling enligt artikel 49 EG fördraget oavsett i vilket land vården ges och garanteras lika förmånlig ersättning som den försäkrade skulle ha rätt till på inom det egna landet.<sup>137</sup> Om en patient är berättigad till lägre ersättningsnivå när denne undergår en behandling i annan medlemsstat än enligt reglerna i den medlemsstat där han är försäkrad kan detta avskräcka och hindra denne från att vända sig till vårdgivare i andra medlemsstater.<sup>138</sup> EG-domstolen övervägde om ett sådant hinder skulle kunna anses rättfärdigat. En sådan kompletterande återbetalning enligt försäkringslandets regler innebär inte någon ytterligare finansiell belastning för nationella sjukförsäkringssystemen enligt EG-domstolen eftersom denna högre ersättningsnivå skulle ha gällt om sjukhusvård hade givits i den behöriga staten.<sup>139</sup> Medlemsländerna kan därför inte utifrån allmänintresse eller hänsyn till folkhälsan motivera att en sådan kompletterande utbetalning inte skall garanteras den försäkrade.<sup>140</sup> Om nationella regler ger rätt till högre ersättningsnivå kan kompletteringsbelopp utges direkt till den försäkrade av respektive försäkringskassor i efterhand enligt artikel 49 EG-fördraget.<sup>141</sup>

Är man beviljad förhandstillstånd enligt förordningen och ersättningsnivån för vårdkostnader är högre i vårdlandet ersätts vårdgivaren för sina kostnader även om

<sup>134</sup> *Vanbraekel*, p. 36 m. hänv. Artikel 22 i förordningen 1408/71 innehåller inte något bestämmelse om vilken lag som skall tillämpas för att fastställa ersättningens storlek, se Förslag till avgörande i *Vanbraekel* av generaladvokat Saggio, p. 25.

<sup>135</sup> *Vanbraekel*, p. 37.

<sup>136</sup> *Vanbraekel*, p. 44.

<sup>137</sup> Förslag till avgörande i *Vanbraekel* av generaladvokat Saggio, p. 25.

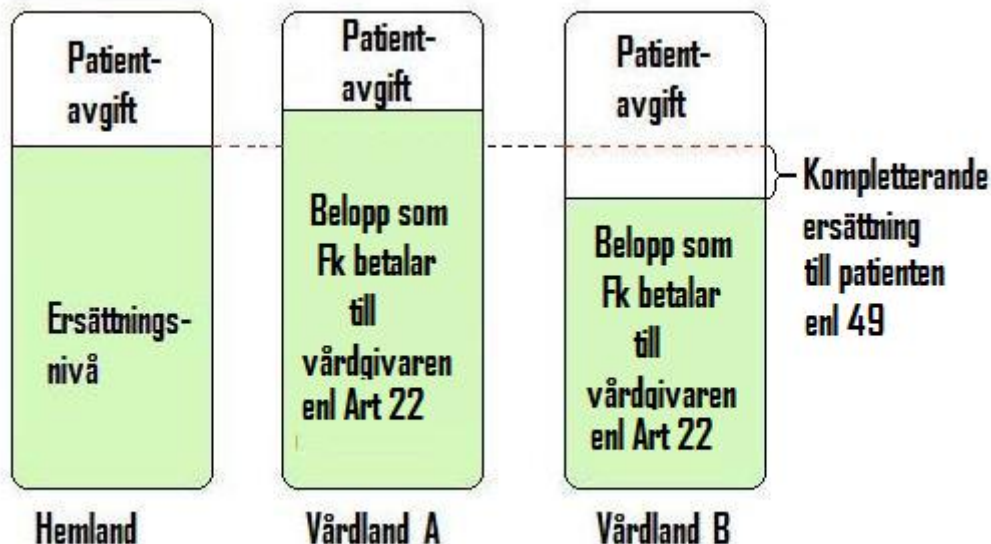
<sup>138</sup> *Vanbraekel*, p. 45.

<sup>139</sup> *Vanbraekel*, p. 52.

<sup>140</sup> Se *Vanbraekel*, p. 52.

ersättningsnivå som gäller där är högre än i den behöriga staten enligt artikel 36.<sup>142</sup> Patienten betalar eventuella patientavgifter som gäller på vistelseorten. (se bild nedan)

Bild nr 1. Kompletterande ersättning enligt domen *Vanbraekel*



Denna modell är aktuell när ersättningsnivå är känd i den behöriga medlemsstaten. I *Vanbraekel* gällde det sjukhusvård men resonemanget tyder på att regeln även är tillämplig på öppen vård.

### 5.3.2 Rätt till ersättning om vården hade varit kostnadsfri i hemlandet

Om man söker vård enligt förordningen är man berättigad till kompletterande ersättning även om vården för försäkrade patienter tillhandahålls kostnadsfritt<sup>143</sup> inom nationella hälso- och sjukvårdssystem. Hur kompletteringsbeloppet skall beräknas enligt nationella regler i sådana system besvarades genom domen *Watts*. Sådana system för social trygghet saknar ofta fastställda ersättningstaxor för vård.<sup>144</sup> Enligt EG-domstolen skall den enskilde i princip sättas i samma situation som gäller hemma.<sup>145</sup> Patienter skall garanteras minst samma ersättningsnivå. Om lagstiftningen i den behöriga medlemsstaten ger kostnadsfri vård medan

<sup>141</sup> *Vanbraekel*, p. 53.

<sup>142</sup> Detta är motiverat eftersom enligt EG-domstolen är artikel 22 i förordningen nr 1408/71 ytterligare en möjlighet för vård och underlättar den fria rörligheten som fastställs i *Inizan*.

<sup>143</sup> Vilket är fallet i Sverige för en patient som har uppnått högkostnadsskyddet, se kap. 6.

<sup>144</sup> *Watts*, p. 124. I domen ansåg den klagande att eftersom all vård gavs gratis i England och ersättningstaxor saknades så hon var berättigad till ersättning för alla kostnader.

<sup>145</sup> *Watts*, p. 131. Detta är åter ett uttryck för likabehandlingsprincipen av de försäkrade oavsett om vården ges hemma eller utomlands enligt artikel 49 EG-fördraget.

kostnader för sjukvård ersätts endast delvis enligt vårdlandets regler utgör detta ett oberättigat hinder mot friheten att tillhandahålla tjänster enligt artikel 49 EG-fördraget.<sup>146</sup> En patient är berättigad till ett kompletterande ersättningsbelopp enligt nationella regler eftersom detta inte innebär någon belastning för finansieringen av den nationella hälso- och sjukvården. För att kunna fastställa beloppet i sådana länder som saknar fastställda ersättningsnivåer skall den behöriga institutionen först fastställa de objektiva kostnaderna i hemlandet.<sup>147</sup> Om de objektivt fastställda kostnaderna i den behöriga staten är högre än kostnaderna i vistelsemedlemslandet skall patienten ersättas fullt ut.<sup>148</sup> Omvänt skall, när vårdkostnaden i den behandlande staten överstiger kostnaderna för motsvarande behandling i bosättningsmedlemsstaten, patienten endast ersättas upp till den nivå som den objektivt fastställt kostar i bosättningsmedlemsstaten.<sup>149</sup> Den försäkrade har ingen rätt att få högre ersättning än den som beräknas enligt hemlandets lagstiftning vid tillämpning av fördragets artikel 49.<sup>150</sup> Patienten skall under inga omständigheter dra en ekonomisk fördel och vara berättigad till en obehörig vinst genom att åka till länder där ersättningsnivån är lägre och sedan begära ersättning för *alla* kostnader.<sup>151</sup>

Utgångspunkten för ersättningen är de faktiska kostnaderna som en patient erlagt för vården utomlands.<sup>152</sup> Vårdkostnader ersätts upp till den nationella nivån av objektivt fastställda kostnader. (se bilden nedan)

---

<sup>146</sup> *Watts*, p. 129.

<sup>147</sup> Se *Watts*, p. 131. I domen *Müller-Fauré och van Riet* har EG-domstolen fastslagit att medlemsländerna som inte har system med ersättningstaxor och tariffer är skyldiga att införa mekanismer för ersättning och det ska finnas i förhand objektivt fastställda jämförbara kostnader för att möjliggöra implementering av de inre marknadsreglerna och förordningens 574/72 artikel 34, se p. 100-107. Generaladvokat Geelhoed erinrade i sitt förslag till avgörande i *Watts* om att förbestämda taxor eller tariffer skall finnas för utländska besökare för beräkning av ersättningsbeloppet, p. 117.

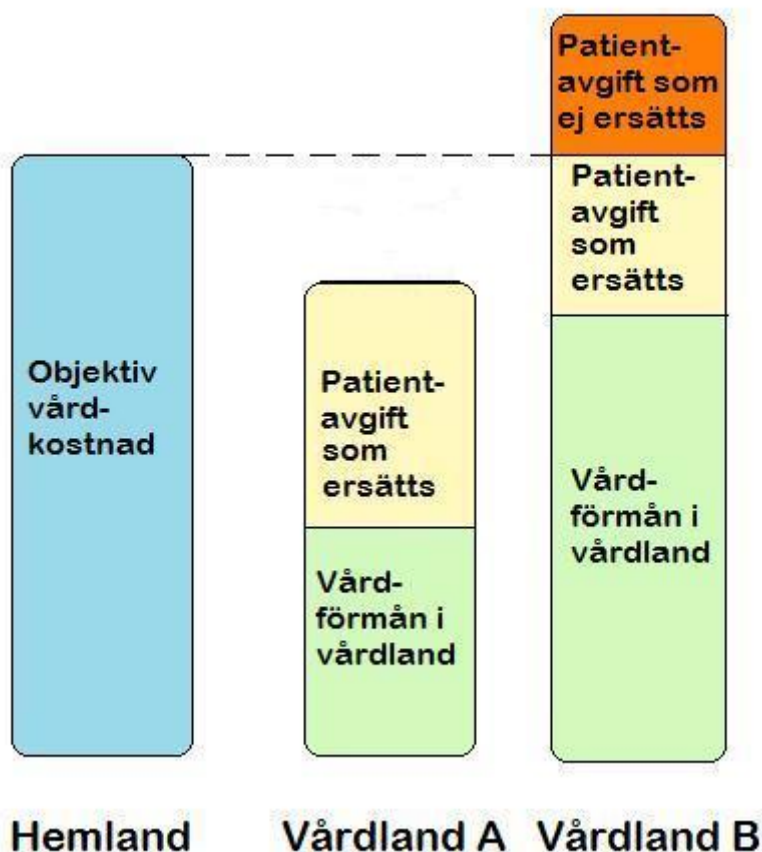
<sup>148</sup> Det kompletterande beloppet täcker skillnaden mellan de objektivt fastställda vårdkostnader enligt hemlandets lagstiftning upp till det totala belopp som faktureras och summan av de ersättningsbelopp för vårdförmåner i vistelsemedlemsstaten som utges enligt 22.1.c. enligt lagstiftningen i denna medlemsstat, se *Watts*, p. 131.

<sup>149</sup> *Watts*, p. 132.

<sup>150</sup> Förslag till avgörande i *Watts* av generaladvokat Geelhoed, p.115.

<sup>151</sup> jfr Edwardsson, s. 48.

<sup>152</sup> Generaladvokat Geelhoed föreslår faktiska kostnader som utgångspunkt, se Förslag till avgörande i *Watts* av generaladvokat Geelhoed, p. 117. Även i det nya direktivförslaget har faktiska kostnader valts som riktmärke för ersättningsbelopp, KOM (2008) 414/3, s. 26.

Bild nr 2. Ersättningsnivå enligt domen *Watts*

### 5.3.3 Ersättning i efterhand enligt fördragets artikel 49 för planerad vård

En patient kan söka vård i annan medlemsstat utan att begära förhandstillstånd enligt artikel 22 i förordningen 1408/71, betala direkt till vårdgivaren och ansöka om ersättning vid hemkomsten.<sup>153</sup> Man kan grunda sina ersättningsanspråk direkt på fördraget eftersom artikel 49 har direkt effekt och ger individer individuella rättigheter att söka vård utomlands och kräva ersättning från egen socialförsäkring i efterhand.<sup>154</sup> När en försäkrad person beger sig utomlands utan att ansöka om förhandstillstånd enligt förordningen är denne endast berättigad till ersättning i den omfattning som garanteras av sjukförsäkringssystemet i den behöriga medlemsstaten.<sup>155</sup> Vårdkostnader som går utöver vad som gäller i det egna landet ersätts inte. Detta är helt förenligt med medlemsstaternas ansvar att bestämma omfattningen av sjukförsäkringen. Denna möjlighet är förmånligast för patienter när ersättningsnivåerna är högre i försäkringsmedlemsstaten. Man kan utnyttja denna möjlighet direkt utan att ansöka

<sup>153</sup> Förutsättningen är att det inte finns nationellt krav på förhandstillstånd i nationell rätt.

<sup>154</sup> Detta gäller även om vård kan ges i tid hemma, dvs. patienten kan gå förbi vårdkön. Förutsättningarna som stadgar när tillstånd utomlands inte får nekas börjar gälla endast när krav på förhandstillstånd införs i nationell lagstiftning annars gäller fri rörlighet.

<sup>155</sup> Detta kräver förstås att medlemsländerna måste införa mekanismer för beräkning av kostnader som ska ersättas genom det lagstadgade försäkringssystem för gränsöverskridande vård.

om tillstånd enligt artikel 22 och sedan kräva kompletterande ersättningar. Beräkningsgrunderna enligt nationella regler har redan beskrivits i de två kapitlen ovan, skillnaden blir bara att alla ersättningsbelopp betalas till den försäkrade.

### 5.3.5 Rätt till ersättning när tillstånd enligt förordningens artikel 22 har varit föremål för avslag

En patient som har fått avslagsbeslut på ansökan om förhandstillstånd men trots det reser utomlands har rätt att få kostnaderna ersatta i efterhand om avslaget sedan visar sig vara grundlöst.<sup>156</sup> Frågan om vilka system skall tillämpas - förordningens eller fördragets - kommer då upp.

Den försäkrade är alltid i första hand berättigad att få ersättningen beräknad enligt artikel 22 om detta leder till en högre ersättning.<sup>157</sup> Vårdkostnader återbetalas i efterhand till den enskilde enligt lagstiftning som institutionen på vistelseorten tillämpar.<sup>158</sup> De försäkrade som får ett ogrundat avslag på sin ansökan enligt artikel 22 har inte rätt att få samtliga vårdkostnader ersatta ”i sin helhet” i efterhand utan endast de vårdförmåner som ersätts på vistelseorten eftersom artikel 36 i förordningen 1408/71 tillämpas endast mellan institutioner och inte vid ersättning till de enskilda.<sup>159</sup>

När den försäkrade har rätt till att erhålla en högre ersättningsnivå enligt nationella regler innebär det att man kan grunda anspråket i sin helhet direkt på artikel 49 utan att behöva använda artikel 22 och därefter fastsätta ett kompletterande ersättningsbelopp enligt *Vanbraekel* formel.<sup>160</sup>

När ansökan på ett förhandstillstånd avslås behöver en patient inte vänta tills dess att överklagandet av avslagsbeslutet har behandlats i överinstanserna utan kan åka utomlands direkt och genomföra behandlingen. De flesta patienters hälsotillstånd kräver att behandlingarna genomförs utan dröjsmål och ett sådant förfarande skulle äventyra EG-fördragets ändamålsenliga verkan.<sup>161</sup> Avslagsbeslut som grundas på nationella villkor<sup>162</sup> prövas enligt artikel 49 EG-fördraget. Frågan som skall besvaras är om sådana villkor utgör en inskränkning av friheten att tillhandahålla tjänster.<sup>163</sup> Avslagsbeslut som grundas på

---

<sup>156</sup> Artikel 34 i tillämpningsförordning nr 574/72 reglerar rätt till efterhandsersättning.

<sup>157</sup> Se *Vanbraekel*, p. 34.

<sup>158</sup> *Vanbraekel*, p. 54-56.

<sup>159</sup> *Vanbraekel*, p. 55-56

<sup>160</sup> Hatzopoulos, (Briefing Note), s. 7.

<sup>161</sup> *Leichtle*, p. 57-59

<sup>162</sup> Nationella villkor som tillämpas vid sidan om artikel 22 förordningen nr 1408/71.

<sup>163</sup> Förslag till avgörande i *Watts* av generaladvokat Geelhoed, p. 36. Det kan också noteras att avslag på ersättning i efterhand skall prövas mot EG-fördragets förbud mot diskriminering även om tillstånd inte sökts från början eftersom medlemsländerna inte behöver införa krav på tillstånd enligt artikel 49 EG-fördraget.



förutsättningar som stadgas i artikel 22.2 i förordning 1408/71 prövas enligt de kriterier som fastställts enligt EG-praxis<sup>164</sup>

### 5.3.6 Ersättning i efterhand för akut vård

I artikel 22.1.a i förordning 1408/71 föreskrivs att en enskild försäkrad person har rätt att få nödvändig sjukvård i en annan medlemsstat och få vård på samma villkor som gäller denna stats egna medborgare. Ersättningsnivån beräknas med avdrag för gällande vårdavgifter i det land där vården mottagits. Artikel 34 i förordning 574/72 reglerar ersättning i efterhand och tillämpas i andra hand när vårdförmåner inte kan erhållas på grund av att en patient saknar sitt EU-kort eller får behandling på en privat klinik.<sup>165</sup>

EG-domstolen har inte uttryckligen prövat frågan om kostnader för akut vård kan ersättas enligt regelsystemet i EG-fördraget för fri rörlighet för tjänster och följaktligen enligt nationell ersättningsnivå. EG-domstolen har i flertal avgöranden fastslagit att vissa tjänsters särskilda beskaffenhet inte kan förhindra att de omfattas av bestämmelserna om friheten att tillhandahålla tjänster.<sup>166</sup> Det bör inte ha någon betydelse om det rör sig om akut eller planerad vård. Principen om fri rörlighet för tjänster torde vara gällande för båda dessa vårdssituationer eftersom det fortfarande handlar om medicinska tjänster som omfattas av fördragets regler.<sup>167</sup>

Stöd för detta kan man delvis hitta i fallet *Bosch*. Artikel 34 har till syfte att säkerställa ett alternativt system för återbetalning och inte att reglera kostnader.<sup>168</sup> Artikel 34 skall tolkas mot bakgrund av EG-domstolens praxis att den inte utgör hinder att återbetala kostnader enligt nationella bestämmelser i den medlemsstat där personen är försäkrad om ersättningstaxor enligt denna lagstiftning visar sig förmånligare än i vistelseslandet.<sup>169</sup> Det talar starkt för att även ersättning för akut vård skall ersättas enligt EG-fördraget dvs. enligt nationella regler och även att reglerna om kompletterade ersättning torde vara tillämpliga när ersättningsnivån är lägre i den behandlande medlemsstaten.

---

<sup>164</sup> Se kap. 4.3 och 4.4.

<sup>165</sup> Artikel 34 tillämpas när formaliteterna för att få tillstånd en ersättningsprocedur mellan institutionerna inte är fullgjorda.

<sup>166</sup> *Kohll*, p. 20.

<sup>167</sup> Frågan borde snarare vara om de nationella hinder som uppställs för att ersätta akut vård i enlighet med fördragets regler kan godtas utifrån undantagsgrunder för allmänintressen eller med hänsyn till folkhälsan.

<sup>168</sup> *Bosch*, p. 20.

<sup>169</sup> *Bosch*, p. 21-22. Denna tolkning av artikel 34 är förstas tillämplig även när det gäller planerad vård.

## 5.4 Vilka vårdkostnader och andra kostnader som berättigar till ersättning

### 5.4.1 Vård och medicinska behandlingar

#### 5.4.1.1 Vårdförmåner och kontantförmåner enligt förordningen

Vårdförmåner vid sjukdom och moderskap är EG-rättsliga begrepp och det finns inga särskilda regler om vad som skall inordnas under dessa.<sup>170</sup> Vid sidan av detta finns olika begrepp i nationell lagstiftning, t.ex. det svenska begreppet hälso- och sjukvård. Administrativa kommissionen har uttryckt att *vårdförmåner* vid sjukdom och moderskap är sådana förmåner som betraktas som *vårdförmåner vid sjukdom enligt den nationella lagstiftningen som tillämpas av den institution som beviljar förmåner* om rätt till förmåner förvärfvas i enlighet med artikel 22.<sup>171</sup> Ett förhandstillstånd enligt förordningen 1408/71 ger rätt till ersättning för sådana medicinska produkter och tjänster som omfattas av bosättningslandets lagstiftning.<sup>172</sup>

Vidare har den förmånsberättigade rätt till *kontantförmåner* enligt artikel 22.1.c. Vad som anses som kontantförmåner förklarades i mål *Herrera*. Kontantförmåner omfattar förmåner som syftar att kompensera för förlorad inkomst på grund av sjukdom och moderskap och avser periodiska bidrag motsvarande sjukpenning som syftar till att säkerställa en ersättningsinkomst eller ett ekonomiskt stöd avsett att bibehålla den sjukes generella levnadsnivå. Begreppet avser inte täckning av redan utlagda kostnader, såsom extrakostnader för resor och logi.<sup>173</sup>

#### 5.4.1.2 Medicinska behandlingar och vårdförmåner enligt fördraget

Efter *Decker* och *Kohll* avgörandena antog medlemsländerna att man inte kunde härleda rättigheter från artikel 49 EG-fördraget för att kräva ersättning för förmåner som inte täcks av hemlandets socialförsäkring.<sup>174</sup> EG-domstolen har slagit fast att i princip alla medicinska behandlingar omfattas av fördragets regler om fri rörlighet och det gäller för alla socialförsäkringssystem.<sup>175</sup> Men patienter har ett begränsat val ändå eftersom rätten till ersättning för medicinska behandlingar och medicinska produkter enligt artikel 49 är

<sup>170</sup> Se SOU 1993:115, s. 302. Medlemsländerna skall enligt artikel 5 i samma förordning meddela vilka sociala trygghetsförmåner som omfattas av förordningen 1408/71.

<sup>171</sup> Administrativa kommissionens beslut nr 175 av den 23 juni 1999.

<sup>172</sup> Artikel 22.2

<sup>173</sup> *Herrera*, p. 31-35.

<sup>174</sup> Se *Mei*, s. 302.

<sup>175</sup> *Mei*, s. 318. Det görs ingen skillnad mellan vård på sjukhus och vård som utförs utanför sjukhusen i detta

avhängigt av att det föreligger rätt till dessa vårdförmåner enligt försäkringsstatens lagstiftning för social trygghet.<sup>176</sup>

Generaladvokaten Colomer noterade i sitt förslag till avgörande i *Smits och Peerbooms* att när det gäller beslut angående rätt till förmåner skall inte endast vad som är tekniskt möjligt beaktas utan också vad som är ekonomiskt försvarbart. Vissa medlemsländer undantar förmåner just pga. brist på budgetmedel och därför kan en viss behandling som inte omfattas av ett sjukförsäkringssystem inte bli ersättningsgrundande pga. att någon annan medlemsstat har lyckats få behandlingen inkluderad i sitt socialförsäkringssystem.<sup>177</sup>

EG-domstolen följde i *Smits och Peerbooms* sin tidigare praxis och konstaterade att det inte stred mot EG-rätten att upprätta uttömmande förteckningar som undantog vissa läkemedel från kostnadsersättningen för att säkerställa en finansiell stabilitet i systemet.<sup>178</sup> Av detta följer att gemenskapsrätten inte får tvinga medlemsländer att utsträcka förteckningen över medicinska förmåner som ersätts inom hälso- och sjukvården.<sup>179</sup> Sådana förteckningar över läkemedel som skall undantas skall upprättas enligt transparenta och på förhand bestämda och objektiva kriterier som är oberoende av produktens ursprung något som även gäller villkor för ersättning för medicinska behandlingar.<sup>180</sup>

Medlemsländerna har således ingen skyldighet att ersätta kostnaderna för sådana behandlingar som *inte ingår* i de nationella systemen för socialtrygghet eller är *uttryckligen undantagna* från dessa.<sup>181</sup> Det kan vara fråga om sådana behandlingar som exempelvis skönhetsbehandlingar, dödshjälp, aborter, könsbyte och liknande som inte ersätts i många medlemsländer. Medlemsländerna lagstiftar själva om vilka medicinska tjänster som skall omfattas av det obligatoriska socialförsäkringssystemet och bestämmer villkoren som ger rätt till förmåner.<sup>182</sup> Endast tillämpningen av dessa nationella villkor för ersättning kommer att underkastas av prövning enligt EG-rätten.<sup>183</sup>

I *Smits och Peerbooms* domen handlade det om ersättning för en behandling som inom nationella yrkeskretsar ansågs experimentell och inte tillhandahölls i Nederländerna. Ersättningen nekades med stöd av ett nationellt villkor att ersättning skulle utgå för medicinska behandlingar i den mån dessa motsvarade vad som var "sedvanligt i de berörda

---

avseende, *Leichtle*, p. 28 m. hänv.

<sup>176</sup> *Müller-Fauré och van Riet*, p. 98, Mei, s. 318. Man kan säga att detta är en harmonisering med vad som gäller enligt artiklarna 22.1.c och 22.2 i förordningen 1408/71.

<sup>177</sup> Förslag till avgörande i *Smits och Peerbooms* av generaladvokat Colomer, p. 59. Generaladvokaten ger exempel på det spanska allmänna systemet som undantar fyllningar, rotbehandlingar, tandproteser, implantat och tandregleringar från socialförsäkringens täckningsområde.

<sup>178</sup> *Duphar*, p. 17.

<sup>179</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 87.

<sup>180</sup> *Duphar*, p. 21.

<sup>181</sup> Se Mei, s. 318.

<sup>182</sup> Förslag till avgörande i *Smits och Peerbooms* av generaladvokat Colomer, p. 60, *Smits och Peerbooms*, p. 85-89. Mossialos & Palm, s. 17-18, 21-22.

yrkeskretsarna“.<sup>184</sup> Villkoret gällde för ersättning för all medicinsk och kirurgisk behandling och tillämpades såväl på nationella som utländska vårdgivare.<sup>185</sup> Domstolen accepterade att medlemsländerna kan använda sig av generella allmänt hållna kriterier som de lägger till grund för bedömningen av om behandlingar anses vara ersättningsgilla inte minst pga. ständig medicinsk utveckling.<sup>186</sup> Problemet var att detta villkor kunde tolkas på flera olika sätt.

Myndigheternas beslut om ersättning för gränsöverskridande vård måste grundas på objektiva, icke diskriminerande kriterier när det är fråga om grundläggande friheter.<sup>187</sup> Domstolen godtog inte hur ett sådant ersättningsvillkor tolkades och tillämpades av nationella myndigheter eftersom det inte uppfyllde objektivitetskravet.<sup>188</sup> Tillämpningen kan inte leda till att enbart behandlingar som finns inom det nationella territoriet beaktas.<sup>189</sup> Protektionistiska tolkningar som begränsar sig till enbart behandlingar som utförs inom det nationella territoriet och enligt de vetenskapliga uppfattningarna inom den nationella medicinska läkarkretsen godtas inte.<sup>190</sup> En sådan tillämpning bedöms kunna riskera att gynna inhemska vårdgivare och diskriminera utländska sådana. Objektivitetskravet kunde anses uppfyllt om villkoren tolkades med utgångspunkt i vad som anses tillräckligt beprövat och erkänt av den internationella medicinska vetenskapen.<sup>191</sup> Villkor om rätt till ersättning måste tillämpas utan åtskillnad på behandlingar inom och utom landet.<sup>192</sup>

EG-domstolen underströk att nationella myndigheter skall göra en samlad bedömning vad avser den internationella medicinska vetenskapen och ta hänsyn till alla omständigheter vid prövningen inklusive facklitteratur och vetenskapliga studier, auktoritativa uttalanden av specialister och huruvida den planerade behandlingen omfattas av sjukförsäkringen i den medlemsstat där behandlingen har tillhandahållits.<sup>193</sup> Av det sagda framgår att även behandlingar, som anses experimentella på det nationella planet eller inte används där, ersätts om behandlingen eller den metod som används i ett annat medlemsland är tillräckligt beprövad eller erkänt av den internationella medicinska vetenskapen och därför skulle ha omfattats av nationella förmåner.

EG-domstolen har gjort klart att inte enbart nationella kriterier kan användas för att avgöra vilka behandlingar som skall ersättas. Detta kan man se som ett första steg mot en

<sup>183</sup> Mei s. 302.

<sup>184</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 23. Nederländerna saknade förutbestämd förteckning över förmåner avseende vilka ersättning garanterades.

<sup>185</sup> *Smits och Peerbooms*, 84.

<sup>186</sup> Mei, s. 302

<sup>187</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 90. Annars är det fråga om nationella hinder för fri rörlighet.

<sup>188</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 95.

<sup>189</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 93.

<sup>190</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 96.

<sup>191</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 94.

<sup>192</sup> Icke diskriminerande tillämpning av nationella villkor krävs enligt *Gebhard-testet*.

<sup>193</sup> *Smits och Peerbooms*, p. 98. Frågan vilken av de faktorerna skall anses vara avgörande är dock obesvarad.

européisk standard. Dessutom är internationella kriterier ett väldigt dynamiskt koncept som kräver ett ständigt informationsutbyte mellan länderna.<sup>194</sup> Domstolen talar dock inte närmare om vad som menas med internationella medicinska standarder vilket i sin tur kan leda till tolkningssvårigheter.<sup>195</sup> Forskare i medicin är ofta oense om vad som anses beprövat och erkänt internationellt. Vems medicinska åsikt skulle vara avgörande? EG-domstolen måste ha antagit att det finns ett Europeiskt medicinskt paradigmbortsett från olikheterna i de nationella behandlingsmönstren.<sup>196</sup>

Om vården endast delvis ingår i den nationella sjukförsäkringen så ersätts vården utomlands endast med sådana belopp som hade blivit aktuella om vården getts i det land man är försäkrad.<sup>197</sup>

## 5.4.2 Kostnader för resor, kost, logi och andra kringkostnader

### 5.4.2.1 Kringkostnader enligt förordningen

Uttrycket vårdförmån i förordningen 1408/71 preciserades i EG-praxis så att det omfattar enbart kostnader för hälso- och sjukvård. Det som är utmärkande för begreppet *vårdförmåner* är nämligen att de är “avsedda att täcka kostnader för vård av den försäkrade” genom kostnadstäckning eller återbetalning av kostnader av *medicinsk natur* som föranletts av patientens hälsotillstånd.<sup>198</sup> Kostnader som uppkommer i omedelbart samband med att patienten vistas på sjukhus som till exempel måltider som serveras på sjukhus eller transporter till sjukhus i för vård specialutformade fordon betraktas som en ouplöslig del av vården i sig och ersätts.<sup>199</sup> Regleringen kan på grund av sin art inte omfatta kringkostnader utanför vårdinrättningen. EG-domstolen fann att artiklarna 22.1.c, 22.2 och 36 i förordningen skall tolkas så att de inte ger en förmånsberättigad, som beviljats tillstånd av den behöriga institutionen att bege sig till en annan medlemsstat för att där få sjukhusvård, rätt till ersättning för de kostnader för resor, vistelse och uppehälle som han eller den person som åtföljt honom har haft i vårdstaten.<sup>200</sup>

Det kan även erinras om att förordningen bara samordnar nationella system för social trygghet. Det framgår av ordalydelsen i artikel 22.2 andra stycket att syftet är att ge den försäkrade möjlighet att få sjukvårdsförmåner och inte att reglera eventuella tilläggskostnader i form av resor eller uppehälle. Den skyldighet som den behöriga institutionen har enligt

<sup>194</sup> Jorens, s. 109.

<sup>195</sup> Mei, s. 303.

<sup>196</sup> Mossialos & Palm, s. 20.

<sup>197</sup> Müller-Fauré och van Riet, p. 106.

<sup>198</sup> Watts, p. 137.

<sup>199</sup> Watts, p. 136.

<sup>200</sup> Herrera, p. 39. En notering kan göras här att enligt artikel 26.6 i den antagna nya förordning 883/2004 medges ersättning för resor både till patienten och medföljande.

artiklarna 22 och 36 omfattar således enbart återbetalning av kostnader för den hälso- och sjukvård som patienten har mottagit i vistelsemedlemsstaten till en annan institution.

Det förhåller sig så att artiklarna 22 och 36 varken påbjuder eller förbjuder ersättning till patienten av ytterligare förmåner. Medlemsländerna kan genom nationell lagstiftning bestämma vilka ytterligare förmåner som omfattas av förordningen så länge regleringen inte inverkar menligt på rätten till de EG-rättsligt definierade medicinska vårdförmånerna som stadgas i artikel 22.<sup>201</sup> Ledsagare eller resor i samband med behandlingar kan i vissa fall omfattas av vårdförmåner i förordningens mening. Den medlemsstat som utfärdar tillstånd enligt förordningen kan ha generösare vårdförmåner i nationell lagstiftning än behandlingsmedlemsstaten och artikel 22 hindrar inte att tillstånd utfärdas på generösare grunder.<sup>202</sup> Det är alltid tillåtet men artikeln innebär ingen skyldighet för medlemsländerna.<sup>203</sup>

#### 5.4.2.2 Kringkostnader enligt fördraget

Artikel 22 i förordningen föreskriver inte rätt till ersättning för kringkostnader utan denna skyldighet kan följa av artikel 49 EG-fördraget. Patienter som utnyttjar sina rättigheter både enligt förordningen och fördraget måste vara garanterade samma ersättningsnivå som gäller i försäkringslandet. Därför har de patienter som beviljas förhandstillstånd enligt förordningen eller får ett avslag som visar sig vara omotiverat, rätt till kompletterande ersättning för kringkostnader enligt EG-fördraget.<sup>204</sup>

Artikel 49 EG-fördraget utgör ett hinder för sådan nationell lagstiftning, som utesluter eller ytterligare villkorar ersättning för kringkostnader som en patient i samband med vård utomlands erlägger medan dessa ersätts om vården ges inom det nationella territoriet.<sup>205</sup> Medlemsländerna är skyldiga att ersätta kringkostnader i samband med vård utomlands om de är skyldiga att ersätta sådana kostnader när behandlingen ges i den behöriga medlemsstaten enligt EG-fördraget.<sup>206</sup> Tillämpning av artikel 49 innebär att alla kringkostnader ersätts enligt nationella regler och på samma villkor som gäller hemma.

Visserligen utgör resekostnader och andra kringkostnader inte vårdkostnader men de är förbundna med själva behandlingen på så sätt att patienten reser till och vistas på behandlingsorten. Artikel 49 förbjuder i princip all sådan nationell reglering som i teorin avser

<sup>201</sup> Se *Herrera*, p. 41-45.

<sup>202</sup> *Vanbraekel*, p. 31.

<sup>203</sup> jfr *Herrera*, p. 41-45.

<sup>204</sup> *Watts*, p. 142, jfr *Vanbraekel*, p. 37, *Leichtle*, p. 30, 42. De som har fått tillstånd enligt artikel 22 i förordningen måste begära ersättning för kringkostnader enligt artikel 49 EG-fördraget utöver de vårdförmåner som de försäkrade beviljas enligt artikel 22 i förordningen nr 1408/71.

<sup>205</sup> *Watts*, p. 139.

<sup>206</sup> Se t.ex. *Herrera*, p. 38 m. hänv.

annat än medicinska tjänster men som i praktiken kraftigt försvårar för den enskilde att ta del av dessa tjänster.<sup>207</sup> Det är uppenbart att skillnader i möjligheter att erhålla ersättning för kostnader i samband med vård avhåller eller hindrar socialförsäkringstagare från att vända sig till vårdgivare som är etablerade i andra medlemsstater.

EG-domstolens lösning vad gäller kringkostnader är en så kallad ”one size fits all” regel och som är anpassad till alla medlemsländer. Man måste granska varje lands nationella regler för att fastställa vilka kringkostnader som ersätts och i fall av begränsningar om dessa är godtagbara enligt EG-fördraget. Det finns dock inte någon skyldighet att ersätta kringkostnader som inte ersätts enligt nationell lagstiftning.<sup>208</sup>

Vissa begränsningar i nationell lagstiftning godtas trots allt. Eftersom ersättningsnivån enligt artikel 49 aldrig kan vara högre än det som gäller inom det nationella landet kan medlemsländerna införa vissa begränsningar för ersättning av kringkostnader i samband med sjukhusvård utomlands.<sup>209</sup> Medlemsstaterna kan begränsa ersättningsbeloppet till det belopp med vilket sådana utgifter skulle ha ersatts om en motsvarande tillgänglig behandling givits i det egna landet. En sådan begränsning skall dock kunna motiveras med att statens kostnader måste begränsas till vad som är medicinskt nödvändigt och måste vara grundat på objektiva och icke diskriminerande kriterier samt åtföljas av en bedömning av lämpligheten och proportionaliteten.<sup>210</sup>

Domen *Leichtle* gällde ersättning för kringkostnader i samband med hälsokurbehandlingar i Italien. Hälsokur som behandling omfattades av Tysklands nationella socialförsäkring som medgav även ersättning för andra kostnader som uppkom på grund av resa, kost, logi, kurortsavgift och slutlig läkarrapport. Förutsättningen för att ersättning för sådana kringkostnader beviljades när en patient reste utomlands var att denne beviljades förhandstillstånd som gavs under förutsättning att det kunde visas att hälsokuren vid den utländska kurorten hade större utsikter för framgång. Resekostnader och kostnader för uppehälle var betydligt högre än kostnaderna för själva behandlingen i detta fall. EG-domstolen ansåg inte att Tyskland kunde motivera de villkor som måste vara uppfyllda för att erhålla ersättning för logi, kost, resa, kurortsavgift och läkarens slutrapport med att de var nödvändiga för att förhindra att det uppstod allvarliga rubbningar av den ekonomiska jämvikten i socialförsäkringssystemet. Däremot ansågs vissa beloppsbegränsningar vara godtagbara.

---

<sup>207</sup> *Leichtle*, p. 19, 35-37, 51.

<sup>208</sup> *Watts*, p. 140.

<sup>209</sup> Resekostnader utomlands är ofta högre än resor inom landet.

<sup>210</sup> Se *Leichtle*, p. 48 .

## 6. Tillämpning av förordning nr 1408/71 och EG-fördraget i Sverige

### 6.1 Rättsförhållanden i Sverige före 2004 och Regeringsrättens praxis

I den utredning<sup>211</sup> som gjordes inför EES-avtalets ikraftträdande 1994 och senare Sveriges medlemskap i EU 1995 intog man en restriktiv hållning gentemot tillståndsfärdandet. Utredningen menade att den svenska hälso- och sjukvården höll en mycket god standard och att väntetiden inom vården var tillfredställande, inte minst till följd av den s.k. vårdgarantin. De fall då Sverige skulle vara skyldiga att bevilja tillstånd enligt artikel 22.1.c. kunde på goda grunder beräknas bli ytterst få, enligt förarbetena.<sup>212</sup> Det rådde en allmän rättsuppfattning i Sverige och övriga medlemsländerna att artikel 22 i förordningen 1408/71 innehöll ett krav på förhandstillstånd och alla andra alternativ för vård utomlands var uteslutna.<sup>213</sup>

Rättsläget klargjordes i princip på EG-nivå genom EG-domstolens vägledande domar bl. a. *Kholl, Decker och Smits och Peerbooms* som fastställde att det förelåg en direkt på fördraget grundad rätt till ersättning för medicinsk vård utomlands. Rättsläget i Sverige förblev oförändrat trots skyldigheten för medlemsländerna att inrätta sig efter EG-domstolens avgöranden. Frågan om nationellt krav på förhandstillstånd och fri rörlighet kom för bedömning i Regeringsrätten 2004.

I ett av de tre fallen RÅ 2004 ref. 41 (I) bestred Riksförsäkringsverket (numera Försäkringskassan) begäran om ersättning för sjukhusvård närmare bestämt cellgiftsbehandling i Tyskland eftersom den klagande saknade ett förhandstillstånd enligt artikel 22 i förordningen 1408/71. Regeringsrätten förklarade att svensk lagstiftning saknade ett krav på förhandstillstånd och att en i Sverige försäkrad person som ansåg sig behöva vård i annan medlemsstat kunde utnyttja en direkt på EG-fördraget grundad rätt att ta emot medicinska tjänster och begära ersättning för sina kostnader. En annan fråga som behandlades i domen var om den aktuella behandlingen skulle, om den utförts i Sverige, ha omfattats av och bekostats enligt de regler som gäller för sjukvård här i landet. Metoden tillämpades inte i Sverige men det räckte dock att den tillämpats i Kiel och publicerats internationellt i vetenskaplig medicinsk litteratur. Det krävdes ej att metoden vunnit allmän acceptans inom den internationella medicinska vetenskapen. Regeringsrätten fann att den klagande hade rätt till ersättning och att den skulle beräknas med utgångspunkt från vad som gäller beträffande svensk offentligfinansierad sjukhusvård. Ersättning medgavs för vad hon hade erlagt för

---

<sup>211</sup> SOU 1993:115.

<sup>212</sup> SOU 1993:115, s. 356, Prop. 1994/95:88, s. 21.

<sup>213</sup> Se t.ex. Westerhäll, (1999), s. 448 m. hänv.



vården i Tyskland minskat med ett belopp som motsvarar vad hon skulle ha erlagt i vårdavgifter om vården hade erhållits i Sverige.

Regeringsrätten meddelade samma dag RÅ 2004 ref. 41 (II) som avsåg ersättning för tandvård i Tyskland till en i Sverige försäkrad person. Den klagande hade redan erlagt betalning och ansökt om ersättning för detta. Regeringsrätten fann att ersättning för öppen vård, inbegripet tandvård skulle bedömas med utgångspunkt i reglerna i artiklarna 49 och 50 EG-fördraget. Ersättning medgavs med det belopp som motsvarade vad Försäkringskassan skulle ha betalt enligt den nationella tandvårdstaxan om behandlingen hade utförts i Sverige.

I RÅ 2004. not. 13 gällde ersättning för sjukhusvård (rektalcancer) i Frankrike. Den klagande hade ansökt om förhandstillstånd enligt förordningen 1408/71 och fått avslag. Den försäkrade genomgick behandlingen i Lyon i alla fall och ansökte om ersättning i efterhand. Regeringsrätten slog fast att även om ansökan om förhandstillstånd enligt artiklarna 22.1.c och 22.2 avslogs rätteligen så hindrar inte detta att patienter kan söka om ersättning för vård utomlands i efterhand med stöd av artikel 49 EG-fördraget, när svensk lagstiftning saknar förhandstillståndskrav. Det hade inte framkommit att den aktuella vården, om den getts i Sverige, inte väsentligen skulle ha omfattats och bekostats av enligt de regler som gäller för sjukvård i Sverige. Ersättningen medgavs och storleken skulle beräknas som Regeringsrätten anvisat i RÅ 2004 ref. 41 (I).

I alla dessa tre domar gällde frågan ersättning för själva vården. Ersättning för övriga kostnader berördes inte över huvud taget och har inte heller senare prövats av Regeringsrätten. Praxis på det området finns att tillgå i svenska kammarrätter.

## 6.2 Svenska vårdförmåner

När Sverige gick med i EES uppkom frågan vilka svenska förmåner som kunde omfattas av begreppet vårdförmåner vid sjukdom och moderskap enligt förordningen.<sup>214</sup> Med begreppet vårdförmåner förstås förmåner som angår rätten till hälso- och sjukvård och därmed sammanhängande förmåner samt till utbetalningar som ersätter kostnader för sådan vård.<sup>215</sup> Detta gäller den hälso- och sjukvård som ges av landstingen och vissa kommuner som inte tillhör landstingskommun, inklusive vård som ges av privata vårdgivare enligt vårdavtal med landsting.<sup>216</sup>

---

<sup>214</sup> SOU 1993:115, s. 246. Medlemsstaterna måste enligt artikel 5 anmäla vilka nationella sociala trygghetsförmåner som skall omfattas av förordningen.

<sup>215</sup> SOU 1993:115 s. 245.

<sup>216</sup> Sahlin, s. 109-146.

De svenska vårdförmånerna vid sjukdom och moderskap återfinns i en rad centrala lagar på hälso- och sjukvårdsområdet. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (1982:763) stadgar i 1 § att med hälso- och sjukvård avses åtgärder som syftar till att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till sjukdomar och skador kan tilläggas tillstånd som exempelvis graviditet som inte är en sjukdom eller skada men behandlas inom förmånssystemet.<sup>217</sup> Vidare omfattas begreppet hälso- och sjukvård av åtgärder med anledning av kroppsfel och barnsbörd liksom åtgärder i samband med abort och sterilisering utan att dessa uttryckligen nämns i 1 § hälso- och sjukvårdslagen.<sup>218</sup> Undantag finns för sådana tillstånd som regleras genom lagen (1944:133) om kastrering, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. och lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall där inte alltid alla följer av en viss åtgärd inryms i begreppet hälso- och sjukvård och hamnar i ett slags rättslig ”gråzon”.<sup>219</sup> Motsvarande gäller även i fråga om transplantationer och lagen (1995:831) om transplantation m.m. Begreppet sjukvård inbegriper både slutna sjukhusvård och öppen vård.<sup>220</sup>

Behandlingar som inte ingår i Sveriges sjukförmånssystem är sådana som inte anses medicinskt betingade som exempelvis skönhetsoperationer, utfärdande av intyg av olika slag (intyg för körkort, rättsintyg, etc.) samt undersökningar i samband därmed.<sup>221</sup> Då målet för hälso- och sjukvården och tandvården är en god hälsa och vård på lika villkor ska det inte finnas några stora skillnader mellan de olika landstingen beträffande vad som omfattas av den offentliga vården.<sup>222</sup>

Ersättning utges inte för behandlingsmetoder<sup>223</sup> som inte används i Sverige eller som endast är tillåtna i undantagsfall eftersom metoderna är förbjudna eller deras användning är mycket begränsad enär de är etiskt oförsvarbara eller så riskfyllda för patienten att det ansetts nödvändigt att begränsa dem genom lag.<sup>224</sup> Det som idag är lämnat till rättstillämpningen är de situationer där ersättningen gäller behandlingsmetoden som över huvudtaget inte används i Sverige eller används experimentellt men tillhandahålls på utländska sjukhus.

I fråga om tandvård gäller särskilda bestämmelser i tandvårdslagen (1985:125). Tandvård betraktas i svensk rätt som en del av hälso- och sjukvården. Det svenska systemet för tandvårdsförmåner, dvs. avgiftsfri eller prisreducerad tandvård anses vara ett system som

---

<sup>217</sup> Prop. 2007/08:XX s. 24.

<sup>218</sup> Prop. 1981/82:97 s. 111 och SOU 1993:115 s. 248.

<sup>219</sup> Sahlin, s. 42.

<sup>220</sup> Sahlin, s. 42.

<sup>221</sup> SOU 1993:115 s. 249.

<sup>222</sup> Prop. 2007/08:XX s. 24.

<sup>223</sup> Det är svårt att dra en skiljelinje för vilka behandlingar och metoder och som är ersättningsgilla förmåner eller inte. En sådan åtskillnad görs inte i EG-praxis utan i svensk doktrin och praxis. EG-praxis använder tydligen termen medicinska behandlingar som samlingsbegrepp.

<sup>224</sup> Prop. 2007/08:XX s. 26.

berättigar till vårdförmåner vid sjukdom.<sup>225</sup>

### 6.2.1 Nationella begränsningar i rätten att välja vårdgivare

I 3 a § 2 st. HSL stadgas att patienten inte har rätt till behandling utanför det egna landstinget. Om hemmalandstinget kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med *vetenskap och beprövad erfarenhet* är patienten hänvisat till denna metod även om denne skulle hellre vilja välja behandling i ett annat landsting. Bestämmelsen är en begränsning i patientens rätt att fritt välja behandling utanför det landsting inom vilken han eller hon är bosatt. Hälso- och sjukvård i svensk rätt är utformat som en skyldighet för vårdgivaren att tillhandahålla vård och inte som en rättighet för enskilda. HSL innehåller ingen besvärregel.<sup>226</sup>

Rättsutvecklingen på området har gått i motsatt riktning. Gemenskapsrättens utveckling inom hälso- och sjukvård innebär rätt för de försäkrade att söka vård utomlands. Dessutom är landstingen i Sverige överens om fritt vårdval inom landet sedan 2003. Valmöjligheterna innebär att patienter kan fritt söka öppen vård i ett annat landsting. För specialistvård är dock möjligheterna begränsade i så motto att det krävs en remiss från hemmalandstinget.<sup>227</sup>

### 6.2.2 Vårdgarantin

En överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet, den nationella vårdgarantin, som skulle göra det lättare för medborgarna att få vård föreslog redan 1991 och började gälla 2005. Syftet är att ta bort köerna till planerad vård. Garantin innebär att alla patienter skall erbjudas sjukhusvård inom högst 90 dagar. Om inte hemmalandstinget kan ordna med vården skall behandling erbjudas i annat landsting och det ska ske utan extra kostnader för patienten. Detta innebär att patienten ersätts för sjukresor, hotell och ledsagare.<sup>228</sup>

### 6.2.3 Sjukförsäkringens finansiering av sjukvården

Den svenska hälso- och sjukvården bekostas genom landstingsskatt, statsbidrag och genom ersättningar från sjukförsäkringen. En liten del av sjukvården finansieras genom patientavgifter. Reglerna om ersättning från socialförsäkringen hittar vi i kapitel 2 i lag (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Ersättning till landstingen lämnas bl.a. för läkarvård, sjukvårdande behandling, prisnedsatta läkemedel, kostnadsfria läkemedel, sjukhusvård, resekostnader i samband med slutna vård på sjukhus och hjälpmedel för handikappade. De

---

<sup>225</sup> SOU 1993:115 s. 307.

<sup>226</sup> Sahlin, s. 149, 116.

<sup>227</sup> Björkman, s. 32.

närmare reglerna som är intagna i anslutande författningar till AFL är inte konstruerade som bestämmelser om de försäkrades rätt till ersättning utan såsom föreskrifter om ersättning till vårdgivare jämte begränsningsregler i olika hänseenden, t.ex. för patientavgifter. Högkostnadsskydd för patienter med 900 kr gäller för en tolv månadsperiod för sjukhusvård och öppen vård.<sup>229</sup> En svensk patient har rätt till i princip kostnadsfri sjukvård eftersom landstingens kostnader bestrids genom skatt och sjukförsäkringen.

Ersättning som utgår till vårdgivare för utförd tandvård regleras genom lag (2008:145) om statlig tandvårdsstöd och kallas för tandvårdsbidrag och tandvårdsersättning (ett högkostnadsskydd).

Den enskilde har inte någon rätt att genom privat vårdgivare som inte är anslutna genom vårdavtal erhålla någon vårdförmån till nedsatt pris och de privata vårdgivarna har ingen skyldighet att ge vård. På grund av detta anses privatvård inte som vårdförmån i förordningens 1408/71 mening.<sup>230</sup> Skyldigheten att till den enskilde ersätta kostnader för privat vård kan föreligga endast enligt fördragets regler.<sup>231</sup>

Inom Sverige bär landstingen kostnaderna förutom för öppen och sluten vård även för sjukresor och hjälpmedel som exempelvis syn- och hörselhjälpmedel, rullstolar m.m. men det är Försäkringskassan som administrerar utbetalningar för vårdkostnader inom EU/EES-området.<sup>232</sup>

### 6.3 Övriga förmåner

Det finns en rad nationella svenska vårdförmåner som inte är medicinska behandlingar och inte omfattas av förordningen. Medlemsländerna kan enligt artikel 49 EG-fördraget vara ersättningskyldiga för andra kostnader som är en förmån enligt nationell lagstiftning.

Ersättning för kostnader för resor i samband med såväl öppen vård som sjukhusvård regleras i Sverige av lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor och av det mellan landstingen träffade Riksavtalet för utomlänsvård med giltighet fr o m den 1 mars 2004. Lagens 1 § medger rätt till ersättning för såväl öppen vård som sjukhusvård. Det framgår av de ovannämnda dokumenten att den som på eget initiativ väljer att vårdas utanför det egna landstinget inte har rätt till ersättning för sina resekostnader. Det krävs enligt

---

<sup>228</sup> Sahlin, s. 114-116.

<sup>229</sup> Björkman, s. 27, 36.

<sup>230</sup> SOU 1993:115 s. 306.

<sup>231</sup> *Stamatelaki*, p. 39.

<sup>232</sup> Prop. 1994/95:88, s. 19-21. Reglering av kostnader mellan Försäkringskassan och landsting beträffande sjukvårdsförmånerna sker genom förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Riksavtalet remiss från hemmalandstinget för att få ersättning i sådana fall.<sup>233</sup> Nationell lagstiftning som reglerar ersättning för resor i samband med vård utomlands saknas utan reglerna tillämpas analogt på så sätt att remiss krävs för att få kostnader ersatta för resor när vården ges i en annan medlemsstat.<sup>234</sup> Tillämpningen av dessa bestämmelser för utlandsvård har prövats i en svensk kammarrätt och ansågs strida mot EG-rätten (detta redovisas i kap. 6.5).

Ersättning för ledsagare medges enligt artikel 49 EG-fördraget om dessa skulle ha ersatts i interna förhållanden.<sup>235</sup> Nationella regler om ledsagarservice, personlig assistent, etc. återfinns i 9 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Dessa förmåner omfattas inte av förordningen 1408/71 enligt svensk uppfattning.<sup>236</sup> Skyldigheten att ersätta kan föreligga enligt EG-fördragets regler.

Annorlunda förhåller sig med assistansersättning som regleras i lagen (1993:389) om assistansersättning. Lagen tillämpas när behovet av personlig assistans överstiger 20 timmar per vecka. Förmånen anses vara en vårdförmån även om den inte utgör medicinsk behandling.<sup>237</sup> Även bilstöd enligt förordning (1988:380) om bilstöd till personer med funktionshinder anses falla inom tillämpningsområde för förordning nr 1408/71.<sup>238</sup>

Den enskilde har rätt till läkemedelsförmåner enligt lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Ersättning för läkemedelkostnader i samband med vård på sjukhus prövas enligt 4 § st. 3. För ersättning för läkemedel som förskrivs i samband med vård men som inte ges under vistelse på sjukhus, exempelvis när den enskilde under vård på sjukhus får ett recept på läkemedel som denne senare hämtar ut på ett apotek i annat medlemsland, ställs det villkor att läkemedlen och recepten måste vara försedda med en kod som identifierar den arbetsplats som receptutfärdaren tjänstgör vid (arbetsplatskod) enligt 6 § samma lag. Villkoret är i princip enbart uppfyllt för läkemedel och recept som är utfärdade i Sverige.<sup>239</sup> Läkemedelsförmånerna tillgodogörs den enskilde endast vid inköp hos Apoteket AB.<sup>240</sup> Lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. stadgar även om högkostnadsskydd vid inköp av läkemedel. Detta innebär att patienten betalar hela det fastställda priset för förskrivna läkemedel upp till viss nivå, varefter en subvention införs som ökar i olika steg upp till en

---

<sup>233</sup> Ds 2006:4, s. 37.

<sup>234</sup> Försäkringskassan, Rättsligt ställningstagande 2005-05-17 Dnr 82301-2005, s. 3, Vägledning 2001:10, Version 1, s. 66. Ds 2004:4 s. 37.

<sup>235</sup> Herrera, p. 38.

<sup>236</sup> Berg & Welander, s. 89.

<sup>237</sup> Se Berg & Welander, s. 90.

<sup>238</sup> Prop. 1994/95:88, s. 26.

<sup>239</sup> Se Prop. 2001/02:63 s. 48 ff. Det är landstinget som beslutar om utformningen och fördelningen av arbetsplatskoder för den som har sin arbetsplats inom landstingets område. I motivuttalande förklarar arbetsplatskoder som ett nödvändigt instrument för att ett effektivt planeringsarbete skall kunna bedrivas. Genom ett system med arbetsplatskoder skapas också förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att på ett effektivare sätt kunna ta ansvar för kvalitetsutveckling av hälso- och sjukvården.

högsta gräns, där avgiftsfrihet inträder.

Ersättning för läkarutlåtanden och läkarundersökning regleras i förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m.

Listan på förmåner som i sig inte är medicinska behandlingar är inte uttömmande utan utgör i huvudsak en exemplifiering av kostnader som kan komma i fråga i samband med vård utomlands. Vid varje vårdtillfälle måste man granska nationell lagstiftning vad avser vilka kostnader som ersätts och om förmånerna täcks på nationell nivå. Den fria rörligheten hindras ifall kringkostnaderna ersätts i högre omfattning om vården ges i Sverige än om den ges utomlands.

## 6.4 Försäkringskassans tillämpning och statistik

### 6.4.1 Allmänt

Försäkringskassan hanterar ansökningar från patienter som önskar att få vård i annan medlemsstat både enligt EG-fördraget och förordningen. Idag saknas i huvudsak nationell lagstiftning för ersättning för gränsöverskridande vård så Försäkringskassan tillämpar EG-praxis, förordningen 1408/71 och sin egen vägledning 2001:10 Version 1 "Vårdförmåner i internationella förhållanden".

Försäkringskassan har uppfattningen att endast ett regelverk antingen förordningen eller fördraget kan ligga till grund för ersättningskrav per vårdtillfälle.<sup>241</sup> Någon kombination eller komplettering enligt det andra regelverket är således inte möjlig enligt Försäkringskassans syn. Denna uppfattning har senare förtydligats i ett remissyttrande från Försäkringskassan där man tydligt har deklarerat att man idag hanterar förordningens och fördragets regler som två separata system.<sup>242</sup> När det gäller akut vård tillämpar försäkringskassan fördraget och förordningarna 1408/71 och 574/72 på samma sätt som för planerad vård, som två separata system.<sup>243</sup>

För planerad vård ser Försäkringskassan i dagsläget att det finns sammanlagt tre vägar för att erhålla ersättning för detta. Dels kan landstinget remittera patienten utomlands, dels kan den försäkrade ansöka om förhandstillstånd eller så kan patienten vända sig direkt till en vårdgivare utomlands och därefter kräva ersättning i efterhand.<sup>244</sup>

---

<sup>240</sup> Prop. 2001/02:63, 80-82.

<sup>241</sup> Vägledning 2001:10, Version 1, s. 60.

<sup>242</sup> Försäkringskassan, Remissyttrande 2008-08-15 Dnr 37360-2008, s. 2.

<sup>243</sup> Försäkringskassan, Remissyttrande 2008-08-15 Dnr 37360-2008, s. 2.

#### 6.4.2 Remiss från landstinget

Försäkringskassan beslutar inte i dessa ärenden. Ansvar och kostnader ligger helt på landstinget. Eftersom reglerna vid remiss inom Sverige utanför det egna landstinget är att remitterande landsting även står för kost, logi och reskostnader med avdrag för patientkostnader gäller att landstinget betalar reskostnaden även när patienten remitterats till ett annat EU/EES-land.<sup>245</sup>

#### 6.4.3 Planerad vård med förhandstillstånd

För att Försäkringskassan skall bevilja förhandstillstånd har man ställt upp fem villkor som alla skall vara uppfyllda:

- Den som ansöker ska vara försäkrad i Sverige.
- Vården skall utföras i ett annat EU/EES-land eller Schweiz.
- Det rör sig om vård som ges för den sökandes sjukdom eller hälsotillstånd inom det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige.
- Vården skall ges inom ramen för det allmänna sjukvårdssystemet i det land där vården utförs.
- Den som ansöker måste vara i den situationen att hon eller han inte kan få den planerade vården i Sverige inom den väntetid, som är normal med hänsyn till sökandens hälsotillstånd och sjukdoms sannolika förlopp.<sup>246</sup>

#### 6.4.4 Vård med ersättning i efterhand enligt EG-fördraget

För att ersättning enligt EG-fördraget skall betalas ut följer Försäkringskassan en regellista med fem villkor som alla skall vara uppfyllda

- Den som ansöker hade rätt till vård i Sverige enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) när vården gavs. Man måste vara folkbokförd i Sverige när man fick vård.
- Sjukvården ska ha utförts i ett annat EU/EES-land
- Det rör sig om en sjukdom eller ett hälsotillstånd som i Sverige behandlas inom det allmänna sjukvårdssystemet.
- Den vårdmetod som används utomlands ska vara identisk eller i flera avseenden överensstämmande med en behandling som används inom det svenska allmänna sjukvårdssystemet för den sökandes sjukdom eller hälsotillstånd.
- Om vårdmetoden inte är identisk, men överensstämmer i flera avseenden, ska den del av vårdmetoden som inte är identisk dessutom ha använts av den utländska

---

<sup>244</sup> Vägledning 2001:10, Version 1, s. 21.

<sup>245</sup> Försäkringskassan, Rättsligt ställningstagande 2005-05-17 Dnr 82301-2005, s. 2.

vårdgivaren under några års tid samt ha beskrivits i vetenskaplig medicinsk litteratur.<sup>247</sup>

Vad gäller privat akut vård tillämpar Försäkringskassan artiklarna 49 och 50 för att ersätta akut privatvård i efterhand.<sup>248</sup> Ersättning i efterhand kan begäras för vårdkostnader som uppkommit hos en vårdgivare som inte är ansluten till det allmänna sjukvårdssystemet i vistelselandet.<sup>249</sup> Förutsättningarna för att få privat akut vård ersatt är i efterhand är detsamma som för planerad vård.

#### 6.4.5 Omfattning av vård utomlands

Försäkringskassan har till regeringen redovisat statistik över den vård i andra EU/EES länder som Försäkringskassan har hanterat.<sup>250</sup> Utgiften för svenskars vård utomlands under 2007 uppgick till 472 miljoner kronor, jämfört med landstingens totala nettokostnader som för samma år uppgick till 181,7 miljarder kronor. Andelen gränsöverskridande vård utgjorde alltså endast 0,26 % av totalen.

Under perioden 1/1 2004 – 30/6 2008 behandlade Försäkringskassan 808 ansökningar om förhandstillstånd, andelen bifall var ca 56%.<sup>251</sup> Efter regeringsrättens dom den 30/1 2004 där möjligheterna till ersättning i efterhand enligt fördraget stadfästes och fram till den 30/6 2008 har 5717 ärenden om ersättning i efterhand avgjorts. Andelen bifall i dessa har varit ca 85%.<sup>252</sup>

#### 6.4.6 Motiv för avslag

De två vanligaste avslagsmotiven vid ansökan om förhandstillstånd är att vården kan ges i Sverige inom normal väntetid respektive att vården som söks inte ges inom det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige.<sup>253</sup>

När det gäller avslag på ersättningskrav som stöds på fördraget är det dominerande motivet att motsvarande vård inte ges inom det svenska vårdssystemet. En annan vanlig orsak är att kringkostnader som resor, hjälpmedel och läkemedel inte är ersättningsgilla.<sup>254</sup>

<sup>246</sup> Försäkringskassan, Faktablad uppdaterad 2008-12-04.

<sup>247</sup> Försäkringskassan, Faktablad uppdaterad 2008-12-04.

<sup>248</sup> Vägledning 2001:10, Version 1, s. 22.

<sup>249</sup> Privat planerad vård ersätts endast enligt fördragets 49 artikel medan förordningen nr 1408/71 inte är tillämplig. Det kan endast ifrågasättas hur de artiklarna tillämpas, se Försäkringskassans svar på regeringens uppdrag, 2007-09-01 Dnr 29666-2007 s. 11.

<sup>250</sup> Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag 2007-09-01 Dnr 29666:2007.

<sup>251</sup> Försäkringskassan, Sjukvård i internationella förhållanden, försäkringsanalys.

<sup>252</sup> Försäkringskassan, Sjukvård i internationella förhållanden, försäkringsanalys.

<sup>253</sup> Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag 2007-09-01 Dnr 29666:2007, s. 23.

<sup>254</sup> Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag 2007-09-01 Dnr 29666:2007, s. 18.



### 6.4.7 Försäkringskassans hantering av kringkostnader

Försäkringskassan avslår konsekvent ansökningar om ersättning för reskostnader som söks enligt fördraget med hänvisning till att en patient som på eget initiativ söker vård utanför det egna landstinget inte kan få reseersättning inom landet.<sup>255</sup>

Kostnader för kost och logi som inte har direkt samband med vården ersätts inte. Endast kostnader för kost och logi som uppstår under tiden som patienten vistas på sjukhus ersätts förutsatt att motsvarande kostnader skulle ha bekostats av det allmänna i Sverige.<sup>256</sup> Tolkkostnader i andra EU/EES länder ersätts inte enligt Försäkringskassan. Detta motiveras med att tolktjänsten inte skulle ha behövts om vården hade utförts i Sverige.<sup>257</sup> Försäkringskassan ersätter däremot tolkkostnader för försäkrade från andra EU/EES länder i Sverige eftersom detta är en vårdförmån och landstingen är skyldiga att tillhandahålla de tolktjänster som behövs utan att ta mer betalt än vanliga vårdavgifter.<sup>258</sup> Läkemedelsförmåner, i samband med vård på sjukhus, som avses i 4 § 3 st. lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ersätts enligt EG-fördraget. Dock har begränsningar gjorts vad gäller kostnader för läkemedel som förskrivits i samband med vård men inte getts under vistelse på sjukhus och som den försäkrade senare hämtar ut på ett apotek i ett annat EU/EES land.<sup>259</sup> Sådana inköp som inte är gjorda vid Apoteket AB ersätts inte av Försäkringskassan.<sup>260</sup>

Eftersom endast förordningen tillämpas vid ansökningar om förhandstillstånd ersätter Försäkringskassan endast själva vården och ej några kringkostnader.

## 6.5 Kammarrätternas praxis

Fram till Regeringsrättens avgöranden 2004 tycks försäkringskassorna ha vägrat att utbetala ersättning i samtliga fall då förhandstillstånd saknats. Förvaltningsdomstolarna har heller inte följt EG-domstolens praxis i dessa ärenden och avslag alla överklaganden. Efter 2004 började rättstillämpningen ändras men den är fortfarande inte helt enhetlig.<sup>261</sup>

<sup>255</sup> Försäkringskassan, Rättsligt ställningstagande 2005-05-17 Dnr 82301-2005, s. 2, Vägledning 2001:10, Version 1, s. 66.

<sup>256</sup> Vägledning 2001:10, Version 1, s. 66.

<sup>257</sup> Vägledning 2001:10, Version 1 s. 67, Försäkringskassan, Rättsligt ställningstagande 2005-12-16 Dnr 133099-2005, s. 1.

<sup>258</sup> Försäkringskassan, Rättsligt ställningstagande 2005-12-16 Dnr 133099-2005, s. 1.

<sup>259</sup> 6 § lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

<sup>260</sup> Vägledning 2001:10, Version 1., s. 66-67.

<sup>261</sup> Se t.ex. Kammarrättens i Göteborg dom 2001-09-07 i mål nr 4564-1998. Kammarrättens i Göteborg dom 2004-04-26 i mål nr 7532-03. Kammarrättens i Jönköping dom 2004-04-01, mål nr 3178-99 där man kan tydligt spåra hur praxis ändrats genom Regeringsrättens domar.

### 6.5.1 Vårdmetod

*Kammarrättens i Sundsvall dom 2006-12-14 i mål nr 1019-05*

Frågan gällde om en patient med stöd av artikel 49 och 50 EG-fördraget var berättigad till ersättning för sjukvård i Tyskland med anledning av en whiplashskada. Patienten genomgick en särskild undersökning som benämns funktionell magnetresonanstomografi eller fMRT utförd av Dr Volle i Tyskland. Med ledning av Volles undersökningsmetod utförde Montazem en steloperation i nacken benämnd kraniocervical fusion. Försäkringskassan anförde bl. a att metoden inte användes vid svenska sjukhus och av inhemska specialister ansågs som experimentell. Metoden var inte heller vetenskapligt accepterad i Tyskland och ersattes inte av den tyska sjukförsäkringen. Kammarrätten fann att de i målet aktuella behandlingsmetoderna för undersökning och skada framstod som experimentella och inte överensstämde med *vetenskap och beprövad erfarenhet*. Därför var vården inte av sådant slag som skulle ha omfattats av det svenska sjukförsäkringssystemet. Ersättning beviljades således inte.

*Kammarrättens i Jönköping dom 2006-04-06 nr 4282-05*

En patient nekades ersättning för en undersökning med funktionell magnetresonanstomografi i Tyskland utförd av Dr Volle. Kammarrätten fann att patienten inte var berättigad till ersättning eftersom metoden beskrevs av vissa nationella sakkunniga som experimentell och inte ersattes av tysk sjukförsäkring samt metoden inte var allmänt vetenskapligt accepterat i Tyskland.

*Kammarrättens i Jönköping dom 2006-03-08, mål 360-04*

En patient genomgick en rad undersökningar och leverbiopsibehandlingar i Tyskland och nekades sedan ersättning av Försäkringskassan. Kammarrätten gjorde bedömningen att sådan vård huvudsakligen inte skulle ha bekostas genom det allmännas försorg. Överklagandet avslogs av kammarrätten trots att behandlingen tillhandahölls i Sverige. Behandlande läkare i Sverige ansåg att en leverbiopsi inte varit medicinskt motiverad för den försäkrade. Kammarrätten bedömde att det därför det inte var fråga om sådan vård som skulle bekostas av det allmänna.

*Kammarrättens i Jönköping dom 2006-05-02 i mål nr 2992-05*

Domen gällde två barn som hade påbörjad tandreglering medan de bodde i Tyskland. När de kom till Sverige bedömdes deras tandregleringsbehov som måttligt och reglering ansågs inte nödvändig för dem. Familjen var tvungen att avsluta behandlingen i Tyskland och begärde ersättning i efterhand. Kammarrätten ansåg att det inte stod klart att barnens tandreglering skulle ha bekostas av det allmänna om behandlingen utförs i Sverige. Den fortsätta

tandregleringen för barnen ansågs som en ansökan om förhandstillstånd och avslogs eftersom det inte stod klart att det var en förmån som utges enligt den svenska lagstiftningen.

### 6.5.2 Tillämpning av tidsrekvisitet enligt artikel 22 i förordning 1408/71

*Kammarrättens i Stockholm dom 2004-03-11 i mål nr 6680-03*

En kvinnlig medlem i Jehovas vittnen behövde en levertransplantation och ville av religiösa skäl genomföra ingreppet utan blodtillförsel. Hon ansökte om förhandstillstånd för vård i Tyskland eftersom hon själv inte hade ekonomiska förutsättningar att betala 960 000 kr och begära ersättning i efterhand. Kammarrätten ansåg emellertid att kvinnan *inom samma tid* kunde få en lika effektiv vård i Sverige som i Tyskland. Förhandstillstånd beviljades därför inte för vård utomlands och överklagan avslogs.

### 6.5.3 Resekostnader och övriga kostnader

*Kammarrättens i Stockholm dom 2007-03-28 i mål nr 2762-06*

Domen gällde frågan om diverse kringkostnader för en patient som hade uppstått vid sjukhusvård i Tyskland. Kammarrätten prövade kostnader för logi och resor och fann att patienten var berättigad till ersättning för resor men inte för logi (ersättning för kost överklagades inte). Yrkandet om ersättning för logi ogillades eftersom de svenska bestämmelserna inte innehöll någon rätt till ersättning för logikostnader på hotell enligt domstolen. Kammarrätten konstaterade också att det förelåg en skillnad i rätten till ersättning för resekostnader i samband med vård i annat medlemsland jämfört med vad som gällde vid vård inom patientens landsting i Sverige. Det krävdes remiss från landstinget för att erhålla ersättning för resekostnader utanför det egna landstinget vilket tillämpades även i samband med vård utomlands. Krav på remiss som kunde jämföras med förhandstillstånd måste vara motiverade med något av undantagen i EG-fördraget vilket inte ansågs vara fallet. Skillnaderna i ersättningsvillkoren bedömdes varken nödvändiga eller proportionerliga i förhållande till något i gemenskapsrätten godkänt syfte. Begränsning av rätten till reseersättning i samband med vård i annan medlemsstat jämfört med vad som gäller enligt lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor, ansågs inte förenlig med de krav gemenskapsrätten ställer. Kammarrätten i Stockholm har alltså förklarat att resekostnader ersätts enligt artikel 49 EG-fördraget utan begränsningar i nationell rätt.<sup>262</sup> Domen har överklagats men Regeringsrätten har beslutat att inte meddela prövningstillstånd genom mål nr 3482-07.

---

<sup>262</sup> Trots utfallet i domen har samma patient återigen fått avslag för resekostnader i samband med kontrollbesök 2008 (enligt e-mail från patienten daterat 2008-11-14).

*Länsrätten i Stockholms län hade i sin dom 2006-03-16 i mål nr 26047-04 som avgjordes före ovanstående dom som utgångspunkt för ersättning att vårdförmåner måste omfattas av förordningen 1408/71 och vara hänförliga till hälso- och sjukvård vilket inte ansågs vara fallet vad avsåg ledsagarservice<sup>263</sup>. Förmånen var att hänföra till socialtjänsten enligt länsrätten. Patienten begärde ersättning i efterhand enligt fördragets regelverk artikel 49 medan länsrätten tillämpade förordning 1408/71 istället och förklarade att sådan förmån inte omfattades av förordningen. Domen överklagades inte i denna del.*

*Kammarrättens i Jönköping dom 2004-04-01 i mål nr 3771-03*

Frågan gällde om en patient som fått vård utomlands hade rätt till kompletterande ersättning för resor och kostnader för utebliven arbetsinkomst och uppehälle för medföljande samt räntekostnader. Patienten hade tidigare genom det överklagade omprövningsbeslutet beviljats en kompletterande ersättning för vårdkostnaderna men inte andra kringkostnader. Kammarrätten fann att det inte fanns något stöd i gemenskapslagstiftning att utge ersättning utöver vad patienten hade redan beviljats. Ersättning för andra kostnader än själva vården beviljades inte. *Länsrätten i Blekinge län i dom 2003-10-30 i mål nr 452* hade dock tidigare funnit att såväl sjuktransporter som resa och uppehälle för nödvändig medföljande enligt svenskt synsätt var att betrakta som vårdförmåner och beviljat ersättning.

#### 6.5.4 Akut vård

*Kammarrättens i Sundsvall dom 2007-10-10 i mål nr 473-07*

En man från Haparanda blev akut sjuk under en tillfällig vistelse i Finland och betalade finska patientavgifter där. Manen begärde kompletterande ersättning i efterhand för vårdkostnaderna enligt fördragets artiklar 49 och 50. Någon ersättning medgavs inte. Kammarrätten menade att i hans fall tillämpades förordning nr 1408/71 och därmed fanns inte förutsättningar att tillerkänna honom ytterligare kompensation med stöd av EG-fördraget. Rätten menade att EG-domstolen inte uttryckligen hade prövat frågan om kostnader för akut vård i annan medlemsstat kunde ersättas enligt EG-fördraget utöver vad som man är berättigad till enligt förordningen 1408/71.

## 6.6 Nationella preskriptionsregler

För vård som erhållits med stöd av fördraget gäller således att ersättning utges enligt svensk lagstiftning - under förutsättning att detta regelverk för ersättning inte står i strid med

---

<sup>263</sup> Regler om ledsagarservice återfinns i 9 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

grundläggande principer i EG-fördraget. Enligt 20 kap. 5 § AFL skall ersättning som inte lyfts före utgången av andra året efter det varunder beloppet förfallit till betalning vara förverkad. Denna bestämmelse är tillämplig på ersättningsanspråk som väcks hos Försäkringskassan och grundas på EG-rätt. I några kammarrättsavgöranden<sup>264</sup> har godtagits att två års preskriptionstid beräknas med utgångspunkt från den tidpunkt då den försäkrade erlade betalning till den utländska sjukvårdinrättningen. Samma princip torde gälla för övriga kostnader i samband med vården.

Före Regeringsrättens avgöranden 2004 uppfattades rättsläget i Sverige som att det inte var möjligt att begära ersättning med stöd av EG-fördraget medan detta blev känt inom EU redan 1998.<sup>265</sup> Två års preskriptionstid för sådana kostnader som uppstod mellan 1998-2004 gäller likväl trots att man har fått felaktiga besked från Försäkringskassan och låtit bli att ansöka om ersättning. Detta är i linje med EG-domstolens praxis där nationella tidsfrister i flera fall har godtagits som begränsning av rätten att erhålla retroaktiva socialförsäkringsförmåner trots att vägran att utbetala förmåner berodde på felaktigt rättstillämpning av EG-rätt på nationell nivå.<sup>266</sup>

Den enda rättsmedel som i så fall återstår efter preskriptionstidens utgång är skadeståndstalan. Om nationell lagstiftning eller förfarande för ersättning för vård utomlands anses motstridig EG-rätten kan man överväga att väcka skadeståndstalan mot staten och då är preskriptionstiden 10 år enligt 2 § preskriptionslagen (1981:130).<sup>267</sup>

## 7 Förslag till samordning i Sverige och på EG-nivå

### 7.1 Förslag om införande av förhandstillstånd i Sverige

Det kan påminnas om att EG-domstolen har accepterat att ett nationellt krav på förhandstillstånd kan vara ett motiverat undantag från fri rörlighet.<sup>268</sup> Ett krav på förhandstillstånd för planerad sjukhusvård kan, förutom kravet i förordningen 1408/71 införas enligt artikel 49 i EG-fördraget.

Det har varit en ansats till att införa ett krav på förhandstillstånd i Sverige. I början av 2006 publicerade Socialdepartementet en promemoria ”Ds 2006:41 – Rätten till ersättning för

---

<sup>264</sup> Kammarrättens i Stockholm dom 2006-12-18 i mål nr 3084, Kammarrättens i Jönköping dom 2007-03-08 i mål nr 1714-06, Kammarrättens i Sundsvall dom 2006-10-31 i mål nr 2183-05, Kammarrättens i Jönköpings dom 2006-03-21 i mål nr 1420-05.

<sup>265</sup> Edwardsson, s. 57.

<sup>266</sup> Se t.ex. om uppenbart felaktig rättstillämpning i strid mot EG-rätt som behandlats i Kammarrätten i Göteborg dom 2005-05-10, mål nr 1936-04.

<sup>267</sup> Frågan om skadeståndstalan genom allmänna domstolar behandlas inte vidare eftersom det krävs en utförlig utredning.

kostnader för vård i annat EES-land – En översyn”. Under hösten 2007 lämnade regeringen en lagrådsremiss som baserades på Ds 2006:41.<sup>269</sup> Detta utkast blev den sk. ”vilande” Prop. 2007/08:XX ”Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land”. Propositionen har alltså inte lagts fram inför riksdagen. Utkastet innehåller ett förslag att en nationell lag skall införas om rätt till ersättning med stöd av EG-fördraget med tillhörande krav på förhandstillstånd. Det föreslås också att det skall vara landstingen som skall bevilja förhandstillstånd och ingå betalningsförbindelse och bestrida vårdkostnaderna för den behandlande institutionen. Patienten skall endast behöva betala sedvanlig patientavgift. Landstingen skall även fatta beslut och ersätta övriga kostnader som uppkommer i samband med mottagen vård både enligt fördraget och förordningen. Försäkringskassan skulle dock fortsätta att administrera betalningar för vårdkostnader mellan medlemsstater enligt förordningen.<sup>270</sup> När kommissionens förslag till det nya direktivet för gränsöverskridande vård lanserades 2008 lämnades propositionen inte till riksdagen eftersom regeringen bestämde sig att avvakta de pågående förhandlingarna i EU-rådet innan förslag till hur direktivet skulle genomföras i svensk rätt skulle läggas fram.<sup>271</sup>

## 7.2 Nytt direktivförslag på EG nivå

Kommissionens förslag till *ett tjänstedirektiv* som lades fram redan 2004 innehöll en kodifiering av de domar som domstolen meddelat om vårdtjänsternas fria rörlighet. Men det ansågs att hälso- och sjukvårdstjänsternas särart inte beaktades i det förslaget.<sup>272</sup> Kommissionen utarbetade ett nytt förslag till direktiv om tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård och lade fram detta den 2 juli 2008. Syftet med direktivet är att skapa tydliga regler för gränsöverskridande hälso- och sjukvård i EU eftersom rättspraxis tolkas och tillämpas olika i olika medlemsländer.<sup>273</sup> Osäkerheten om hur ersättningsreglerna skall tillämpas gör att den fria rörligheten hindras. De som egentligen har rätt att få ersättning för vård söker den inte eftersom de har svårt att överblicka sin rättsliga ställning och efterföljande konsekvenser.<sup>274</sup> Det framgår dock inte att syftet med direktivet är att kodifiera rättsläget och det kan förmodligen förklara vissa luckor och avvikelser från EG-praxis. Samtidigt inför direktivet vissa harmoniseringsåtgärder.

---

<sup>268</sup> Se t.ex. *Kholl*, p. 41, *Decker*, p. 39, *Vanbraekel*, p. 47

<sup>269</sup> Lagrådsremiss. Ersättning för vård i annat EES-land, 2007-01-18.

<sup>270</sup> Det sägs dock ingenting vem skall betala övriga kostnader.

<sup>271</sup> E-mail från Petra Zetterberg-Ferngren, Socialdepartamentet, 2008-11-28.

<sup>272</sup> KOM (2008) 414/3.

<sup>273</sup> KOM (2008) 414/3, s. 3.

<sup>274</sup> KOM (2008) 414/3, s. 9.

För att införa förhandstillstånd måste medlemsstaterna först bevisa att det råder ett allvarligt hot mot den ekonomiska balansen i socialförsäkringssystemet och/eller att utflödet av patienter innebär ett allvarligt hot mot planeringen och de rationaliseringar som gjorts inom sjukhussektorn för att undvika överkapacitet på sjukhusen, obalans i utbudet av sjukhusvård, slöseri med ekonomiska och logistiska resurser, etc.<sup>275</sup> Det förefaller som om det föreslås mycket striktare förutsättningar för att införa förhandstillstånd än det som gäller enligt EG-praxis.<sup>276</sup> Patienterna skall själva stå för extrakostnaderna. Vad som menas med extrakostnader framgår inte av förslag till direktiv.<sup>277</sup>

Två alternativa mekanismer införs - förordningens regelverk föreslås gälla alternativt till direktivets regler om fri rörlighet.<sup>278</sup> Patienterna skall alltid ges möjlighet att välja vård enligt förordningen om villkor enligt 22.1.c och 22 är uppfyllda.<sup>279</sup> Kostnaderna för vård skall ersättas upp till den nivå som skulle ha ersätts om samma eller liknande vård hade tillhandahållits i hemlandet utan att överskrida de faktiska kostnaderna för att inte patienterna skall kunna dra någon ekonomisk fördel genom att motta vård utomlands.<sup>280</sup> Länder som saknar fastställda ersättningsnivåer skall införa mekanismer för beräkning av objektiva kostnader.

Det föreslås även att ett europeiskt nätverk för utvärdering av medicinska metoder inrättas och att recept som utfärdas i en medlemsstat erkänns i andra medlemsländer. Även nationella kontaktpunkter som skall informera patienter och hjälpa dem att hävda sina rättigheter skall upprättas. Direktivet föreslår en minimidefinition av sjukhusvård på gemenskapsnivå eftersom EU-länderna definierar denna på olika sätt. En för extensiv tolkning av sjukhusvård medför begränsning i den fria rörligheten. Det föreslås att sjukhusvård är sådan vård som kräver minst en natts övernattning på vårdinrättningen.<sup>281</sup> Även andra typer av vård kan dock tolkas in under begreppet, vård som kräver högt specialiserad medicinsk infrastruktur eller utrustning eller behandlingar som utgör en särskilt risk för patienten eller befolkningen som kommer att ingå i en särskild förteckning av kommissionen.<sup>282</sup>

---

<sup>275</sup> KOM (2008) 414/3, s. 14.

<sup>276</sup> Detta är dock en tolkningsfråga. Jag har tolkat att domstolen allmänt har ansett att krav på förhandstillstånd är motiverade eftersom de aldrig har granskat förhållandena i varje respektive land i praxisen. Samtidigt är ett krav på förhandstillstånd fortfarande ett hinder och måste varje gång motiveras och det gör EG-domstolen i varje dom.

<sup>277</sup> KOM (2008) 414/3, s. 5. En förklaring är att regler om ersättning för andra kostnader än vården som till exempel resor och uppehälle inte regleras i direktivet. Extrakostnader måste ersättas även i fortsättningen i den mån det följer av fördraget, enligt e-mail från Thomas Allvin, Socialdepartementet, den 19 februari 2009.

<sup>278</sup> Det är otydligt enligt mig vad det innebär.

<sup>279</sup> KOM (2008) 414/3, s. 26. Vad menas med villkor här oklart. Domstolen har tolkat artikel 22 och sagt att denna bestämmelse innehåller inga villkor utan "golvet" när tillstånd inte kan nekas.

<sup>280</sup> KOM (2008) 414/3, s. 4-5, 26.

<sup>281</sup> KOM (2008) 414/3, s. 15.

<sup>282</sup> KOM (2008) 414/3, s. 15.

## 8 Analys och diskussion

### 8.1 Vad innebär EG-domstolens och Regeringsrättens domar för förhållanden i Sverige

Både för *öppen vård*, inklusive tandvård, och *planerad vård* gäller som huvudregel i Sverige fri rörlighet inom EU/EES området. Ersättning för vård skall betalas av den svenska Försäkringskassan om motsvarande vård skulle ha ersatts i Sverige.

Vad gäller planerad vård kan patienter i Sverige själva fritt välja mellan de två spåren för utlandsvård, att ansöka om förhandstillstånd enligt förordningen eller åka utomlands direkt och begära ersättning från egen socialförsäkring i efterhand. För de som är försäkrade hos Försäkringskassan gäller att även om tillståndsansökan enligt artikel 22.1.c i förordningen avslås i enlighet med artikel 22.2 kan anspråk på ersättning för kostnader prövas med utgångspunkt från de grundläggande bestämmelserna i artiklarna 49 och 50 EG-fördraget. De som får avslag på ansökan om förhandstillstånd som senare visar sig ogrundat kan välja om de vill få ersättning i efterhand enligt vistelselandets regler eller svenska regler.

Man kan konstatera att det finns två huvudsakliga fördelar med att söka förhandstillstånd enligt artikel 22. För det första slipper den patient som söker tillstånd att lägga ut pengar själv utan betalar endast patientavgifter i vårdlandet. Det är ett bra alternativ för dem som inte har egna resurser att betala vårdgivaren. För det andra ersätts vårdkostnader även om vården är dyrare än i den behöriga medlemsstaten.<sup>283</sup> Nackdelen är att prövningsproceduren tar tid. Dessutom kan förhandstillstånd enligt förordning 1408/71 inte beviljas för privat vård till skillnad från ersättning i efterhand.<sup>284</sup>

Ersättning i efterhand beviljas både för offentligt finansierad som för privat vård och är fördelaktigare när ersättningsnivån är högre i Sverige. Den enskilde behöver dessutom inte vänta på någon tillståndsprövning. Detta alternativ förutsätter dock enligt dagens rättsläge att patienten först själv betalar för vården vilket ibland kan handla om stora summor för den enskilde. Vidare kan man aldrig vara säker att få lagenlig ersättning pga. de motstridiga tolkningarna inom rättstillämpningen idag. Detta alternativ kräver att den enskilde är väl införstådd med ersättningsreglerna, vad som ersätts under vilka förutsättningar, etc. Detta system gynnar endast de patienter som är väl informerade, har resurser och kan resa.

Vidare gäller att tillämpningen av artikel 22 inte utesluter att även artikel 49 i EG-fördraget kan vara tillämplig.<sup>285</sup> Om ersättningsnivån är högre i Sverige än den behandlande medlemsstaten är Försäkringskassan skyldig att utge kompletterande ersättning för

---

<sup>283</sup> Dawes, s. 173-174.

<sup>284</sup> Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag 2007-09-01 Dnr 29666:2007, s. 23.

<sup>285</sup> Watts, p. 46.



vårdkostnader till den enskilde upp till nationell nivå, utöver det som försäkringskassan är förpliktad att ersätta institutionen i annan medlemsstat enligt artikel 22. Detsamma gäller kringkostnader som ersätts enligt nationell lagstiftning som exempelvis resor.

När det gäller personer som utnyttjar sin rätt att ta emot medicinska tjänster enligt EG-fördraget kan Försäkringskassan - i motsats mot vad som gäller vid prövning enligt artikel 22<sup>286</sup> i förordning 1408/71 - inte vägra att utge ersättning på grund av att förutsättningarna i artikel 22.2 inte är uppfyllda. Patienter kan gå förbi vårdkön i Sverige och åka utomlands även om den aktuella vården kan ges enligt den gemenskapliga definitionen av ”i tid”.<sup>287</sup> Patienten betalar vården själv och har rätt till ersättning i efterhand i den omfattning som garanteras av sjukförsäkringssystemet i Sverige.<sup>288</sup> Kostnader som går utöver vad som gäller i det egna landet ersätts inte enligt artikel 49 EG-fördraget och ersättningsbeloppet kan aldrig vara högre än det en patient faktiskt erlagt för vården.

Det kan ibland uppkomma en fråga om alla kostnader enligt nationell lagstiftning skall ersättas särskilt i sådana system som i Sverige med offentligt finansierad hälso- och sjukvård där i princip alla kostnader bärs av det allmänna.<sup>289</sup> Det kan hända att oseriösa vårdgivare utomlands kan försöka utnyttja systemet och fakturera ett högre belopp än de faktiska kostnaderna. I Sverige saknas oftast prissättning för olika vårdinsatser.<sup>290</sup> Det föreslås i Sverige att ersättningskrav som förefaller direkt oskäliga skall sättas ner.<sup>291</sup> Det framgår dock inte vad som anses vara direkt oskäligt utan det lämnas till rättstillämpningen att avgöra. När det gäller vad som skall anses som ett oskäligt belopp kan svaret enligt min mening hämtas från EG-praxis. EG-domstolen har fastslagit att medlemsländerna är skyldiga att anpassa sina system till den inre marknaden och inrätta ersättningstaxor och mekanismer för beräkning av kostnader för gränsöverskridande vård.<sup>292</sup> Det innebär att det inte ska finnas utrymme för skälighetsbedömningar eftersom det ska finnas nationella jämförbara, objektiva och förhandsbestämda ersättningstaxor. Patienten skall ersättas med utgångspunkt i de faktiska kostnaderna som denne har betalat upp till objektivt fastställda kostnader med avdrag för svenska vårdavgifter. De faktiska kostnaderna som förefaller oskäliga ska alltså alltid kunna jämföras med de objektivt fastställda kostnaderna.

---

<sup>286</sup> Ansökan om förhandstillstånd kan avslås om effektiv vård kan ges i tid i Sverige. I förslaget om införandet av förhandstillstånd i Sverige anses att väntetider längre än den gräns som gäller för vårdgarantin inte kan betraktas som normala, se Utkast till Regeringens proposition 2007/08:XX, s. 28.

<sup>287</sup> Se RÅ ref. 41 och RÅ 2004 not. 13.

<sup>288</sup> Se t. ex. *Müller-Fauré och van Riet*, p. 106.

<sup>289</sup> Ds 2006:41, s. 35, Lagrådsremiss, s. 32.

<sup>290</sup> Lagrådsremiss, s. 32.

<sup>291</sup> Ds 2006:41, 35-36. Enligt den numera ”vilande” propositionen 2007/08:XX medges ersättning med ett belopp som motsvarar patientens faktiska utgifter om inte beloppet uppenbart är oskäligt.

<sup>292</sup> Se t.ex. Förslag till avgörande i *Watts* av generaladvokat Geelhoed, p. 117. Det krävs att sådana mekanismer skall vara baserade på objektiva och icke diskriminerande kriterier som är kända på förhand

## 8.2 Tillämpning av ersättningsreglerna i Sverige

De patienter som inte har råd att betala vården själv först och riskera att inte få ersättning är tvungna att söka förhandstillstånd vilket i dagens läge är ett svårtillgängligt alternativ. För att få förhandstillstånd kräver Försäkringskassan att särskilda villkor skall vara uppfyllda enligt artikel 22.2 medan inga sådana krav ställs för att få ersättning i efterhand. EG praxis medger att man kan fullständigt ignorera förutsättningarna i 22.2 genom att välja att meddela tillstånd utan att dessa är uppfyllda eller t.o.m. fastställa kriterier som gynnar rörligheten.<sup>293</sup> Länderna får inte införa ytterligare villkor för att neka tillstånd. I Sverige gäller en motstridig lösning, samtidigt som det inte finns något krav på förhandstillstånd i nationell lagstiftning väljer Försäkringskassan att tillämpa de striktaste förutsättningar enligt 22.2 för att bevilja förhandstillstånd genom att kräva att patienten ”måste vara i den situationen” att denne inte kan få vård i Sverige i tid. Det kan ifrågasättas om sådan restriktiv tillämpning av artikel 22.2 inte strider mot EG-rätten. Denna restriktiva hållning att utfärda tillstånd avspeglas i Försäkringskassans statistik. Avslagsfrekvensen är procentuellt mycket högre för förhandstillståndsansökningar jämfört med ansökningar om ersättning i efterhand. Sådan tillämpning är förmodligen genomgående i hela EU. Generaladvokaten Colomer har beklagat att medlemsländerna har tillämpat bestämmelserna i 22.2 och 22.1.c så restriktivt och att de har beviljat så få tillstånd.<sup>294</sup> Han menar att tillståndet skulle kunna vara ett ovärderligt redskap under deras kontroll för att förkorta de långa väntetider som råder i många medlemsstater.

De patienter som väl lyckas få förhandstillstånd medges inte ersättning för kringkostnader i samband med vården eller kompletterande ersättningar enligt Försäkringskassans rättstillämpning, endast vårdkostnaderna i motsats vad som följer av artikel 49 EG-fördraget och EG-domstolens praxis. Försäkringskassan tillämpar endast ett regelverk per vårdtillfälle antingen reglerna i förordningen eller artikel 49 i EG-fördraget. Fördragets verkan inskränks antingen genom sekundärlagstiftning eller att inte medge ersättning för kringkostnader som medges i Sverige enligt nationell lagstiftning. Dessutom leder denna tillämpning till olika resultat vad man får ersättning för beroende på vad man väljer, dvs. vård enligt 22 eller 49. En parallell tillämpning av förordningen och fördraget är förvisso inte samordnat genom nationell lagstiftning men Försäkringskassan följer inte EG-praxis enligt de vägledningar, dokument och beslut som finns att tillgå. Frågan är hur långt lojalitetsplikten mot artikel 10 i EG-fördraget sträcker sig. Artikelns innebär att även statliga myndigheter måste rätta sig efter EG-domstolens förhandsavgöranden annars kan en

<sup>293</sup> Artikelns stadgar endast minimigaranti för tillgång till sjukvården i annat land.

<sup>294</sup> Förslag till avgörande i *Smits och Peerbooms* av generaladvokat Colomer, p. 79

medlemsstat bli skadeståndsskyldig.

Den vanligaste motiveringen till avslag avseende förhandstillstånd i Sverige är att vården ges inom normal väntetid för den sökandes sjukdom. Man kan utgå utifrån EG-praxis att tolkningen vad som anses vård i tid skall ske med utgångspunkt i patientens hälsobehov, inte vårdgivarens. Rör det sig om en situation, där redan ett kort dröjsmål kan vara livsavgörande, är med all sannolikhet även en helt kort väntetid att betrakta som oacceptabel. Rör det sig å andra sidan om ett ingrepp som utan större nackdel kan avvakta en tid är den tillåtna tidsrymden givetvis längre. Från den knapphändiga praxisen eller Försäkringskassans beslut framgår det knappast att det förs något resonemang kring patientens individuella hälsotillstånd.

Paradoxala situationer kan uppstå på grund av felaktig rättstillämpning. Nationella regler för reseersättning lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor och Riksavtalet för utomlänsvård tillämpas så att ersättning utgår om patient ansöker om remiss från landstinget. De som väljer på eget initiativ att vårdas utanför det egna landstinget har inte rätt till sådan ersättning. Detta har i Sverige tillämpats analogt och ersättningen nekats för resor för de som begär ersättning i efterhand med stöd av EG-fördraget. Om man skulle tillämpa denna reglering analogt i de situationer där den enskilde beviljas förhandstillstånd av Försäkringskassan enligt artikel 22 borde detta medföra att dessa patienter utan begränsningar skulle vara berättigade till kompletterande ersättning för resor på samma sätt som det regleras enligt nationell lagstiftning. Detta tycks inte vara fallet eftersom Försäkringskassan endast tillämpar ett regelverk per vårdtillfälle varvid resor inte ersätts enligt förordningen. Sådan tillämpning av nationella regler utgör ett otillåtet hinder mot den fria rörligheten.

Fri rörlighet för tjänster innebär att alla nationella regler och dess tillämpning kan ställas under prövning huruvida de utgör inskränkningar. Det svenska uttrycket som återfinns i 3 a § HSL "vetenskap och beprövat erfarenhet" har brukats när ansökningar om ersättning för gränsöverskridande vård prövats. Enligt EG-domstolen hör det till medlemsländernas kompetenser att lagstifta om villkor för förmåner men sådana bestämmelser kan inte tillämpas på ett diskriminerande sätt som att endast ta hänsyn till de vetenskapliga uppfattningarna inom det egna landet. I svensk tillämpning har i motsats till EG-domstolens avgöranden endast de nationella experternas uppfattningar räknats.<sup>295</sup> En sådan tillämpning strider mot objektivitetskraven och försvårar den fria rörligheten. Enligt EG-domstolen är däremot enbart en tolkning utifrån vad som är beprövat och erkänt av internationella medicinska vetenskapen giltig.

Man kan konstatera att EG-domstolen ändå har tillfört en ny dimension vad avser

---

<sup>295</sup> Se t.ex. Kammarrättens i Sundsvall dom 2006-12-14, mål nr 1019-05.

behandlinger eller metoder som måste bedömas med utgångspunkt från internationella standarder. Numera skall även de innovativa och bästa metoderna kunna nyttjas av de europeiska patienterna oberoende var de uppstår i EU.<sup>296</sup> Detta framgår även av Regeringsrättens praxis då en metod som inte fanns att tillgå i Sverige ersattes av den svenska socialförsäkringen. Det är klart att det alltid blir en bedömningsfråga vilken metod som skall anses vara ersättningsberättigad om den varit för handen i den behöriga medlemsstaten. Numera är detta Försäkringskassans och domstolarnas sak att bedöma. I framtiden föreslås det i det nya direktivförslaget att ett europeiskt nätverk för utvärdering av medicinska metoder inrättas. För närvarande förekommer stora variationer och ofta dubbelarbete i samband av utvärdering av vilka metoder som används och innovationer som införs. Detta hindrar den fria rörligheten och det behövs att EU fastställer gemensamma kriterier.

Vad avser läkemedel bör här uppmärksammas att läkemedel ofta är en betydande del av den gränsöverskridande vården och kostnaderna kan lätt skjuta i höjden vid mer komplicerade behandlingar. Sverige har väldigt restriktiv lagstiftning både när det gäller inköp och ersättning, t.ex. att endast inköpta läkemedel på Apoteket AB ersätts eller att ett recept måste vara försedd med arbetsplatskod. Denna reglering utgör så klart hinder för den fria rörligheten. Det finns även stora variationer inom EU i fråga om i vilken utsträckning recept som utfärdas i annat land godkänns i hemlandet och detta anses utgöra ett praktiskt hinder för den gränsöverskridande vården i det nya direktivförslaget. Detta måste åtgärdas på gemenskapens nivå så att läkemedel som förskrivs i en medlemsstat skall kunna lämnas ut i en annan medlemsstat förutsatt att receptets äkthet och innehåll tydligt framgår.<sup>297</sup>

Som det har redan redovisats finns det fler diskrepanser i fråga hur de nationella myndigheterna och domstolarna hanterar ersättningsfrågor för kringkostnader som hjälpmedel, ledsagarservice, kost och logi, osv. Man kan konstatera att även om inget krav på förhandstillstånd finns i Sverige tillämpas andra nationella bestämmelser i regel på så sätt att det blir svårare för patienter att utnyttja vården utomlands jämfört med förhållandena hemma. Några undantag från den fria rörligheten har Sverige inte medgivit. Försäkringskassans tillämpning stämmer inte alla gånger vad som följer av EG-fördraget och EG-domstolens praxis. Försäkringskassans dokument, vägledningar ger ofta felaktiga besked. Genomgången av praxis visar att det saknas enhetlighet i rättstillämpningen och man ser understundom uppseendeväckande tolkningar av EG-rätten. Ett exempel är LR i Stockholm dom som motiverade avslag på krav om ersättning med fördraget som grund med att i detta fall var det förordningen som tillämpades. Ett domskäl som går stick i stäv med EG-domstolens praxis. Vissa förvaltningsdomstolar har följt EG-praxis i ganska stor utsträckning och dömt i enlighet

---

<sup>296</sup> Se Hervey, s. 283.

därmed med dessa domar verkar inte ha fått något större genomslagskraft i rättstillämpningen. Detta leder förstås till dålig rättsäkerhet för patienterna.

Det framstår som att lagstiftningsåtgärder är nödvändiga för att anpassa lagar på nationell nivå och samordna ersättning för vårdförmåner enligt fördraget och förordningen. Det har varit en lagstiftningsansats från svensk sida att införa krav på förhandstillstånd och anpassa nationell lagstiftning. En positiv ändring har föreslagits att landstinget skulle ingå betalningsförbindelse med ett utländskt sjukhus så att patienten inte behövde ligga ute med pengarna. Bristerna med förslaget är att det inte framgår hur reglerna i fördraget och förordningen kommer att samordnas. Det framgår inte heller av förslaget vilket förfarande angående vården som ges företräde – förordningens eller fördragets. Försäkringskassan kommer att fortsätta att utfärda förhandstillstånd enligt förordningen men det är landstinget som skall ersätta kostnader enligt fördraget således är det inte klart vem skall ersätta andra kringkostnader för patienter som skall beviljas tillstånd enligt förordningen. Förslaget har dock lagts på is tills vidare. Fem år har redan passerat efter RegR domar men ingenting har hänt på nationell nivå. Det är inte helt uteslutet att skadeståndskrav mot staten för felaktig rättstillämpning kommer att dyka upp så småningom. Med tanke på den grupp som berörs är kanske risken inte så stor då benägenhet att processa tycks vara liten.

Man kan inte utesluta att införande av förhandstillståndssystem på nationell nivå kommer att kräva betydande kostnader för att upprätthålla administrationen i förhållande till den lilla promillen som åker utomlands. Det kan vara billigare att tillåta patienter att söka vård utomlands utan hinder och ha ett regelverk som fungerar för dessa ersättningskrav. Redan nu börjar nya förslag att behålla oinskränkt fri rörlighet för medicinska tjänster komma upp. Söndagen den 8 februari 2009 kunde man läsa en DN artikel<sup>298</sup> att Centerpartiet ville införa fri vård utomlands. Centerpartiet vill låta människor som inte kan få vård i tid hemma söka sig till ett sjukhus i annat europeiskt land. När man planerar en operation tillsammans med sin läkare ska man titta inte bara i det egna länet utan också i andra EU-länder. Egentligen behöver man inte införa någonting utan det gäller att börja tillämpa vad som redan gäller idag enligt EG-praxis, anpassa svenska lagar och informera patienter. Positivt är förstås att den politiska viljan att acceptera fri rörlighet för medicinska tjänster börjar uttryckas.

När det gäller patientinformation om de nya vårdmöjligheterna är den idag nästan obefintlig. Om man läser till exempel informationsblad från hemmalandstinget ”Rätt i vården” är information om möjligheter till vård utomlands obefintlig.<sup>299</sup> Det är klart att landstinget inte har någon skyldighet att informera utan det är Försäkringskassan som bär ansvaret. I det

---

<sup>297</sup> Se KOM (2008) 414/3, s. 18.

<sup>298</sup> C vill ha fritt vårdval i Europa, Dagens Nyheter, Söndag 8 februari 2009.

<sup>299</sup> Rätt i vården: Bra att veta om hälso- och sjukvård i Västerbottens län 2009, Västerbottens läns landsting.

nya direktivförslaget har detta problem om informationsbristen uppmärksammas. Direktivets förslag innehåller till och med ett krav på att informera patienter och göra informationen lättillgänglig. Enligt förslaget skall medlemsländerna upprätta nationella kontaktpunkter som kan informera patienter och hjälpa dem att hävda sina rättigheter.<sup>300</sup> I nuläget saknas det uppenbarligen information till patienterna och förhoppningen är att denna uppsats kommer att bidra till att sprida informationen vidare.

Sammanfattningsvis kan man säga att när det gäller svenska patienters rättigheter måste man varje gång gå tillbaka till EG-praxis och RegR:s domar. Enligt min mening finns det många diskrepanser hur EG-rätten tillämpas de facto på nationell nivå. I avsaknad av samordningsåtgärder både på EU-nivå och nationell nivå måste de patienter som beger sig utomlands bekanta sig med det regelverk som finns och vara beredda att hävda sin rätt för att få ersättning för sina kostnader.

### 8.3 Utvecklingen inom EU

EG-domarna inom hälso- och sjukvårdsområdet var inte på något sätt revolutionerande eftersom de följde tidigare praxis på tjänsteområdet.<sup>301</sup> Domstolen har slagit fast att det inte finns något givet undantag för välfärdstjänster. EG-domstolen har genom att introducera ett alternativ till fri rörlighet för medicinska tjänster utöver förordningen betydligt inskränkt medlemsländernas möjligheter att genom att neka tillstånd utöva kontroll över vårdvalen. Artikel 22 i förordningen är ett uttryck för territorialitetsprincipen som kan ses av medlemsländerna som verktyg att upprätthålla den sociala solidariteten. Motståndet mot EG-praxis fortsätter att vara starkt, tillämpningen av den är ganska oenhetlig i de olika medlemsländerna vilket leder till en försämrad rättsäkerhet för patienterna.

EG-domstolen har ofta anklagats för att inte lyssna på medlemsländernas motargument.<sup>302</sup> EG-domstolen har dock aldrig använt reglerna för den inre marknaden som ett verktyg för att radera medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem. EU:s institutioner har aldrig använt avreglering som integrationsstrategi. Målet är ju inte att liberalisera vårdmarknaden, det ligger i europeiska länders traditioner att säkerställa att vård ges på lika villkor, enligt behov och inte enligt betalningsförmåga. Neoliberal traditioner som bl. a. finns i USA, där marknadens krafter bestämmer är främmande för européer. EG-domstolen som representerar ländernas bästa rättstraditioner har en vision om en ”social marknad” inkluderande social rättvisa. Det är den europeiska sociala modellen som EG-domstolen ser

---

<sup>300</sup> KOM (2008) 414/3, s. 17.

<sup>301</sup> Se t.ex. Fuchs, s. 541.

<sup>302</sup> Se t.ex. Edwardsson, s. 15.

framför sig.<sup>303</sup>

Medlemsländerna kan inte avskärma hälso- och sjukvårdssektorn genom olika hinder om de inte kan tillfredställa patienternas behov inom det egna territoriet. EG-domstolen har tagit hänsyn till medlemsländernas behov av att planera för att säkerställa kvalitén genom möjligheten att införa system med förhandstillstånd. Det som ställs under prövning sedan är just hur dessa förhandssystem är utformade, om de krav som ställs är rimliga, om man kan vidta mindre ingripande åtgärder, etc. Domstolens praxis fokuserar mer på rättfärdigande av undantag och tvingande hänsyn i stället för att utreda vilka verksamheter som sorterar under artikel 49. Man kan dock inte neka till att domstolen har infört en viss kontroll över nationella system, som till exempel behandling i tid, internationella standarder, osv. Detta kan ses som ett försök att upprätta den europeiska standarden och ett samordningssystem mellan medlemsländerna.<sup>304</sup>

Genom EG-domstolens praxis har patienter tillerkänts en formell rättighet att söka vård utomlands och få ersättning från sin socialförsäkring. Orsaker varför man söker vård kan variera: att få snabbare behandling (*Watts*), att få behandling som inte finns tillgänglig hemma (*Smits och Peerbooms*), att få behandling som är av bättre kvalitet (*Müller Fauér och van Riet*) eller helt enkelt att få behandling som är närmare hem. Patienternas rättigheter har utvidgats, de har ett alternativ till om vården är dålig eller svårtillgänglig hemma.

I och med tillämpningen av artikel 49 EG-fördraget på medicinska tjänster har betydelsen av förordningens artikel 22 minskat avsevärt jämfört med det tidigare rättsläget att detta skulle vara den enda möjligheten. Om man tillämpade reglerna om fri rörlighet på korrekt sätt så kunde även alternativet enligt 22 vara eftertraktat eftersom man kan få ersättning enligt ett annat lands regler.

Tillämpning av artikel 22 kan inte inskränka fördragets regler. EG-domstolen har förklarat att syftet med artikel 22 är för att underlätta den fria rörligheten och inte hindra eller begränsa verkan av artikel 49 EG-fördraget. En möjlighet är att begränsa den fria rörligheten genom rättfärdigade nationella hinder. I alla andra fall måste man tillämpa artikel 49 i EG-fördraget fullt ut.

Vad som har åstadkommit genom praxis är en kumulativ tillämpning av båda bestämmelserna. Den försäkrade kan kräva ersättning med stöd av bägge bestämmelserna för olika kostnader. Det problematiska är att detta i praktiken kan innebära större administrationskostnader för att fastställa olika kostnader för olika behandlingar. EG-domstolen har dock aldrig accepterat sådana nationella argument för inskränkningar i den fria rörligheten som är motiverade med en ökad administrationsbörda.

---

<sup>303</sup> Hervey, s. 269.

Det har argumenterats att meningen har varit att bara ett lands lagstiftning skulle tillämpas. EG-domstolens tidigare praxis underströk betydelsen av att endast applicera ett lands lagstiftning för att underlätta samordning mellan olika sociala system. I och med senare praxis måste man fastställa en objektiv kostnad för en motsvarande behandling i den behöriga staten vilket involverar ytterligare en administrationsbörda. Det gäller även kringkostnader i den mån dessa ersätts i hemlandet.<sup>305</sup>

Två rättsliga grunder för vård utomlands har så klart skapat rättsosäkerhet. Denna situation kräver samordning på EG-nivå och åtgärder från lagstiftarnas sida. Det har kommit diverse förslag hur denna dualistiska situation skulle kunna lösas. Ett av förslagen är väldigt radikalt, man kan slopa ett av alternativen.<sup>306</sup> För det första slopa förhandstillstånd enligt artikel 22.1.c och ändra regleringen på så sätt att vård ersätts enligt hemlandets lagstiftning. Den andra alternativ skulle kunna vara att slopa den fria rörligheten för tjänster genom att införa ett förbud i EG-fördraget att applicera reglerna om fri rörlighet på socialskyddsområdet. Detta framstår dock som minst realistiskt. Det första alternativet är kanske mest logiskt men inte heller realistiskt eftersom ändring i en förordning kräver enhällighet i EU-rådet enligt artikel 42 EG-fördraget. Det tredje alternativet som diskuteras nu är ett direktivförslag. Förslaget har en ambition att skapa tydligare rättsläge på området men innehåller samtidigt avviker från EG-praxis och är otydligt i vissa stycken. Direktivet verkar exempelvis endast samordna vårdkostnader enligt förordningen och fördraget medan ”extrakostnader” inte ersätts. För patienternas rätt till ersättning innebär det dock ingen ändring vad avser reglerna för fri rörlighet eftersom de inte kan inskränkas genom gemenskapens sekundärlagstiftning. Extrakostnader måste ersättas även i fortsättningen i den mån det följer av fördraget eller inte.

Direktivets bestämmelser borde vara så nära EG-praxisen som möjligt och tydliggöra tillämpningen men det finns förmodligen ett visst motstånd bland vissa medlemsländer att kodifiera praxisen. Kommissionen har varnat att medlemsländerna måste komma överens någon gång och vidta lagstiftningsåtgärder på området annars kan den föra ärendena vidare till EG-domstolen för fördragsbrott enligt artikel 226 EG. Om ingenting händer ganska snart kommer EG-domstolen att fortsätta att utveckla sin praxis i ännu större utsträckning.

---

<sup>304</sup> Hervey & McHale, s. 157.

<sup>305</sup> Cousins, s. 192.

<sup>306</sup> Palm, et al, s. 18.



## 9. Käll- och litteraturförteckning

### 9.1 Författningar

#### Europeiska Unionen

- Konsoliderad version av fördraget om upprättandet av Europeiska Gemenskapen, EGT C 325 24.12.2002, s. 33.
- Rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, EGT L 149 5.7.1971 s. 2, Svensk specialutgåva Område 5 Volym 1 s. 57; konsoliderad utgåva EGT L 27, 20.1.1997 (senast ändrat genom förordning 1386/2001 (EG) av den 5 juni 2001).
- Rådets förordning (EEG) nr 574/72 av den 21 mars 1972 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.
- Europaparlamentets och Rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, EGT L 166, 30.4.2004, s. 1.

#### Sverige

- Lag (1944:133) om kastrering
- Lag (1962:381) om allmän försäkring [cit. AFL]
- Gränssjukvårdsförordning (1962:390)
- Lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) [cit. HSL]
- Tandvårdslagen (1985:125)
- Lag (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Lag (1993:389) om assistansersättning
- Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.
- Lag (2006:351) om genetisk integritet m.m.
- Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

- Förordning (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m.
- Förordning (1988:380) om bilstöd till personer med funktionshinder
- Förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från sjukförsäkringen enligt AFL

## 9.2 Offentligt tryck

### Europeiska Unionen

- Administrativa kommissionens beslut nr 175 av den 23 juni 1999 om tolkning av begreppet vårdförmåner vid sjukdom och moderskap enligt artikel 19.1 och 19.2, artikel 22, artikel 22a och 22b, artikel 25.1, 25.3 och 25.4, artikel 26, artikel 28.1, artikel 28a, artikel 29, artikel 31, artikel 34a, artikel 34b i rådets förordning (EEG) nr 1408/71 och om framställande av återbetalningsbelopp enligt artiklarna 93, 94 och 95 i rådets förordning (EEG) nr 574/72 samt om betalning av förskott enligt artikel 102.4 i samma förordning, EGT L 47/32, 19.2.2000.
- Administrativa kommissionens resolution av den 27 juni 2002 om införande av rådets förordning (EG) nr 1399/1999, Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 1386/2001 och kommissionens förordningar (EG) nr 89/2001 och (EG) nr 410/2002 i bilaga II till avtalet mellan Europeiska gemenskapen och dess medlemsstater, å ena sidan, och Schweiziska edsförbundet, å andra sidan, om fri rörlighet för personer, EGT C 160/2, 4.7.2002.
- Förslag till Europaparlamentets och Rådets direktiv om tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (framlagd av kommissionen), KOM (2008) 414/3 slutlig.

### Sverige

- Proposition 1994/95:88. Ersättning från sjukförsäkringen för vissa vårdförmåner till landsting och kommuner i internationella förhållanden m.m.
- Proposition 2001/02:63. De nya läkemedelsförmånerna.
- SOU 1993:115. Social trygghet och EES.
- Ds 2006:41. Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land – En översyn.

## Annat opublicerat material

- Landstingsförbundet, Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, med giltighet fr. o. m. den 1 mars 2004, [http://brs.skl.se/brsbibl/kata\\_documents/doc34866\\_1.pdf](http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc34866_1.pdf)
- Lagrådsremiss. Ersättning för vård i annat EES-land, 2007-01-18, <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/75477>
- Regeringens proposition 2007/08:XX. Ersättning för kostnader för vård i annat
- EES-land, Socialdepartementet.
- Faktapromemoria från Socialdepartementet 2007/08 FPM 134, [http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=251&dok\\_id=GV06FPM134](http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=251&dok_id=GV06FPM134)

## Försäkringskassans dokument

- Försäkringskassan, Vägledning 2001:10 Version 1, ”Vårdförmåner i internationella förhållanden”, <http://www.forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/vgl0110.pdf>
- Försäkringskassan, Rättsligt ställningstagande 2005-05-17, Dnr 82301-2005, <http://www.forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/fkrs0505.pdf>
- Försäkringskassan, Rättslig ställningstagande 2005-12-16, Dnr 133099-2005, <http://www.forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/fkrs0511.pdf>
- Försäkringskassan, EU-domar, Anser 2007:1, Processjuridiska avdelningen, Edita, 2007, <http://www.forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/ans0701.pdf>
- Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag 2007-09-01, Dnr 29666:2007, [http://www.fk.se/omfk/styrning/regeringsuppdrag/2007/halso\\_sjukvard\\_07/dokument/rupp29666\\_07/rupp29666\\_07\\_rapp.pdf](http://www.fk.se/omfk/styrning/regeringsuppdrag/2007/halso_sjukvard_07/dokument/rupp29666_07/rupp29666_07_rapp.pdf)
- Försäkringskassan, Remissyttrande 2008-08-15, Dnr 37360-2008, [http://www.forsakringskassan.se/omfk/analys/remisser/remiss2008/dokument/rem37360\\_08.pdf](http://www.forsakringskassan.se/omfk/analys/remisser/remiss2008/dokument/rem37360_08.pdf)
- Försäkringskassan, Sjukvård i internationella förhållanden – försäkringsanalys, 2008-09-05, [www.fk.se/omfk/analys/vardersattningar/sjukvard\\_internat/](http://www.fk.se/omfk/analys/vardersattningar/sjukvard_internat/)
- Försäkringskassan, Faktablad uppdaterad 2008-12-04, [http://www.forsakringskassan.se/pdf-broschyr/faktablad/sjukvard\\_eu.pdf](http://www.forsakringskassan.se/pdf-broschyr/faktablad/sjukvard_eu.pdf)

## 9.3 Praxis

### EG-domstolen

- Domstolens dom av den 31 januari 1984 i de förenade målen 286/82 och 26/83, *Luisi och Carbone mot Ministero del Tesoro*, REG 1984 s. 377, Svensk specialutgåva vol. VII s. 473 [cit. *Luisi och Carbone*]
- Domstolens dom den 7 februari 1984 i mål C-238/82, *Duphar BV m.fl. mot Nederländska staten*, ECR 1984 s. 505 [cit. *Duphar*]
- Domstolens dom (sjätte avdelningen) den 25 juli 1991 i mål C-76/90, *Manfred Säger mot Dennemeyer & Co. Ltd.*, REG 1991, s. I-4221 [cit. *Säger*]
- Domstolens dom av den 4 oktober 1991 i mål C-159/90, *The society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd mot Stephen Grogan*, REG 1991 s. I-4685 [cit. *Grogan*]
- Domstolens dom den 30 november 1995 i mål C-55/94, *Reinhard Gebhard mot dell'Ordine degli Avvocati e Procuratori di Milano*, REG 1995 s. I-4186 [cit. *Gebhard*]
- Domstolens dom den 28 april 1998 i mål C-120/95 *Nicolas Decker mot Caisse de maladie des employés privés*, REG 1998 s. I-1831 [cit. *Decker*]
- Domstolens dom den 28 april 1998 i mål C-158/96 *Raymond Kohll mot Union des caisses de maladie*, REG 1998 s. I-1931 [cit. *Kohll*]
- Domstolens dom den 12 juli 2001 i mål C-368/98 *Abdon Vanbraekel m.fl. mot Alliance nationale des mutualités chrétiennes*, REG 2001 s. I-5363 [cit. *Vanbraekel*]
- Domstolens dom den 12 juli 2001 i mål C-157/99 *B.S.M Smits, gift Geraets mot Stichting Ziekenfonds VGZ och H.T.M. Peerbooms mot Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, REG 2001 s. I-5473 [cit. *Smits och Peerbooms*]
- Domstolens dom den 13 maj 2003 i mål C-385/99 *V.G. Müller-Fauré mot Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA och E.E.M. van Riet mot Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen*, REG 2003 s. I-4509 [cit. *Müller-Fauré*]
- Domstolens dom den 23 oktober 2003 i mål C-56/01 *Patricia Inizan mot Byrån för harmonisering inom den inre marknaden (varumärken, mönster och modeller)*, REG 2003, s. I-12403 [cit. *Inizan*]
- Domstolens dom den 18 mars 2004 i mål C-8/02 *Ludwig Leichtle mot Bundesanstalt für Arbeit*, REG 2004, s. I-2641 [cit. *Leichtle*]

- Domstolens dom den 14 oktober 2004 i mål C-193/03 *Betriebskrankenkasse der Robert Bosch GmbH mot Bundesrepublik Deutschland*, REG 2004, s. I-9911 [cit. *Bosch*]
- Domstolens dom den 12 april 2005 i mål C-145/03 *Arvingarna till Annette Keller mot Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) och Instituto Nacional de Gestion Sanitaria (Ingesa)*, REG 2005, s. I-2529 [cit. *Keller*]
- Domstolens dom den 16 maj 2006 i mål C-372/04 *The Queen, på begäran av Watts mot Bedford Primary Care Trust och Secretary of State for Health*, REG 2006 s. 4325 [cit. *Watts*]
- Domstolens dom den 15 juni 2006 i mål C-466/04 *Manuel Acereda Herrera mot Servicio Cantabro de Salud*, REG 2006 s. I-5341 [cit. *Herrera*]
- Domstolens dom den 19 april 2007 i mål C-444/05 *Aikaterini Stamatelaki mot NPDD Organismos Asfaliseos Athinon*, REG 2007 s. I-03185 [cit. *Stamatelaki*]

## Regeringsrätten

- RÅ 2004 ref. 41 I och II
- RÅ 2004 not. 13
- RÅ beslut 2008-03-31, mål nr 3482-07

## Kammarrätterna

- Kammarrättens i Jönköping dom 2007-03-08, mål nr 1714-06
- Kammarrättens i Sundsvall dom 2007-10-01, mål nr 473-07
- Kammarrättens i Stockholm dom 2007-03-28, mål nr 2762-06
- Kammarrättens i Jönköping dom 2006-03-21, mål 1420-05
- Kammarrättens i Jönköping dom 2006-03-08, mål 360-04
- Kammarrättens i Jönköping dom 2006-04-06, mål nr 4282-05
- Kammarrättens i Jönköping dom 2006-05-02, mål nr 2992-05
- Kammarrättens i Sundsvall dom 2006-10-31, mål nr 2183-05
- Kammarrättens i Stockholm dom 2006-12-18, mål nr 3084-06
- Kammarrättens i Sundsvall dom 2006-12-14, mål nr 1019-05
- Kammarrättens i Göteborg dom 2005-05-10, mål nr 1936-04
- Kammarrättens i Jönköping dom 2004-04-01, mål nr 3178-99
- Kammarrättens i Jönköping dom 2004-04-01, mål nr 3771-03

- Kammarrättens i Stockholm dom 2004-03-11, mål nr 6680-03
- Kammarrättens i Göteborg dom 2004-04-26, mål nr 7532-03
- Kammarrättens i Göteborg dom 2001-09-07, mål nr 4564-1998

## Länsrätterna

- Länsrätten i Blekinge län, dom 2004-04-01, mål nr 452
- Länsrätten i Stockholms län, dom 2006-03-16, mål nr 26047-04

## 9.4 Doktrin

### Monografier

- Barnard, C., *The substantive law of the EU: The Four Freedoms*, 2:nd ed. Oxford University Press 2004
- Berg, E., Wellander, J., *Fri rörlighet och social trygghet: Förordningen (EEG) nr 1408/71 och den svenska socialförsäkringen i tillämpning*, Juristförlaget i Lund 2003
- Bernitz, U., Kjellgren, A., *Europarättens grunder*, Andra upplagan, Norstedts Juridik 2002
- Björkman, T., *Socialförsäkring*, 14:e uppl. Studentlitteratur 2006
- Chalmers, D., et al, *European Union Law*, Cambridge University Press 2007
- Erhag, T., *Fri rörlighet och finansiering av socialtrygghet: En rättslig studie av EG-rättens inverkan på medlemsstaternas uttag av avgifter för finansiering av social trygghet*, Santénius förlag 2002
- Hervey, T. K., McHale, J.V., *Health Law and the European Union*, Cambridge University Press 2004
- Hettne, J. och Eriksson, I. O., *EU-rättslig metod: Teori och genomslag i svensk rättstillämpning*, Norstedts Juridik 2005
- Mei, A. P., van der, *Free Movement of Persons Within the European Community: Cross-Border Access to Public Benefits, Cross-Border Access to Public Benefits*, Hart 2003
- Renard, S. S. C., *Fri rörlighet för tjänster – tolkning av artikel 49 EGF*, Iustus Förlag AB 2007
- Sahlin, J., *Hälso- och sjukvårdslagen: med kommentarer*, Norstedts juridik 2006

## Artiklar

- Cabral, P., “The internal market and the rights to cross-border medical care”, *European Law Review* 29, 2004, s. 673
- Cousins, M., “Patient Mobility and National Health Systems: Case C-372/04, The Queen on the application of Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health, judgement of the European Court of Justice, 16 May, 2006, ECR I-4325”, *Legal Issues of Economic Integration*, Volume 34 (2), 2007, s. 183
- Davies, G., “Welfare as a Service”, *Legal issues of Economic Integration* 29 (1), 2002, s. 27
- Davies, G., “Health and Efficiency: Community Law and National Health Systems in the Light of Muller-Faure”, *The Modern Law Review* 67 (1), 2004, s. 94
- Dawes, A., “Bonjour Herr Doctor”: National Healthcare Systems, the Internal Market and Cross-border Medical Care within the European Union, *Legal Issues of Economic Integrations*”, *Legal Issues of Economic Integration*, Volume 33(2), 2006, s. 167
- Fuchs, M., “Free Movement of services and Social Security – Quo Vadis?”, *European Law Journal*, Volume 8, No. 4, 2002, s. 536
- Hatzopoulos, V.G., “Killing national health and insurance systems but healing patients? The european market for health care services after the judgements of the ECJ in Vanbraekel and Hatzapuolos, V.G., “Health Law and Policy: The Impact of the EU, in [Burca, G., (ed.)] *EU Law and the Welfare State: In search of Solidarity*, Oxford University Press 2005
- Peerbooms”, *Common Market Law Review* 39, 2002, s. 683
- Hatzopoulos, V.G., Do, T.U., “The Case Law of the ECJ considering the free provision of services:2000-2005”, *Common Market Law Review* 43, 2006, s. 923
- Hervey, T. K., “The Current Legal Framerwork on the Right to Seek Health Care Abroad in the European Union”, in *The Cambridge Yearbook of European Legal Studies*, Volume 9, 2006-2007, Hart 2007
- Janzon, E., ”Vilka medicinska tjänster får röra sig fritt...?”, *Europarättslig Tidskrift* nr 4, 2005, s. 791
- Jorens, Y., “The rights to Health Care across Borders”, in [McKee, M., Mossalos, E., Baeten R., (eds.)] *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, P.I.E.-Peter Lang 2002

- Mei, A., P., van der, "Cross-Border Access to Health Care Within the European Union: Some reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel", *Maastricht Journal of European and Comparative Law* 9, 2002, s. 189
- Mossialos, E., Palm, W., "The Court of Justice and the free movement of patients in the European Union", *International Social Security Review* 56, 2/2003, s. 3
- Nufel, P.V., "Patients's free movement rights and cross-border access to healthcare", *Maastricht Journal of European and Comparative Law* 12, 2005, s. 253
- Schutze, R., "EC Law and International Agreements of the Member States – An Ambivalent Relationship?", in *The Cambridge Yearbook of European Legal Studies*, Volume 9, 2006-2007, Hart 2007
- Sieveking, K., "ECJ Rulings on Health Care Services and Their Effects on the Freedom of Cross-Border Patient Mobility in the EU", *European Journal of Migration and Law* 9, 2007, s. 25
- Tacconi, F., "Freedom of Health and Medical Services Within the European Union: Recent Jurisprudence of the European Court of Justice, with Particular Reference to Case C-372/04 Yvonne Watts, 16 May 2006", *Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht*, 2008, s. 196
- Westerhäll, L.W., "Vårdförmåner och migration. Möjligheterna till planerad sjukvård inom EU för personer bosatta i Sverige", i *Festskrift till Fredrik Sterzel*, s. 435, Iustus Förlag 1999
- Westerhäll, L.W., "Regeringsrättens domar om ersättning för vårdkostnader i annan medlemsstat i Europeiska Unionen", i *Europarättslig Tidskrift* nr 2, 2004, s. 274

## Övrigt material

- Edwardsson, E., "Fri rörlighet för välfärd?: Rättsutvecklingen gällande den fria rörligheten för sjukvårdstjänster", *Rapport nr 5, SIEPS 2007:5*
- Flash Eurobarometer Series # 210, *Cross-border health services in the EU*, Analytical Report, GallupOrganisation, 2007
- Hatzopoulos, V., "The ECJ Case Law on Cross-Border Aspects of Health Services", *Briefing Note, DG Internal Policies of the Union, European Parliament, PE 382.183*
- Palm, W., Nickless, J., Lewalle, H., Coheur, A., "Implications of recent jurisprudence on co-ordination of health care protection systems", *Summary Report, Produced for the European Commission Directorate-General for Employment and Social Affairs, Brussels, Association Internationale de la Mutualite, 2000*



- Rätt i vården: Bra att veta om hälso- och sjukvård i Västerbottens län 2009, Västerbottens läns landsting

## Omslagsbilden

- Sylvest, J., et al, Beale, A., Silveira, P., “The Impact of the European Court of Justice Case Law on National Systems for Cross-Border Health Service Provision”, Briefing Note, DG Internal Policies of the Union, European Parliament, PE 382.184

## Tidningsartiklar

- Lillemor Idling ”C vill ha fritt vårdval i Europa”, Dagens Nyheter, 2009-02-08

## 9.5 Mailkontakter

- Mail från Britt Gisselberg, Nackskadeförbundet, 2008-11-14
- Mail från Petra Zetterberg-Ferngren, Socialdepartementet, 2008-11-28
- Mail från Thomas Allvin, Socialdepartementet, 2009-02-19