



2007-01-31

Socialdepartementet

Europeiska kommissionen
Generaldirektoratet för hälsa och
konsumentskydd
Samråd om hälso- och sjukvården
B232 8/102
B-1049 Bryssel
Belgien

Svar på kommissionens meddelande

Generella kommentarer

Den svenska regeringen är mycket positiv till kommissionens initiativ att diskutera gemenskapens kommande hantering av hälso- och sjukvårdstjänster tillsammans med medlemsstaterna.

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation i framtiden fortsätter att vara ett nationellt ansvar. Den svenska regeringen anser att det är angeläget att EU:s utveckling inom hälso- och sjukvårdens område utgår från vårdens grundläggande värden och principer, men med respekt för fördragets bestämmelser och principer om den fria rörligheten för tjänster och personer såsom de utvecklats genom EG-domstolens praxis. Den svenska regeringen anser det vara angeläget att utveckla en gemensam ordning som garanterar god tillgänglighet till kvalitativ hälso- och sjukvård för såväl de som söker vård i hemlandet som de som söker vård i en annan medlemsstat.

Den svenska regeringen välkomnar såväl samrådsprocessen som ett rättsligt bindande instrument på området. Den svenska regeringen anser att vissa frågor bör regleras och inte enbart vara föremål för samarbete eller tolkningsmeddelanden.

Den svenska regeringen anser att kommissionen i kommande reglering bör fokusera på frågor som är gemensamma för medlemsstaterna och där det finns ett tydligt behov och mervärde av gemensamma regler.

Den svenska regeringen anser att syftet med kommande gemenskapsåtgärder bör vara att skapa tydlighet om vilka regler som gäller för att söka vård eller arbeta inom hälso- och sjukvården i en annan medlemsstat liksom att fastställa en god säkerhet för patienter.

För att föregripa eventuell rättspraxis samt för att tydliggöra existerande regelverk välkomnar den svenska regeringen åtgärder som kan underlätta näringsverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Många medlemsstater exporterar redan kvalificerade tjänster inom denna sektor och med ett tydligt regelverk på plats bör det finnas potential för ökad export och därmed ökad tillväxt och sysselsättning.

Den svenska regeringen anser att medlemsstaterna är ansvariga för att eftersträva en så god kvalitet och tillgänglighet till vården som möjligt i den egna medlemsstaten. Den svenska regeringen har förståelse för att andra medlemsstater till viss del kan ha andra problem eller utmaningar i samband med gränsöverskridande vård, men för svenskt vidkommande är den gränsöverskridande vården ännu av relativt liten omfattning.

1. Hur påverkar den gränsöverskridande hälso- och sjukvården idag hälso- och sjukvårdssystemens tillgänglighet, kvalitet och ekonomiska stabilitet på lång sikt (på lokal, regional och nationell nivå) och vilken utveckling är trolig i framtiden?

Den gränsöverskridande rörligheten bland patienter i syfte att söka vård är fortfarande begränsad till sin omfattning i Sverige. Samtidigt har antalet som söker planerad vård i ett annat EU eller EES land ökat i omfattning under senare år. År 2004 beviljades 147 personer ersättning för planerad vård, år 2005 var motsvarande siffra 954 och under de första sex månaderna 2006 har närmare 1000 personer beviljats ersättning. Den vanligaste behandlingen som ersätts, över 60% av ansökningarna, gäller tandvård. De skäl man hittills kunnat se till varför patienter söker tandvård i ett annat EU-land är en personlig anknytning till det landet, att patientens kostnader för behandlingen blir lägre samt i vissa fall för att undvika långa väntetider för behandling. Bland de som söker hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat är de vanligaste skälen anknytning, väntetider för behandling samt att behandlingen inte erbjuds inom patientens landsting eller i Sverige. Den gränsöverskridande hälso- och sjukvården är mest omfattande i de regioner som angränsar till något annat land. Inflödet av patienter till Sverige är inte heller det av någon större omfattning. De flöden av patienter över gränserna som hittills har skett har således varit begränsade i sin omfattning. Även om antalet patienter som söker vård utanför Sverige har ökat så har det hittills inte haft någon större påverkan på det nationella systemet eller för landstingen som i Sverige ansvarar för att organisera, finansiera och ge hälso- och sjukvård.

Vad gäller hälso- och sjukvårdspersonal som är verksam i ett annat land än ursprungslandet så är detta ett mycket mer frekvent förekommande fenomen, t.ex. är andelen utomlands utbildade som är verksamma inom sjukvården i Sverige stor. När det gäller hälso- och sjukvårdspersonal som lämnar Sverige för att utöva sitt yrke i en annan medlemsstat så är det

framförallt vanligt att svenska tandläkare ger sig av till andra EU-länder för att arbeta efter avklarad examen och få återvänder till Sverige. Ytterligare en dimension av den gränsöverskridande vården är telemedicin och andra hälso- och sjukvårdstjänster som bedrivs på distans med hjälp av IT-stöd. Detta är metoder som idag med goda resultat används inom den svenska hälso- och sjukvården och dess användning tros på sikt öka markant.

Den svenska regeringen bedömer att den gränsöverskridande vården på lång sikt kan komma att ha större påverkan på vårt system och att denna påverkan huvudsakligen kommer vara positiv. Fri rörlighet och konkurrens också inom vårdsektorn är något positivt för såväl system som för individer. Den svenska regeringen bedömer att de positiva effekterna av att patienter i allt större utsträckning söker vård utomlands överväger de negativa konsekvenserna. Likaså välkomnar den svenska regeringen att personal inom hälso- och sjukvården liksom företag inom denna sektor ges möjlighet att arbeta och verka i ett annat land.

Fråga 2: Vilka förtydliganden behövs när det gäller lagstiftningen och vem behöver veta vad (myndigheter, inköpare, vårdgivare, patienter o.s.v.) för att man skall kunna skapa en trygg, högkvalitativ och effektiv gränsöverskridande hälso- och sjukvård?

Trots EG-domstolens omfattande praxis kring den gränsöverskridande vården är det inte tillräckligt tydligt hur EG-rätten skall tillämpas i detta avseende och vad den innebär för såväl den enskilde som för vårdgivarna. EG-domstolens praxis har lett till att det, vid sidan om bestämmelserna i förordning 1408/71, etablerats regler för enskildas rätt att söka vård i en annan medlemsstat och få ersättning för kostnaderna för vården som följer direkt av de grundläggande reglerna i fördraget. Gällande regler står därmed att finna på två håll, vilket är svåröverblickbart för den enskilde. Den svenska regeringen anser att det är svårt att väva samman de regler om rätt till ersättning för vård i annan medlemsstat som följer av EG-domstolens uttolkning av fördraget och av förordning 1408/71 till ett rättsligt instrument. Den svenska regeringen välkomnar istället en bindande reglering på gemenskapsnivå vid sidan av förordning 1408/71 som är så heltäckande och överensstämmande med gemenskapsrätten att det inte kan uppstå ytterligare en regelkälla parallellt med gällande regler. En sådan reglering skulle skapa rättslig tydlighet och säkerhet över hela unionen samt öka transparensen för unionens medborgare i denna fråga.

Det som behöver regleras för att tydliggöra rätten till ersättning med stöd av EG-fördraget är: vilka rätten till ersättning omfattar, förutsättningarna för att få ersättning från en medlemsstat för planerad och akut vård, möjligheten för en medlemsstat att införa krav på förhandstillstånd, skyldigheten till likabehandling av patienterna, vilka kostnader som ersätts, vilket land som ansvarar för patientsäkerhet och tillsyn, hemlandets skyldighet att erbjuda före- och efterbehandling samt de av EG-domstolen fastslagna förvaltningsrättsliga principerna såsom möjligheten för den enskilde att

överklaga beslut, krav på objektivitet och opartiskhet vid beslutsfattande m.m.

Den svenska regeringen anser att en av förutsättningarna för att få ersättning måste vara att vårdkostnader ersätts av det betalande landet enbart om behandlingar för motsvarande sjukdom eller tillstånd ersätts i det landet. Huvudsyftet med att i en kommande gemenskapsreglering överlåta till medlemsstaterna att bestämma vilka sjukdomar eller tillstånd som ersätts, är att behandlingar av tillstånd som en medlemsstat inom sin kompetens bestämt inte kan anses vara medicinskt eller etiskt försvarbara, som t.ex. kosmetiska behandlingar eller dödshjälp, inte skall behöva ersättas av den staten. Beträffande vilka behandlingsmetoder som ersätts av det betalande landet anser den svenska regeringen att det följer av EG-domstolens praxis att som minimum den behandlingsmetod som använts i den vårdgivande staten eller som är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen ger rätt till ersättning för planerad vård. Den svenska regeringen anser att ovanstående bör införas i kommande gemenskapslagstiftning liksom att lagstiftningen hanterar ersättning för såväl planerad som akut vård.

Medlemsstaterna bör ges möjlighet att inom landet kunna erbjuda sina patienter en vård av god kvalitet inom normal tid. Därför anser den svenska regeringen att det är nödvändigt att en kommande gemenskapslagstiftning på området innehåller en möjlighet för medlemsstaterna att införa eller bibehålla ett krav på förhandstillstånd för planerad vård om det är motiverat utifrån gemenskapsrätten. Vad som är motiverat går till viss del att utläsa av EG-domstolens praxis och detta bör tydliggöras i ett rättsligt instrument. Den svenska regeringen är av uppfattningen att den nu rådande definitionen med sjukhusvård- och icke sjukhusvård inte är tillfredställande utan att det i den kommande rättsakten istället skall definieras närmare i vilka situationer ett förhandstillstånd är motiverat samt vad det innebär samt sätta upp allmänna riktlinjer. Innebörden av begreppet ”undue delay” har tydliggjorts genom EG-domstolen och samma definition bör användas i en gemensam reglering. En kommande reglering bör tydliggöra enligt vilket lands kostnader/tariffer patienten skall ersättas, om det är i enlighet med hemlandets kostnader/tariffer eller i enlighet med kostnader i det land där vården ges. Vidare välkomnar den svenska regeringen förtydliganden kring vilka särskilda förutsättningar som bör gälla för var den medicinska bedömningen, där den enskildes vårdbehov definieras, skall vara utförd för att vård given i en annan medlemsstat skall ersättas.

Den svenska regeringen anser att det är av stor betydelse att en framtida reglering är koherent med förordning 1408/71 där så är möjligt. Framförallt bör regler om ansvar för vård samt patientsäkerhet omfatta såväl akut som planerad vård enligt bägge regelkällorna. Den svenska regeringen anser att förordning 1408/71 och kommande förordning 883/04 fungerar väl och bör bibehållas.

Den svenska regeringen anser att säkerheten för patienten måste stå i fokus vid en framtida reglering, oavsett om det är patienten, utövaren eller tjänsten som rör sig över gränser. Det handlar om att fastställa vilket land som

ansvarar för vården, information till patienter, journalhantering och överföring av patientinformation mellan stater m.m. Vad avser journalhantering och överföring av patientinformation mellan medlemsstater är det viktigt att säkerställa patientens behov av integritet och sekretess samt patientens möjlighet att samtycka till informationsbehandling. Den svenska regeringen välkomnar förtydliganden för att underlätta utbyte av patientinformation och journaler. För att patienter skall kunna känna trygghet också vid vård i utlandet bör såväl det betalande landet, det vårdgivande landet samt vårdgivarna ansvara för att lämna nödvändig information till patienterna. Det bör emellertid enligt den svenska regeringens uppfattning överlåtas till medlemsstaterna att bestämma hur informationen skall lämnas och vad den skall omfatta.

Den svenska regeringen välkomnar förtydliganden också på områden som reglerar tjänsteutövning och etablering på hälso- och sjukvårdens område. Redan gällande bestämmelser, såsom direktivet om erkännande av yrkeskvalifikationer på hälso- och sjukvårdens område, är väletablerade och en referens till detta direktiv bör finnas i en framtida reglering kring gränsöverskridande vård. Det finns idag ingen gemensam reglering när det gäller oreglerade yrken och den svenska regeringen anser inte heller att en reglering krävs. Däremot kan förtydliganden i annan form behövas för att fastställa att det är det land där vården ges som äger rätt att ställa krav på tjänsteutövningen för att fastställa en god kvalitet och säkerhet för patienter. Syftet med ett förtydligande på området bör dessutom vara att underlätta för tjänsteutövning, tillfällig och permanent förflyttning samt etablering av hälso- och sjukvårdstjänster.

För att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan olika aktörer anser den svenska regeringen att det är av stor vikt att tjänster såsom vård och behandling på distans med hjälp av telemedicin också omfattas av en framtida reglering på området.

Ett intensifierat samarbete för att stärka kvaliteten inom hälso- och sjukvården över hela unionen, liksom för att sprida evidensbaserade metoder, är en förutsättning för sektorns utveckling, även om det i dag inte är aktuellt med en rättsligt bindande reglering.

Fråga 3: Vilket lands myndigheter bör ansvara för vilka frågor (t.ex. klinisk övervakning och ekonomiskt ansvar)? Får den frågan samma svar för alla typer av gränsöverskridande hälso- och sjukvård som beskrivs i avsnitt 2.2?

Den svenska regeringen välkomnar förtydliganden där det slås fast att det är det land där vården ges och utförs som ansvarar till fullo för vårdens kvalitet och utformning liksom för system för att hantera eventuella fall då patienten skadas. Likaså är ansvaret för tillsyn över vården och utövare ett ansvar som åligger den medlemsstat i vilken vården ges. Det betalande landet är inte, om inte annat avtalats, ansvarigt för vårdens innehåll eller eventuella patientskador. Med hänsyn till befolkningens hälsa är det motiverat att särskilda krav ställs på utövare av hälso- och sjukvårdstjänster vare sig tjänsten utförs av reglerade eller oreglerade yrken. Vilka särskilda krav som ställs bör beslutas av den medlemsstat där tjänsten utförs. Den svenska

regeringen välkomnar ett intensifierat samarbete på detta område för att undvika att olika regler skall komma att förhindra den fria rörligheten. Även om det åligger det land där vården ges att ansvara för vården så anser den svenska regeringen ändå att det finns behov av att förtydliga vilka möjligheter det betalande landet har att påtala eventuella brister i kvalitet och utförande. Detta i syfte att ge viss återkoppling till den utövare som utför tjänsten.

Vid användandet av telemedicinska tjänster är ansvarsfördelningen något mer komplex, men även här är förtydliganden önskvärda. Den svenska regeringen anser att det även för dessa tjänster är landet där vården utförs som är ansvarigt. Eftersom vård och behandling med hjälp av telemedicin växer även globalt bör en väl fungerande ordning implementeras. Patienten som tar del av behandlingen får inte försättas i ett sämre läge än om tjänsten enbart hade varit nationell.

Fråga 4: Vem bör ansvara för patientsäkerheten i samband med gränsöverskridande hälso- och sjukvård? Hur kan patienten få gottgörelse om skador uppstått?

Den svenska regeringen anser att frågor om patientsäkerhet är en av de viktigaste beståndsdelarna i en rättslig reglering som syftar till att tydliggöra vad som gäller för patienter som söker vård i en annan medlemsstat. Den svenska regeringen anser att den medlemsstat i vilken de medicinska åtgärderna vidtagits eller hälso- och sjukvården har utförts skall ansvara för patientsäkerheten oavsett om vården som tillhandahållits är gränsöverskridande eller inte och oavsett varifrån personalen eller patienten härstammar. För andra gränsöverskridande tjänster, såsom exempelvis direkt upphandlad vård, samarbete kring högspecialiserad vård, telemedicin, läkemedel som förskrivs i en medlemsstat men hämtas ut i ett annat m.m., är ansvarsfördelningen något otydlig. Det är viktigt att patienten i dessa fall inte kommer till skada, varför ansvaret behöver tydliggöras i kommande gemenskapsåtgärder.

Den svenska regeringen förordar att en reglering också tar ställning för att varje medlemsstat skall ha ett patientvänligt system för att hantera eventuella patientskador. Hur ett sådant system skall eller bör se ut skall dock ej regleras gemensamt. Ett utökat samarbete kring patientsäkerhetsfrågor är av yttersta vikt. Den svenska regeringen anser att det finns ett stort behov av att samverka för att förhindra smittspridning, vilken kan komma att öka i omfattning då den gränsöverskridande vården ökar.

5. Vilka åtgärder behöver vidtas för att se till att man kan behandla patienter från andra medlemsstater och samtidigt säkerställa en balanserad hälso- och sjukvård för alla (t.ex. genom ekonomisk ersättning för den behandling som ges i det "mottagande" landet)?

Den svenska regeringen anser att det är viktigt att alla medlemsstater tillsammans och var för sig arbetar för att de gemensamma värdena och principerna för vården som antogs som rådsslutsatser i juni 2006 skall efterlevas och implementeras fullt ut. Den svenska regeringen anser att alla EU-medborgare skall behandlas likvärdigt oavsett var de söker vård och att icke-diskrimineringsprincipen enligt EG- fördragets artikel 12 gäller även i hälso- och sjukvårdssammanhang. I en eventuell reglering bör detta framgå. Där skall även framgå att vård i första hand skall ges till den patient som har det största behovet. Övriga nationella prioriteringar för hur hälso- och sjukvården skall ges, kostnader för vården och vilka tariffer som tillämpas, vilka sjukdomstillstånd som skall prioriteras etc. bör ej regleras gemensamt.

6. Behöver man diskutera andra hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor som rör tillfällig förflyttning av personal eller etablering av vårdgivare i andra medlemsstater- som inte redan behandlas i gemenskapsrätten?

Den svenska regeringen välkomnar förtydliganden i någon form i syfte att underlätta gränsöverskridande tjänsteutövning på tillfällig eller permanent basis, men också för att fastställa en god säkerhet för patienter. För reglerade yrken, såväl inom som utom hälso- och sjukvårdens område, finns idag en gemenskapsrättslig reglering i de 15 direktiv som nu gäller. Dessa kommer om ett år att ersättas av ett direktiv (Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer. Direktivet skall ha implementerats av medlemsländerna senast den 20 oktober 2007). Medlemsstaterna bestämmer själva vilka yrken som skall vara reglerade. Den svenska regeringen anser således att det finns en tillfredsställande och tillräcklig reglering för reglerade yrken.

Ifråga om de oreglerade yrkena inom hälso- och sjukvårdens område så anser den svenska regeringen att det är viktigt att en framtida gemenskapsrättslig reglering tydliggör att det skall vara det lands rätt, där vården ges, som skall tillämpas fullt ut ifråga om tillsyn och ansvar liksom för kraven för yrkesutövning och utbildning i stort. Det finns också möjlighet att reglera ett yrke som tidigare varit oreglerat om man anser att ett sådant behov föreligger.

Den svenska regeringen ser i dagsläget inget tydligt behov av att inkorporera regler och villkor för etablering i en rättslig reglering på gemenskapsnivå. Om behov av förtydliganden finns kan tolkningsmeddelanden från kommissionen eller gemensamma riktlinjer vara lämpliga instrument.

7. Finns det andra områden där den rättsliga säkerheten behöver stärkas för de olika hälso- och sjukvårdssystemen och sociala trygghetssystemen? Vilka förbättringar

föreslår berörda aktörer- dvs. vårdgivare och socialförsäkringsinstitutioner- för att göra det lättare att tillhandahålla gränsöverskridande hälso- och sjukvård?

Ingen kommentar.

Fråga 8. Hur kan gemenskapens åtgärder bidra till att stödja hälso- och sjukvårdssystemen i medlemsstaterna och olika aktörer inom dessa sektorer?

Den svenska regeringen anser att behov av stödjande insatser på hälso- och sjukvårdens område föreligger på gemenskapsnivå.. Det finns all anledning att verka för en högkvalitativ och tillgänglig hälso- och sjukvård i hela unionen. Den svenska regeringen anser att det är viktigt att tillsammans diskutera standarder och indikatorer för kvalitet liksom vilka metoder som är verksamma, s.k. evidensbaserade metoder. För att åstadkomma detta välkomnar den svenska regeringen insatser kring förstärkt informationsutbyte och statistikinsamling om gränsöverskridande vård. Förstärkt statistikinsamling ger möjlighet att kunna följa kostnader för EU-vård, patientflöden, vilka grupper som söker vård i en annan medlemsstat liksom skälen för vården. Samarbetet kring IMI (Internal Market Information System) välkomnas. Det är viktigt att fortsätta diskussionen kring vilken information patienten bör få tillgång till för att kunna söka vård i ett annat medlemsland liksom att diskutera det eventuella behovet av att vidareutveckla en hälsoportal för unionen på Internet. Det finns behov av att utreda vilken information som behövs samt hur den på bästa sätt skall kunna tillhandahållas. En liknande diskussion om information till utövare inom hälso- och sjukvårdssektorn som vill arbeta eller etablera sig i ett annat medlemsland bör också föras.

Samarbetet på patientsäkerhetsområdet bör intensifieras och inkludera även samarbete kring kvalitet, kvalitetsindikatorer och evidensbaserad vård liksom kring behovet av rapporteringssystem i vården. Direkt upphandlad vård, remittering av patienter till hälso- och sjukvårdsverksamheter i andra länder samt samarbete kring nätverk och referenscentra på europeisk nivå har blivit, och kommer sannolikt än mer att bli, vanligare företeelser. Det är viktigt att samarbeta kring den högspecialiserade vården och om sällsynta sjukdomar på europeisk nivå. Det finns ett tydligt mervärde i att involvera fler i arbetet med hur man på bästa sätt upphandlar vård och skriver avtal som skyddar patienter och tydliggör ansvarsfördelningen. Ett framtidsområde som den svenska regeringen aktivt stödjer är eHealth. För att på sikt kunna organisera och finansiera sjukvården kommer effektivare informationssystem att krävas och dessa behöver kunna fungera med system över nationella gränser. Den svenska regeringen välkomnar därför ett fördjupat internationellt samarbete på området, t.ex. genom det internationella terminologi- och begreppssystemet SNOMED-CT. Likaså kan kommissionen ha en viktig roll i arbetet med att ta fram elektroniska patientkort det s.k. eEHIC. En viktig fråga för den svenska regeringen är att diskutera och samarbeta kring hur journaler och annan nödvändig information om patienten skall kunna följa patienten utanför landets gränser samt hur hanteringen av patientinformation skall kunna ske på ett tryggt och säkert sätt.

Fråga 9: Vilka verktyg är lämpliga för att vidta åtgärder på EU-nivå för att lösa de olika problemen inom hälso- och sjukvården? På vilka områden behövs gemenskapslagstiftning och på vilka områden behövs andra åtgärder än lagstiftning?

Den svenska regeringen välkomnar en rättslig reglering i form av ett direktiv för frågor som är relaterade till de fall då patienter söker vård i en annan medlemsstat. De frågor som den svenska regeringen föreslår skall regleras i ett direktiv är: Vad/vilka som omfattas, när rätt till ersättning föreligger, vad som ersätts, vem som ansvarar för tillsynen, ansvar för felbehandling och information, ansvar för före- och efterbehandlingar samt vissa förvaltningsrättsliga principer som fastslagits av EG-domstolen. Det bör i sammanhanget tydligt framgå vad som är nationell kompetens såsom exempelvis att besluta vilka sjukdoms- eller tillståndsbehandlingar som skall ersättas samt när medlemsstaten bedömer det som motiverat med hänsyn tagen till EG-rätten, att ställa krav på förhandstillstånd m.m. Den svenska regeringen är av uppfattningen att den nu rådande definitionen sjukhusvård- och icke sjukhusvård inte är tillfredställande. I dag sker en stor del av den vård som ges utanför Sveriges gränser i öppen vård såsom exempelvis tandvård. Dessutom utförs alltmer avancerad- och högspecialiserad vård inom öppen vård istället för slutenvård. Beroende på kostnader och omfattning kan förhandstillstånd på sikt behövas även för sådan vård (se även svar till fråga 2).

Som komplement till detta rättsliga instrument välkomnar den svenska regeringen ett intensifierat samarbete för att underlätta den gränsöverskridande vården. Det handlar bl.a. om samarbete kring information till patienten och om patienten, samarbete kring kvalitet och kvalitetsindikatorer, utbyte av information och statistik kring flöden av patienter och utövare, samarbete kring internationell avtalsskrivning på hälso- och sjukvårdens område. Det är viktigt att inte enbart fokusera kommande arbete kring ett bindande instrument utan istället kombinera detta med mer praktiska och konkreta samarbeten som kan skapa ett mervärde för vårdgivare och patienter.

För andra delar av den gränsöverskridande vården, såsom exempelvis regelverk för utövande av reglerade och oreglerade yrken, liksom för etablering, så anser den svenska regeringen att vissa förtydliganden kan vara nödvändiga. Dessa anses dock till huvuddelen kunna göras genom tolkningsmeddelanden och inte nödvändigtvis genom rättslig reglering.

Heléne Dahl Fransson
(Socialdepartementet)

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.