EFTA-DOMSTOLENS DOM

5. desember 2024*

(Trygderett – Fri bevegelighet for pasienter – EØS-avtalen artikkel 36 – Direktiv 2011/24/EU – Artikkel 7 – Pasientrettigheter – Refusjon av kostnader for grensekryssende helsetjenester – EØS-avtalen artikkel 129)

I sak E-15/23,

ANMODNING til EFTA-domstolen etter artikkel 34 i Avtalen mellom EFTA-statene om opprettelse av et Overvåkningsorgan og en Domstol fra Trygderetten i en sak mellom

K

og

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

om tolkningen av europaparlaments- og rådsdirektiv 2011/24/EF av 9. mars 2011 om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene, særlig artikkel 7, og artikkel 36 i Avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde, avsier

DOMSTOLEN,

sammensatt av: Páll Hreinsson, president, og dommerne Bernd Hammermann (saksforberedende dommer) og Michael Reiertsen,

justissekretær: Ólafur Jóhannes Einarsson,

etter å ha tatt i betraktning de skriftlige innleggene inngitt på vegne av:

* Språket i anmodningen om rådgivende uttalelse: norsk. Engelske oversettelser av nasjonale bestemmelser er uoffisielle og basert på oversettelsene i sakens dokumenter.

– Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten, representert ved advokat Andreas Runde,

– Estlands regjering, representert ved Merili Kriisa, som partsrepresentant,

– Polens regjering, representert ved Bogusław Majczyna, som partsrepresentant,

– EFTAs overvåkingsorgan («ESA»), representert ved Marte Brathovde, Ewa Gromnicka og Melpo-Menie Joséphidès, som partsrepresentanter, og

– Europakommisjonen («Kommisjonen»), representert ved Lorna Armati, Sandrine Delaude og Esther Eva Schmidt, som partsrepresentanter,

med henvisning til rettsmøterapporten,

og etter å ha hørt de muntlig innleggene fra K, representert ved Lasse Nikolai Simonsen, advokat; Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten, representert ved Andreas Runde; ESA, representert ved Marte Brathovde; og Kommisjonen, representert ved Lorna Armati, i rettsmøtet 14. mai 2024,

slik

D O M

I RETTSLIG BAKGRUNN

EØS-rett

1 Avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde («EØS-avtalen» eller «EØS») artikkel 36 lyder:

> *1. Innen rammen av bestemmelsene i denne avtale skal det ikke være noen restriksjoner på adgangen til å yte tjenester innen avtalepartenes territorium for statsborgere i en av EFs medlemsstater eller en EFTA-stat som har etablert seg i en annen av EFs medlemsstater eller EFTA-stat enn tjenesteytelsens mottager.*
>
> *2. Vedlegg IX til XI inneholder særlige bestemmelser om adgangen til å yte tjenester.*

2 EØS-avtalen artikkel 129 nr. 1 lyder i utdrag:

> *Denne avtale er utarbeidet i ett eksemplar på dansk, engelsk, finsk, fransk, gresk, islandsk, italiensk, nederlandsk, norsk, portugisisk, spansk, svensk og tysk, med samme gyldighet for hver av tekstene.*
>
> *[…]*
>
> *Tekstene til de rettsakter som er omhandlet i vedleggene, har samme gyldighet på bulgarsk, dansk, engelsk, estisk, finsk, fransk, gresk, italiensk, kroatisk, latvisk, litauisk, maltesisk, nederlandsk, polsk, portugisisk, rumensk, slovakisk, slovensk, spansk, svensk, tsjekkisk, tysk og ungarsk, slik de er kunngjort i Den europeiske unions tidende, og det skal utarbeides tekster på islandsk og norsk som skal gis samme gyldighet og kunngjøres i EØS-tillegget til Den europeiske unions tidende.*

3 Europaparlaments- og rådsdirektiv 2011/24/EU av 9. mars 2011 om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene (EUT 2011 L 88, s. 45, og EØS-tillegg 2018 nr. 27, s. 1) («pasientrettighetsdirektivet») ble innlemmet i EØS-avtalen ved EØS-komiteens beslutning nr. 153/2014 av 9. juli 2014 (EUT 2015 L 15, s. 78, og EØS-tillegg 2015 nr. 5, s. 1) («beslutning 153/2014»). Det vises til pasientrettighetsdirektivet i nr. 2 i vedlegg X (Generelle tjenester) til EØS-avtalen. Forfatningsrettslige krav ble angitt av Island og Norge. Kravene ble oppfylt 9. juni 2015, og beslutningen trådte i kraft 1. august 2015.

4 Beslutning 153/2014 artikkel 1 lyder i utdrag:

> *I EØS-avtalens vedlegg X, etter nr. 1c (kommisjonsbeslutning 2011/130/EU), skal nye nr. 2 og 2a lyde:*
>
> *«2. **32011 L 0024**: Europaparlaments- og rådsdirektiv 2011/24/EU av 9. mars 2011 om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene (EUT L 88 av 4.4.2011, s. 45)*
>
> *Direktivets bestemmelser skal for denne avtales formål gjelde med følgende tilpasning:*
>
> *Uten at det berører framtidige beslutninger i EØS-komiteen, bør det bemerkes at følgende rettsakter ikke er innlemmet i EØS-avtalen:*
>
> *Rådsforordning (EF) nr. 859/2003 av 14. mai 2003 om utvidelse av bestemmelsene i forordning (EØF) nr. 1408/71 og forordning (EØF) nr. 574/72 til å omfatte borgere i tredjestater som ikke allerede er omfattet av disse bestemmelser utelukkende på grunn av sin nasjonalitet,*

Europaparlaments- og rådsforordning (EU) nr. 1231/2010 av 24. november 2010 om utvidelse av forordning (EF) nr. 883/2004 og forordning (EF) nr. 987/2009 til å omfatte borgere i tredjestater som ikke allerede er omfattet av disse forordningene utelukkende på grunn av sin nasjonalitet.

Alle henvisninger til disse rettsaktene får derfor ikke anvendelse for EFTA-statene.

[...]»

5 Punkt 2 (i utdrag), 6, 8, 10, 11, 19, 20, 28, 29, 30, 31, 37 og 48 i fortalen til pasientrettighetsdirektivet lyder:

2) Artikkel 114 i TEUV er det relevante rettslige grunnlaget, ettersom flertallet av bestemmelsene i dette direktiv har som mål å forbedre det indre markeds virkemåte og det frie varebytte og den frie bevegelighet for personer og tjenester. […]

6) Den europeiske unions domstol (heretter kalt «Domstolen») har ved flere anledninger fastslått at alle typer helsetjenester og legehjelp skal falle inn under TEUVs virkeområde, samtidig som den anerkjenner deres særlige art.

8) Noen spørsmål i forbindelse med helsetjenester over landegrensene, særlig refusjon av helsetjenester som ytes i en annen medlemsstat enn den der mottakeren av helsetjenesten er bosatt, er allerede behandlet av Domstolen. Dette direktiv har som formål å oppnå en mer allmenn og effektiv anvendelse av prinsippene som er utviklet av Domstolen på grunnlag av enkelttilfeller.

10) Dette direktiv har som mål å innføre regler for enklere tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet over landegrensene i Unionen, sikre pasientmobiliteten i samsvar med prinsippene som er fastsatt av Domstolen, og fremme samarbeid om helsetjenester mellom medlemsstatene, samtidig som det fullt ut respekterer medlemsstatenes ansvar for å fastsette trygdeytelser knyttet til helse og for å organisere og yte helsetjenester, legehjelp og trygdeytelser, særlig ved sykdom.

11) Dette direktiv bør få anvendelse på enkeltpasienter som ønsker å benytte helsetjenester i en annen medlemsstat enn trygdemedlemsstaten. Domstolen har bekreftet at verken helsetjenestens særlige art, eller måten den er organisert eller finansiert på, innebærer at den kan unntas fra det grunnleggende prinsipp om adgang til å yte tjenester. Trygdemedlemsstaten kan imidlertid velge å begrense refusjon av helsetjenester over landegrensene på grunn av helsetjenestens kvalitet eller sikkerhet, dersom dette kan begrunnes ut fra tvingende allmenne hensyn knyttet til folkehelsen. Trygdemedlemsstaten kan også treffe ytterligere tiltak av andre

årsaker dersom dette kan begrunnes ut fra tvingende allmenne hensyn. Domstolen har fastsatt at vern av folkehelsen er blant de tvingende allmenne hensyn som kan berettige begrensninger i den frie bevegelighet som er omhandlet i traktatene.

19) Når en pasient mottar helsetjenester over landegrensene, er det viktig at pasienten på forhånd vet hvilke regler som gjelder. Det er de regler som er fastsatt i lovgivningen i behandlingsmedlemsstaten som bør få anvendelse, ettersom det er medlemsstatenes ansvar å organisere og yte helsetjenester og legehjelp i samsvar med artikkel 168 nr. 7 i TEUV. Dette bør hjelpe pasienten med å ta velbegrunnede valg og bidra til å hindre misoppfatninger og misforståelser. Det bør også føre til en høy grad av tillit mellom pasienten og helsetjenesteyteren.

20) For å hjelpe pasienter med å ta velbegrunnede valg når de ønsker å benytte helsetjenester i en annen medlemsstat, bør behandlingsmedlemsstater sikre at pasienter fra andre medlemsstater på anmodning mottar relevante opplysninger om hvilke sikkerhets- og kvalitetsstandarder som gjelder på deres territorium, samt hvilke helsetjenesteytere som er underlagt disse standardene. Videre bør helsetjenesteytere på anmodning gi pasientene opplysninger om særlige aspekter ved helsetjenestene de yter og hvilke behandlingsalternativer som finnes. I den grad helsetjenesteytere allerede gir pasienter som er bosatt i behandlingsmedlemsstaten relevante opplysninger om disse særlige aspektene, bør dette direktiv ikke pålegge helsetjenesteytere å gi mer omfattende opplysninger til pasienter fra andre medlemsstater. Ingenting bør hindre behandlingsmedlemsstaten i også å pålegge andre aktører enn helsetjenesteyterne, for eksempel forsikringsgivere eller offentlige myndigheter, å gi opplysninger om særlige aspekter ved de helsetjenestene som tilbys, dersom dette er mer hensiktsmessig med hensyn til hvordan helsetjenestene er organisert.

28) Dette direktiv bør ikke berøre rettighetene til et medlem i trygdeordningen i forbindelse med refusjon av utgifter til helsetjenester som av medisinske grunner blir nødvendige under et midlertidig opphold i en annen medlemsstat, i henhold til forordning (EF) nr. 883/2004. I tillegg bør dette direktiv ikke berøre retten et medlem i trygdeordningen har til å få tillatelse til behandling i en annen medlemsstat, dersom vilkårene fastsatt i Unionens forordninger om samordning av trygdeordninger er oppfylt, særlig i forordning (EF) nr. 883/2004 eller rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 av 14. juni 1971 om anvendelse av trygdeordninger på arbeidstakere og deres familiemedlemmer som flytter innenfor Fellesskapet, som får anvendelse i henhold til europaparlaments- og rådsforordning (EU) nr. 1231/2010 av 24. november 2010 om utvidelse av forordning (EF) nr. 883/2004 og forordning (EF) nr. 987/2009 til å omfatte tredjestatsborgere som ikke allerede er omfattet av disse forordningene utelukkende på grunn av sin nasjonalitet og rådsforordning (EF) nr. 859/2003 av 14. mai 2003 om utvidelse av bestemmelsene i forordning (EØF) nr. 1408/71 og forordning

(EØF) nr. 574/72 til å omfatte tredjestatsborgere som ikke allerede er omfattet av disse bestemmelsene utelukkende på grunn av sin nasjonalitet.

29) Det bør kreves at også pasienter som ønsker å benytte helsetjenester i en annen medlemsstat i andre tilfeller enn dem som er fastsatt i forordning (EF) nr. 883/2004, bør kunne dra fordel av prinsippene om fri bevegelighet for pasienter og tjenester og fritt varebytte i samsvar med TEUV og dette direktiv. Pasienter bør sikres refusjon av utgiftene til disse helsetjenestene på minst samme nivå som om de hadde mottatt dem i trygdemedlemsstaten. Dette bør være fullt forenlig med det ansvar medlemsstatene har for å fastsette i hvilket omfang deres borgere skal være dekket i tilfelle sykdom og hindre betydelige konsekvenser for finansieringen av de nasjonale helsetjenestene.

30) For pasienter bør det derfor være sammenheng mellom disse to ordningene; det er enten dette direktiv eller Unionens forordninger om samordning av trygdeordninger som får anvendelse.

31) Pasienter skal ikke fratas de fordelaktige rettigheter som garanteres i Unionens forordninger om samordning av trygdeordninger dersom vilkårene oppfylles. Enhver pasient som anmoder om tillatelse til å motta en behandling som er relevant for vedkommendes tilstand, i en annen medlemsstat, bør alltid få denne tillatelsen på de vilkår som er fastsatt i Unionens forordninger, når den aktuelle behandling er blant de ytelser som er fastsatt i lovgivningen i medlemsstaten der pasienten er bosatt, og dersom pasienten ikke kan gis slik behandling innen en frist som er medisinsk forsvarlig, idet det tas hensyn til pasientens nåværende helsetilstand og tilstandens sannsynlige forløp. Dersom en pasient i stedet uttrykkelig anmoder om å søke behandling i henhold til dette direktiv, bør imidlertid ytelsene som faller inn under refusjonsordningen, begrenses til dem som gjelder i henhold til dette direktiv. Dersom pasienten har rett til helsetjenester over landegrensene i henhold til både dette direktiv og forordning nr. 883/2004, og anvendelsen av nevnte forordning er mer fordelaktig for pasienten, bør trygdemedlemsstaten gjøre pasienten oppmerksom på dette.

37) Medlemsstater kan beholde allmenne vilkår, kriterier for rett til behandling samt lovgivningsmessige og administrative formaliteter rundt mottak av helsetjenester og refusjon av utgifter til helsetjenester, for eksempel kravet om å oppsøke en allmennpraktiserende lege før en spesialist eller før behandling på sykehus, noe som også gjelder pasienter som ønsker å benytte helsetjenester i en annen medlemsstat, forutsatt at slike vilkår er nødvendige, står i forhold til målet og ikke er vilkårlige eller innebærer forskjellsbehandling. Dette kan omfatte en vurdering foretatt av helsepersonell eller personale innenfor helseforvaltningen som yter tjenester for den lovfestede trygdeordningen eller den nasjonale helsetjenesten i trygdemedlemsstaten, for eksempel en allmennpraktiker eller en

lege innenfor primærhelsetjenesten som pasienten er registrert hos, dersom dette er nødvendig for å fastsette den enkelte pasients rett til helsetjenester. Det bør derfor kreves at disse allmenne vilkårene, kriteriene og formalitetene anvendes på en objektiv og åpen måte som ikke innebærer forskjellsbehandling, at de bør gjøres kjent på forhånd og primært bygge på medisinske hensyn, at de ikke bør innebære en ytterligere byrde for pasienter som ønsker å benytte helsetjenester i en annen medlemsstat i forhold til pasienter som behandles i sin trygdemedlemsstat, samt at beslutninger bør tas så raskt som mulig. Dette bør ikke berøre medlemsstatenes rett til å fastsette kriterier eller vilkår for forhåndstillatelse for pasienter som ønsker å benytte helsetjenester i sin trygdemedlemsstat.

48) Relevante opplysninger om alle viktige aspekter ved helsetjenester over landegrensene er nødvendige for at pasienten skal være i stand til å utøve sin rett til helsetjenester over landegrensene i praksis. For helsetjenester over landegrensene er en måte å gi slike opplysninger på å innføre nasjonale kontaktpunkter innenfor hver medlemsstat. Opplysninger som det er obligatorisk å gi pasientene, bør angis særskilt. De nasjonale kontaktpunktene kan imidlertid gi ytterligere opplysninger frivillig, også med støtte fra Kommisjonen. De nasjonale kontaktpunktene bør gi pasientene opplysninger på et av de offisielle språkene i medlemsstaten der kontaktpunktene befinner seg. Opplysningene kan også gis på andre språk.

6 Pasientrettighetsdirektivet kapittel I, med overskriften «Alminnelige bestemmelser», inneholder artiklene 1 til 3. Pasientrettighetsdirektivet artikkel 1 nr. 1, 2 og 4, med overskriften «Formål og virkeområde», lyder:

1. Dette direktiv fastsetter regler for å lette tilgangen til trygge helsetjenester av høy kvalitet over landegrensene og fremmer samarbeid om helsetjenester mellom medlemsstatene, idet det fullt ut respekterer nasjonal myndighet med hensyn til organisering og yting av helsetjenester. Dette direktiv har også som mål å klargjøre forholdet til nåværende ramme for samordning av trygdeordninger, forordning (EF) nr. 883/2004, med hensyn til anvendelse av pasientrettigheter.

2. Dette direktiv får anvendelse på de helsetjenester som tilbys pasientene, uansett hvordan de organiseres, ytes eller finansieres.

4. Dette direktiv berører ikke medlemsstatenes lover og forskrifter om organisering og finansiering av helsetjenester i situasjoner som ikke gjelder helsetjenester over landegrensene. Særlig er det ingenting i dette direktiv som pålegger en medlemsstat å refundere utgifter til helsetjenester som ytes av helsetjenesteytere som er etablert på dens eget territorium, dersom disse helsetjenesteyterne ikke er en del av trygdeordningen eller de offentlige helsetjenestene i denne medlemsstat.

7 Pasientrettighetsdirektivet artikkel 2, med overskriften «Forholdet til andre unionsbestemmelser», lyder i utdrag:

> *Dette direktiv får anvendelse med forbehold for*
>
> *[…]*
>
> *m) forordning (EF) nr. 883/2004 og europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 987/2009 av 16. september 2009 om fastsettelse av nærmere regler for gjennomføring av forordning (EF) nr. 883/2004 om samordning av trygdeordninger,*
>
> *n) direktiv 2005/36/EF,*
>
> *[…]*

8 Pasientrettighetsdirektivet kapittel II, med overskriften «Medlemsstatenes ansvar ved helsetjenester over landegrensene», inneholder artiklene 4 til 6. Pasientrettighetsdirektivet artikkel 4 nr. 1, med overskriften «Behandlingsmedlemsstatens ansvar», lyder:

> *Idet det tas hensyn til prinsippene om universalitet, tilgang til tjenester av høy kvalitet, rettferdighet og solidaritet skal helsetjenester over landegrensene ytes i samsvar med*
>
> *a) behandlingsmedlemsstatens lovgivning,*
>
> *b) de standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhet som er fastsatt i behandlingsmedlemsstaten, og*
>
> *c) Unionens regelverk for sikkerhetsstandarder.*

9 Pasientrettighetsdirektivet artikkel 5, med overskriften «Trygdemedlemsstatens ansvar», lyder:

> *Trygdemedlemsstaten skal sikre at*
>
> *a) utgiftene til helsetjenester over landegrensene refunderes i samsvar med kapittel III,*
>
> *b) det finnes ordninger for på anmodning å gi pasienter opplysninger om deres rettigheter i denne medlemsstaten med hensyn til mottak av helsetjenester over landegrensene, særlig med hensyn til vilkårene for refusjon av utgifter i samsvar med artikkel 7 nr. 6 og framgangsmåter for tilgang til og fastsettelse av disse*

rettighetene og for klager og erstatning dersom pasienter anser at deres rettigheter ikke er blitt respektert, i samsvar med artikkel 9. Når det opplyses om helsetjenester over landegrensene, skal det skilles klart mellom hvilke rettigheter pasienter har i henhold til dette direktiv, og hvilke rettigheter som følger av forordning (EF) nr. 883/2004,

[…]

10 Pasientrettighetsdirektivet kapittel III, med overskriften «Refusjon av utgifter til helsetjenester over landegrensene», inneholder artiklene 7 til 9. Pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 1, 3, 4, 7 og 9, med overskriften «Allmenne prinsipper for refusjon av utgifter», lyder:

1. Uten at det berører forordning (EF) nr. 883/2004, og med forbehold for bestemmelsene i artikkel 8 og 9, skal trygdemedlemsstaten sikre at påløpte utgifter for et medlem i trygdeordningen som mottar helsetjenester over landegrensene, blir refundert dersom den aktuelle helsetjenesten er blant de ytelser medlemmet i trygdeordningen har krav på i trygdemedlemsstaten.

3. Trygdemedlemsstaten fastsetter, på lokalt, regionalt eller nasjonalt plan, hvilke helsetjenester et medlem i trygdeordningen har rett til å få refundert utgiftene til samt dekningsgraden av disse utgiftene, uavhengig av hvor helsetjenesten ytes.

4. Utgiftene til helsetjenester over landegrensene skal refunderes eller betales direkte av trygdemedlemsstaten opp til det utgiftsnivået som trygdemedlemsstaten ville ha dekket dersom disse helsetjenestene hadde blitt ytt på dens territorium, uten at de faktiske utgiftene til den mottatte helsetjenesten overskrides.

Dersom de samlede utgiftene til helsetjenester over landegrensene overskrider utgiftsnivået som ville blitt dekket dersom helsetjenesten hadde blitt ytt på trygdemedlemsstatens territorium, kan medlemsstaten likevel beslutte å refundere de samlede utgiftene.

Trygdemedlemsstaten kan beslutte å refundere andre utgifter knyttet til mottak av helsetjenester over landegrensene, som oppholds- og reiseutgifter eller ytterligere utgifter som påløper for funksjonshemmede personer på grunn av en eller flere funksjonshemninger, i samsvar med nasjonal lovgivning og forutsatt at det finnes tilstrekkelig dokumentasjon for disse utgiftene.

7. Trygdemedlemsstaten kan underlegge et medlem i trygdeordningen som søker om refusjon av utgiftene til helsetjenester over landegrensene, herunder helsetjenester mottatt gjennom telemedisin, de samme vilkår, kriterier for å være berettiget og lovgivningsmessige og administrative formaliteter på lokalt, regionalt eller

nasjonalt plan, som medlemmet i trygdeordningen ville blitt underlagt dersom denne helsetjenesten ble ytt på trygdemedlemsstatens territorium. Dette kan omfatte en vurdering foretatt av helsepersonell eller helseforvaltningen som yter tjenester for den lovfestede trygdeordningen eller den nasjonale helsetjenesten i trygdemedlemsstaten, for eksempel en allmennpraktiker eller en lege innenfor primærhelsetjenesten som pasienten er registrert hos, dersom dette er nødvendig for å fastsette den enkelte pasients rett til helsetjenester. Ingen vilkår, kriterier for å være berettiget eller lovgivningsmessige og administrative formaliteter som pålegges i henhold til dette nummer, skal imidlertid innebære forskjellsbehandling eller være et hinder for fri bevegelighet for pasienter og tjenester samt fritt varebytte, med mindre dette er objektivt begrunnet i krav til planlegging i forbindelse med målet om å sikre tilstrekkelig og varig tilgang til et balansert utvalg av behandlinger av høy kvalitet i den berørte medlemsstaten eller i ønsket om å kontrollere kostnader og unngå, så langt det er mulig, enhver sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser.

9. Trygdemedlemsstaten kan begrense anvendelsen av reglene for refusjon av utgifter til helsetjenester over landegrensene ut fra tvingende allmenne hensyn, for eksempel krav til planlegging i forbindelse med målet om å sikre tilstrekkelig og varig tilgang til et balansert utvalg av behandlinger av høy kvalitet i den berørte medlemsstaten eller i forbindelse med ønsket om å kontrollere kostnader og unngå, så langt det er mulig, enhver sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser.

11 Pasientrettighetsdirektivet artikkel 9 nr. 1, 2, 3 og 4, med overskriften «Administrative framgangsmåter for helsetjenester over landegrensene», lyder:

1. Trygdemedlemsstaten skal sikre at administrative framgangsmåter ved bruk av helsetjenester over landegrensene og refusjon av utgifter til helsetjenester i en annen medlemsstat, bygger på objektive kriterier som ikke innebærer forskjellsbehandling, som er nødvendige og står i forhold til målet som skal nås.

2. Enhver administrativ framgangsmåte som nevnt i nr. 1 skal være lett tilgjengelig, og opplysninger om en slik framgangsmåte skal gjøres offentlig tilgjengelige på passende nivå. En slik framgangsmåte skal kunne sikre at søknader blir behandlet på en objektiv og upartisk måte.

3. Medlemsstatene skal fastsette rimelige frister for behandling av søknader om helsetjenester over landegrensene og offentliggjøre dem på forhånd. Når medlemsstatene behandler en søknad om helsetjenester over landegrensene, skal de ta hensyn til

(a) pasientens helsetilstand,

(b) hvor mye behandlingen haster samt individuelle omstendigheter.

4. Medlemsstatene skal sikre at individuelle beslutninger om bruk av helsetjenester over landegrensene og refusjon av utgifter til helsetjenester i en annen medlemsstat, er behørig begrunnet og at de etter en vurdering fra tilfelle til tilfelle kan innklages for domstolen, herunder at det kan fastsettes midlertidige tiltak.

12 Pasientrettighetsdirektivet kapittel IV, med overskriften «Samarbeid om helsetjenester», inneholder artiklene 10 til 15. Pasientrettighetsdirektivet artikkel 10 nr. 1 og 4, med overskriften «Gjensidig bistand og samarbeid», lyder i utdrag:

1. Medlemsstatene skal bistå hverandre i den grad det er nødvendig for å gjennomføre dette direktiv, herunder samarbeid om standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhet samt utveksling av opplysninger, særlig mellom nasjonale kontaktpunkter i samsvar med artikkel 6, herunder bestemmelser om tilsyn og gjensidig bistand for å avklare innhold i fakturaer.

4. Behandlingsmedlemsstatene skal sikre at opplysninger om retten til å praktisere for helsepersonell som er oppført i nasjonale og lokale registre opprettet på deres territorium, på anmodning skal gjøres tilgjengelige for myndighetene i andre medlemsstater i forbindelse med helsetjenester over landegrensene, i samsvar med kapittel II og III og med nasjonale tiltak for gjennomføring av Unionens bestemmelser om vern av personopplysninger, særlig direktiv 95/46/EF og 2002/58/EF samt prinsippet om formodning om uskyld. […]

13 Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF av 7. september 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner (EUT 2005 L 255, s. 22, og EØS-tillegg 2011 nr. 71, s. 1322) («yrkeskvalifikasjonsdirektivet») ble innlemmet i EØS-avtalen ved EØS-komiteens beslutning nr. 142/2007 av 26. oktober 2007 (EUT 2008 L 100, s. 70, og EØS-tillegg 2008 nr. 19, s. 70). Det vises til yrkeskvalifikasjonsdirektivet i nr. 1 i vedlegg VII (Godkjenning av yrkeskvalifikasjoner) til EØS-avtalen. Forfatningsrettslige krav ble angitt av Island, Liechtenstein og Norge. Kravene ble oppfylt 14. mai 2009, og beslutningen trådte i kraft 1. juli 2009.

14 Punkt 3 i fortalen til yrkeskvalifikasjonsdirektivet lyder:

Den garantien som ved dette direktiv gis personer som har tilegnet seg sine yrkeskvalifikasjoner i en medlemsstat for å få adgang til det samme yrket og utøve dette i en annen medlemsstat med de samme rettighetene som medlemsstatens borgere, berører ikke vandrearbeideres plikt til å oppfylle alle vilkår for likebehandling ved utøvelse som måtte være fastsatt av sistnevnte medlemsstat, under forutsetning av at disse er objektivt begrunnet og forholdsmessige.

15 Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 1, med overskriften «Formål», lød på det relevante tidspunktet:

> *Ved dette direktiv fastsettes reglene som en medlemsstat som krever bestemte yrkeskvalifikasjoner for adgang til eller utøvelse av et lovregulert yrke på sitt territorium (heretter kalt «vertsstaten»), skal anvende ved godkjenning av slike yrkeskvalifikasjoner for adgang til og utøvelse av yrket som er oppnådd i en eller flere andre medlemsstater (heretter kalt «hjemstaten»), og som gir innehaveren av disse kvalifikasjonene rett til å utøve yrket der.*

16 Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 2, med overskriften «Virkeområde», lød på det relevante tidspunktet:

> *1. Dette direktiv får anvendelse på alle statsborgere i en medlemsstat som ønsker å utøve et lovregulert yrke, herunder frie yrker, i en annen medlemsstat enn der de tilegnet seg sine yrkeskvalifikasjoner, enten som selvstendig næringsdrivende eller som lønnsmottaker.*
>
> *2. Alle medlemsstater kan i samsvar med egen lovgivning tillate statsborgere av andre medlemsstater som innehar kvalifikasjonsbeviser som ikke er ervervet i en medlemsstat, å utøve et lovregulert yrke i betydningen i artikkel 3 nr. 1 bokstav a) på sitt territorium. Når det gjelder yrker som omfattes av avdeling III kapittel III, skal denne første godkjenningen skje i samsvar med de minstekrav til utdanning som er fastsatt i nevnte kapittel.*
>
> *3. Der det for et gitt lovregulert yrke finnes andre særlige bestemmelser direkte knyttet til godkjenning av yrkeskvalifikasjoner i et særskilt dokument i fellesskapsretten, får tilsvarende bestemmelser i dette direktiv ikke anvendelse.*

17 Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 10, med overskriften «Virkeområde», lyder i utdrag:

> *Dette kapittel får anvendelse på alle yrker som ikke omfattes av kapittel II og III i denne avdeling, og i følgende tilfeller der søkeren av særlige og unntaksvise årsaker ikke oppfyller vilkårene fastsatt i de nevnte kapitlene:*
>
> *[…]*

18 Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 21 nr. 1, med overskriften «Prinsippet om automatisk godkjenning», lyder:

> *Alle medlemsstater skal godkjenne de kvalifikasjonsbeviser som lege som gir adgang til yrkesvirksomhet som lege med grunnutdanning og spesialistutdanning, som sykepleier med ansvar for alminnelig sykepleie, som tannlege, som tannlege med spesialistutdanning, som veterinær, som farmasøyt og som arkitekt, slik det framgår av listen i vedlegg V, henholdsvis nr. 5.1.1, 5.1.2, 5.2.2, 5.3.2, 5.3.3, 5.4.2, 5.6.2 og 5.7.1, som oppfyller minstevilkårene for utdanning nevnt i henholdsvis artikkel 24, 25, 31, 34, 35, 38, 44 og 46, og skal med hensyn til adgang til og utøvelse av yrkesvirksomhet gi slike kvalifikasjonsbeviser samme virkning på medlemsstatens territorium som de kvalifikasjonsbevisene medlemsstaten selv utsteder.*
>
> *Slike kvalifikasjonsbeviser skal være utstedt av vedkommende organer i medlemsstatene, og der det er hensiktsmessig være ledsaget av attestene i henholdsvis nr. 5.1.1, 5.1.2, 5.2.2, 5.3.2, 5.3.3, 5.4.2, 5.6.2 og 5.7.1 i vedlegg V.*
>
> *Bestemmelsene i første og annet ledd påvirker ikke de ervervede rettighetene nevnt i artikkel 23, 27, 33, 37, 39 og 49.*

19 Vedlegg V til yrkeskvalifikasjonsdirektivet har overskriften «Godkjenning på grunnlag av samordning av minstekrav til utdanning». Overskrift V.3 lyder «TANNLEGE». I vedlegg V punkt 5.3.3, med overskriften «Kvalifikasjonsbevis – tannlege med spesialistutdanning», fremgår følgende under «Kjeveortopedi» for Polen:

Stat	**Kvalifikasjonsbevis**	**Organ som utsteder kvalifikasjonsbeviset**	**Referansedato**
Polska	Dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie ortodoncji	Centrum Egzaminów Medycznych	1. mai 2004

20 I vedlegg V punkt 5.3.3 står videre følgende under «Oralkirurgi» for Polen:

Stat	**Kvalifikasjonsbevis**	**Organ som utsteder kvalifikasjonsbevis**	**Referansedato**
Polska	Dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie chirurgii stomatologicznej	Centrum Egzaminów Medycznych	1. mai 2004

Nasjonal rett

21 Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd («folketrygdloven») inneholder regler om refusjon for behandling i utlandet.

22 Folketrygdloven § 5-1, med overskriften «Formål m.m.», lød på det relevante tidspunktet:

> *Formålet med stønad etter dette kapitlet er å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd.*
>
> *Det ytes ikke stønad til inngrep som vesentlig er begrunnet i kosmetiske hensyn, og heller ikke til behandling av påregnelige følger av slike inngrep.*
>
> *I den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad etter dette kapitlet.*

23 Folketrygdloven § 5-1 a, med overskriften «Forholdet til bestemmelser om internasjonal trygdekoordinering», gjaldt ikke på kravstidspunktet, men ble tilføyd 25. november 2022. Bestemmelsen lyder:

> *Stønad ved helsetjenester er ytelser ved sykdom etter trygdeforordningen. Bestemmelsene i dette kapitlet skal fravikes i den utstrekning det er nødvendig av hensyn til relevante bestemmelser i EØS-avtalens hoveddel, trygdeforordningen, gjennomføringsforordningen og bi- og multilaterale trygdeavtaler, se §§ 1-3 a og 1-3 b.*

24 Folketrygdloven § 5-6, med overskriften «Tannlegehjelp», lyder:

> *Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom.*
>
> *Stønaden ytes etter fastsatte satser.*
>
> *Departementet gir forskrift om stønad etter denne paragrafen, herunder om tilskott til fellestiltak for tannleger.*

25 Folketrygdloven § 5-24 a, med overskriften «Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land», lyder:

> *Det ytes stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlemmet har hatt i et annet EØS-land etter regler fastsatt av departementet i forskrift.*
>
> *Forskriften kan ha nærmere bestemmelser om blant annet:*

a. hvilke helsetjenester og varer det ytes stønad til

b. hvem som har rett til stønad

c. vilkår for stønad, herunder forhåndsgodkjenning og krav til tjenesteyteren

d. beregning av stønaden

e. dekning av reise- og oppholdsutgifter

f. krav til dokumentasjon og oversettelse av dokumenter

g. forholdet til andre regler om stønad til helsehjelp mottatt i annet land.

26 Forskrift 16. desember 2014 nr. 1702 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom («tannforskriften») § 1, med overskriften «Stønadsberettiget undersøkelse og behandling», lød på det relevante tidspunktet i utdrag:

Etter folketrygdloven § 5-6 ytes det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved følgende tilstander/tilfeller:

[…]

6. Periodontitt

[…]

Etter folketrygdloven § 5-6a ytes det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av periodontitt utført av tannpleier i henhold til første ledd nr. 1, 4, 6 og 14.

Den enkelte tannlege eller tannpleier er ansvarlig for å vurdere hvorvidt et medlem har krav på stønad i medhold av folketrygdloven § 5-6 eller § 5-6a. Tannlegen/tannpleieren skal videre vurdere om behandlingen er innenfor rammene av nødvendig og forsvarlig tannbehandling. Tannlegen/tannpleieren må kunne dokumentere sine vurderinger, og pasientjournalen skal inneholde alle opplysninger som er relevante og nødvendige, jf. helsepersonelloven med tilhørende forskrifter.

Helsedirektoratet gir utfyllende bestemmelser og nærmere retningslinjer for hvilke behandlinger og tilstander som omfattes av ordningen under § 1.

Det er et vilkår for stønad etter forskriften her at vedkommende er medlem i folketrygden, jf. folketrygdloven § 5-2.

27 Tannforskriften § 3, med overskriften «Tannlegens og tannpleierens kompetanse», lyder:

Det ytes bare stønad hvis undersøkelsen eller behandlingen er utført av tannlege eller tannpleier som har rett til å utøve tannbehandling i medhold av lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), herunder tannlege eller tannpleier fra andre EØS-stater som yter midlertidige tjenester i Norge, jf. forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land og Sveits § 16.

Ved undersøkelse og eventuell start av behandling ved kjeveortopedi må det foreligge henvisning fra annen tannlege eller tannpleier før behandling hos kjeveortoped kan starte. En henvisning for medlemmer omfattet av § 1 nr. 8, gruppe b) og c), gjelder i 24 måneder fra henvisningsdato. Behandlingen må utføres av kjeveortoped eller av tannlege under spesialistutdanning i kjeveortopedi. Dersom behandlingen utføres av tannlege under spesialistutdanning i kjeveortopedi må behandlingen utføres som en del av opplæringen. Dersom oppgaver delegeres til annet personell, jf. helsepersonelloven § 4 og § 5, forutsettes det at delegerte oppgaver utføres under kjeveortopedens ansvar, tilstedeværelse og fulle oppmerksomhet.

Utgifter til implantatforankret tannprotetisk behandling dekkes bare hvis den kirurgiske innsettingen av odontologiske implantater er utført av spesialist i oral kirurgi og oral medisin, spesialist i maxillofacial kirurgi eller spesialist i periodonti. I tillegg må den protetiske delen av behandlingen være utført av spesialist i oral protetikk eller av tannlege med nødvendig kompetanse godkjent av Helsedirektoratet. Behandlingsoppgaver som krever spesialistkompetanse, eller særskilt kompetanse godkjent av Helsedirektoratet, kan ikke delegeres til annet helsepersonell når behandlingen kreves refundert i medhold av denne bestemmelsen.

Utgifter til kjeve- og ansiktsradiologiske undersøkelser ved bruk av CT/MR dekkes bare hvis undersøkelsene er utført av spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi.

28 Forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land («forskrift om stønad til helsetjenester i EØS») § 1, med overskriften «Generelt virkeområde», lød på det relevante tidspunktet:

Forskriften gjelder stønad til dekning av utgifter til helsehjelp mottatt i et annet land innenfor Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS), heretter kalt EØS-land.

Ved bruk av telemedisin anses helsehjelpen mottatt i landet der tjenesteyteren er etablert.

29 Forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 2, med overskriften «Hovedvilkår», lyder:

Stønad ytes bare for helsehjelp som medlemmet ville fått stønad eller bidrag til etter folketrygdloven eller fått bekostet i den offentlige helsetjenesten dersom den aktuelle helsehjelpen var mottatt i Norge.

Med mindre det er gjort unntak eller tilpasninger i forskriften her gjelder de samme vilkår som for tilsvarende helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge.

30 Forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 3, med overskriften «Hvilke typer helsehjelp det ytes stønad til», lød på det relevante tidspunktet:

Stønad ytes til dekning av utgifter ved helsehjelp som tilsvarer helsetjenester som

a. det gis stønad til etter folketrygdloven § 5-4 til § 5-12, § 5-14 og § 5-25

b. det gis bidrag til etter folketrygdloven § 5-22, begrenset til bidragsformålene hormonelle prevensjonsmidler og legemidler i forbindelse med infertilitetsbehandling

c. gis helt eller delvis vederlagsfritt etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til d, jf. § 2-2

d. ytes helt eller delvis vederlagsfritt etter spesialisthelsetjenesteloven.

Stønad ytes ikke for substitusjonsbehandling for opioidavhengighet. Dette gjelder selv om medlemmet får legemiddelassistert rehabilitering i Norge.

31 Forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 6, med overskriften «Autorisasjon og andre krav til tjenesteyteren», lød på det relevante tidspunktet:

Helsehjelpen må være utført av helsepersonell med offentlig autorisasjon i det aktuelle yrket som er gyldig i det landet der helsehjelpen er mottatt.

Når spesialistgodkjenning er et vilkår for rett til stønad eller helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge, må helsehjelpen være utført av helsepersonell med tilsvarende spesialistgodkjenning som er gyldig i det landet der helsehjelpen er

mottatt. Det samme gjelder andre særlige kompetansekrav. Det kan gjøres unntak fra dette vilkåret dersom den aktuelle spesialiteten eller tilsvarende formalkompetanse ikke eksisterer i landet der helsehjelpen er mottatt. Det er et vilkår at det i stedet dokumenteres at tjenesteyteren faktisk har tilsvarende realkompetanse eller annen legespesialisering som det er nærliggende å sammenligne med den spesialiteten som kreves i Norge.

Helsepersonellet må ha adgang til å praktisere lovlig i det landet der helsehjelpen er mottatt.

Det er ikke et vilkår at helsehjelpen er utført av helsepersonell som er tilknyttet den offentlige helsetjenesten, selv om dette er et vilkår for tilsvarende helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge.

32 Det er gitt et rundskriv til folketrygdloven § 5-24 a – Stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land («rundskrivet»). De neste avsnittene gjengir rundskrivet slik det lød på det relevante tidspunktet.

33 Under punktet «Innledning» i rundskrivet står det:

Gjennom § 5-24a gis det rett til stønad for helsehjelp mottatt i et annet EØS-land. Det er gitt utfyllende bestemmelser i forskrift.

Refusjonsordningen innebærer en mulighet til å velge å motta behandling man har rett til i Norge også i andre EØS-land. Således utvider ikke § 5-24a hvilke typer helsetjenester man har rett til, men innebærer en økt valgfrihet med hensyn til behandlingssted.

For å vurdere krav om refusjon etter § 5-24a, ses det hen til de nasjonale vilkårene som gjelder for den aktuelle helsetjenesten (legemidler, tannhelse, legehjelp osv). Utgangspunktet er at vurderingen skal skje som om helsehjelpen var mottatt i Norge. Pasienten kan imidlertid benytte private helseaktører. Hvilke vilkår som gjelder for den aktuelle helsetjenesten vil ikke bli omtalt i rundskrivet, med mindre det er særlige forhold som bør kommenteres.

34 Under punktet «Bakgrunnen for ordningen» står det:

EU-domstolen har slått fast at EU-traktatens prinsipp om fri bevegelighet av tjenester også omfatter helsetjenester. Prinsippet om fri bevegelighet av tjenester medfører dermed at pasienter har rettigheter som tjenestemottakere.

Pasientrettighetsdirektivet ble implementert i EU i oktober 2013, og er en kodifisering av rettspraksisen fra EU-domstolen. § 5-24a implementerer pasientrettighetsdirektivet i norsk rett.

35 Rundskrivet punkt 6, med overskriften «Autorisasjon og andre krav til tjenesteyteren», lyder:

For at helsehjelpen skal være refusjonsberettiget, må tjenesteyteren som hovedregel ha autorisasjon og eventuelt spesialistgodkjenning m.v. på tilsvarende måte som om behandlingen hadde vært utført i Norge.

36 Rundskrivet punkt 6.1, med overskriften «Krav til offentlig autorisasjon», lyder:

En autorisasjon er en bekreftelse på at noen oppfyller de formelle og faglige krav til gjeldende yrkestittel.

Det fremgår av § 6 første ledd at helsehjelpen må være gitt av helsepersonell med offentlig autorisasjon. Autorisasjonen må være gyldig i det landet der helsehjelpen er mottatt. Det kreves ikke norsk autorisasjon.

37 Rundskrivet punkt 6.2, med overskriften «Spesialistgodkjenning og andre særlige kompetansekrav», lyder:

Der spesialistgodkjenning er et krav for å få stønad til helsehjelp i Norge, må behandlingen i utlandet være utført av helsepersonell med tilsvarende spesialistgodkjenning. Spesialistgodkjenningen må være gyldig i det landet helsehjelpen er mottatt. Det kreves ikke norsk spesialistgodkjenning.

For legespesialister er godkjente spesialiteter i stor grad harmonisert gjennom kvalifikasjonsdirektivet, 2005/36/EF. Kravet til legespesialitet vil dermed i utgangspunktet være oppfylt i de fleste tilfeller. For nærmere angivelse av kvalifikasjonskrav, se Vedlegg V – godkjenning ved harmoniserte utdanninger.

Når det stilles særskilte kompetansekrav til tjenesteyteren for rett til stønad etter norske regler, gjelder disse tilsvarende. Eksempel på dette er krav om tilleggskurs/utdannelse for visse takster for legehjelp, manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi, samt psykologhjelp.

Forskriften åpner for å gjøre unntak fra vilkåret om tilsvarende spesialistgodkjenning eller særskilt kompetanse. Det er to vilkår som må være oppfylt for å gjøre unntak. For det første må den aktuelle spesialiteten eller tilsvarende formalkompetanse ikke eksistere i landet der helsehjelpen er mottatt. Videre må det dokumenteres at tjenesteyteren i stedet faktisk har tilsvarende

realkompetanse eller annen legespesialisering som det er nærliggende å sammenligne med den spesialiteten som kreves i Norge.

Det kan ikke gjøres unntak dersom den aktuelle spesialiseringen eksisterer i landet der helsehjelpen er mottatt.

Særlig om spesialistgodkjenning ved implantatbasert protetikk

I regelverket for stønad ved tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6 er det for refusjon ved implantatbasert protetikk og implantatkirurgi satt særskilte kompetansekrav til tannlegen som utfører behandlingen. For å kunne få stønad til implantatbasert protetikk i Norge, må både tannlegen som setter inn implantatene (kirurgen) og tannlegen som utfører det protetiske arbeidet ha en nærmere angitt spesialistgodkjenning.

Kjeve-/oralkirurgi er omtalt i kvalifikasjonsdirektivet vedlegg V. Det kan dermed kreves dokumentasjon for at tannlegen som har foretatt den kirurgiske innsettingen av implantater i et annet EØS-land, innehar en av de aktuelle spesialitetene.

Spesialitet i oral protetikk er derimot ikke omtalt i kvalifikasjonsdirektivet, og det er ikke alle EØS-land som har en slik spesialistgodkjenning. Det åpnes likevel for refusjon for den protetiske delen av behandlingen i land hvor spesialitet i oral protetikk ikke eksisterer. I slike tilfeller må en foreta en konkret vurdering av om tjenesteyterens kompetanse kan anses å være til nærmet lik den spesialkompetansen som kreves i Norge.

Vedlegg 2 til forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land kan gi noe veiledning ved vurdering av bekreftelse på autorisasjon og lignende fra andre EØS-land. I vedlegget listes opp navn på vitnemål, utdanningsnivå mv. for ulike grupper av helsepersonell.

38 Rundskrivet punkt 6.4, med overskriften «Ikke krav om at behandler er tilknyttet den offentlige helsetjenesten», lyder:

Det er ikke et krav for stønad etter denne refusjonsordningen at den mottatte behandlingen er utført av helsepersonell som er tilknyttet den offentlige helsetjenesten.

II FAKTUM OG SAKSGANG

39 Den 30. november 2017 søkte K om stønad til dekning av tannbehandling mottatt i Polen i perioden 16. august til 24. oktober 2017. Søknaden gjaldt del to av en behandling for grav marginal periodontitt som ble påbegynt i 2016. K hadde tidligere søkt om og fått avslag på refusjon for den første delen av behandlingen med begrunnelse om at den behandlende tannlegen manglet nødvendig spesialisering. Avslaget på refusjon for den første delen av behandlingen ble stadfestet i Trygderettens kjennelse i ankesak 20/00406 avgjort 9. april 2021.

40 I vedtak 1. februar 2018 avslo Helseøkonomiforvaltningen («Helfo») Ks søknad om refusjon for den delen av behandlingen som saken gjelder. Avslaget var begrunnet med manglende spesialisering hos behandlende tannlege.

41 Etter klage fra K ble Helfos vedtak stadfestet av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten («Helseklage») i vedtak 25. februar 2021.

42 K anket Helseklages vedtak inn for Trygderetten 7. april 2021. Som del av ankeforberedelsen tok Helseklage det påankede vedtaket opp til ny prøving, jf. trygderettsloven § 13 første ledd. Helseklage kom på nytt til samme resultat som i det påankede vedtaket. I oversendelsesbrevet 10. september 2021 står det følgende om kravet til spesialisering:

> Som nevnt følger det av tannforskriften § 3, tredje ledd at utgifter til implantatforankret tannprotetisk behandling bare dekkes hvis den kirurgiske innsettingen av odontologiske implantater er utført av spesialist i oral kirurgi og oral medisin, spesialist i maxillofacial kirurgi eller spesialist i periodonti. I denne saken er ikke den kirurgiske delen av behandlingen utført av spesialist i oral kirurgi og oral medisin, spesialist i maxillofacial kirurgi eller spesialist i periodonti (se trygderettens kjennelse 20/00406). Følgelig kan heller ikke den protetiske delen av behandlingen dekkes.
>
> Ankende part hevder at kravet til spesialisering for å kunne få refusjon er i strid med EUs regler om ikke-diskriminering. Det vises i de [sic.] sammenheng blant annet til case 205/84 *Commission vs. Germany* og Case C-398/95 *Symvoulio Epikrateias - Greece*.
>
> Helseklages [sic.] ønsker å bemerke at det ikke er retten til å sette inn implantater som begrenses etter forskriften § 3, men retten til å kunne kreve refusjon for de innsatte implantater. Det er ingen ting i veien for å motta behandling hos en tannlege uten den nødvendige spesialiseringen. Regelverket gjelder kun retten til å få den aktuelle behandlingen refundert, og regulerer på ingen måte hvem som har rett til å utføre tannbehandling. Siden anførte dommer gjelder kravene

til tjenesteyting i et annet EØS-land, ikke hvilke nasjonale krav som kan stilles for å gi refusjon, vil ikke disse dommene være relevante i vår sak.

I Trygderettens kjennelse av 20/00406 slo Trygderetten fast at reglementet knyttet til kravet om spesialisering for å kunne motta refusjon, ikke var i strid med EØS-retten. Helseklages [sic.] vil for øvrig også vise til pasientdirektivet art 7 som regulerer retten til å motta refusjon for helsetjenester mottatt i et annet EØS/EU land en medlemsstaten.

I tredje ledd av bestemmelsen slår direktivet fast at det er trygdemedlemsstaten selv som fastsetter, på lokalt, regionalt eller nasjonalt plan, hvilke helsetjenester et medlem i trygdeordningen har rett til å få refundert utgiftene til samt dekningsgraden av disse utgiftene. […]

Dette betyr at det er staten selv som bestemmer hvilke helsetjenester som kan dekkes, og hvor mye som skal dekkes. Videre følger det av den samme bestemmelsen punkt 7 at Trygdemedlemsstaten kan underlegge et medlem i trygdeordningen som søker om refusjon av utgiftene til helsetjenester over landegrensene [...] de samme vilkår, kriterier for å være berettiget og lovgivningsmessige og administrative formaliteter på lokalt, regionalt eller nasjonalt plan, som medlemmet i trygdeordningen ville blitt underlagt dersom denne helsetjenesten ble ytt på trygdemedlemsstatens territorium.

Dette betyr at det er anledning til å stille de samme vilkår for refusjon i Norge som ved behandling i utlandet. Dette er også i tråd med EUs prinsipp om ikke-diskriminering. Dette fordi dersom det skulle stilles mindre strenge krav for refusjon ved tannbehandling mottatt i et annet EØS-land, vil dette vært en diskriminerende ordning mot de som mottar tannbehandling i Norge.

Kravet om at implantatforankret protetisk tannbehandling må utføres av tannlege med gitt spesialisering for at refusjon skal kunne innvilges, gjelder uavhengig av hvor du mottar behandlingen. Det er derfor ingen forskjell om du går til din lokale tannlege i Norge eller om du reiser til Polen. Kravet som stilles for refusjon er identiske.

Helseklages [sic.] mener på den bakgrunn av vilkårene for stønad etter folketrygdloven § 5-24 a jf. § 5-6 ikke er oppfylt. Dette både fordi tidspunktet og bakgrunnen for tanntapet ikke er godt nok dokumentert samt at kravet til spesialisering ikke er oppfylt.

43 Ifølge anmodningen er partene uenige om det er tillatt å oppstille vilkår om at den behandlende tannlegen må ha samme spesialisering som det som kreves for å få refusjon etter tannforskriften § 3 tredje ledd.

44 På denne bakgrunn besluttet Trygderetten 1. desember 2023 å sende en anmodning om rådgivende uttalelse, registrert ved EFTA-domstolen samme dag, der følgende spørsmål ble forelagt:

> *1. Er det forenlig med EØS-avtalen artikkel 36 og europaparlaments- og rådsdirektiv 2011/24/EU av 9. mars 2011 om pasientrettigheter i forbindelse med grensekryssende helsetjenester artikkel 7 å avslå refusjon av kostnader for tannbehandling i en annen EØS-stat fordi behandlende tannlege ikke innehar slik spesialisering som kreves for å kunne få refundert tilsvarende behandling i tjenestemottakerens hjemstat?*
>
> *2. Har det betydning for svaret på spørsmål 1 om den spesialiseringen som kreves i tjenestemottakerens hjemstat, er inntatt i vedlegg V til europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF av 7. september 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner?*
>
> *3. Dersom spesialiseringen ikke er inntatt i vedlegg V til europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF av 7. September 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner, må de kompetente myndighetene i tjenestemottakerens hjemstat også foreta en vurdering etter EØS-avtalens artikkel 36 for å vurdere om behandlende tannlege har tilsvarende kompetanse som den som kreves etter nasjonal rett?*

45 Det vises til rettsmøterapporten for en mer utførlig redegjørelse for den rettslige bakgrunnen, de faktiske forholdene, saksgangen og forslagene til svar som er inngitt til EFTA-domstolen. Partenes argumenter nevnes eller drøftes i det følgende bare så langt det er nødvendig for EFTA-domstolens begrunnelse.

III EFTA-DOMSTOLENS SVAR

46 Den anmodende domstolen spør ved sitt første spørsmål i hovedsak om et nasjonalt tiltak, som i forbindelse med refusjon av nasjonale eller grensekryssende helsetjenester stiller krav om spesialisering for helsepersonellet som yter helsetjenesten, er forenlig med EØS-avtalen artikkel 36 og pasientrettighetsdirektivet artikkel 7. Det andre og tredje spørsmålet gjelder i hovedsak om det er relevant at den nødvendige spesialiseringen er oppført i vedlegg V til yrkeskvalifikasjonsdirektivet, og om de kompetente myndighetene i trygdestaten også må foreta en vurdering etter EØS-avtalen artikkel 36 for å vurdere om behandleren har tilsvarende kompetanse som den som kreves etter nasjonal rett. EFTA-domstolen finner det hensiktsmessig å besvare disse spørsmålene samlet.

47 Innledningsvis bør det nevnes at EØS-retten ikke begrenser EØS-statenes kompetanse til selv å organisere sine trygdeordninger. I fravær av harmonisering på EØS-nivå, er det opp til lovgiverne i den enkelte EØS-stat å fastsette vilkårene for rett til trygdeytelser. EØS-

statene må likevel overholde EØS-retten når de utøver denne kompetansen (jf. dommen 18. april 2024 i *A* mot *Arbeids- og velferdsdirektoratet*, E-3/23, avsnitt 55 og rettspraksis som det vises til der).

48 EFTA-domstolen minner om at EØS-avtalen artikkel 36 fastsetter en adgang til å yte tjenester som omfatter både tjenesteytere og -mottakere innenfor rammen av EØS-avtalen. Det følger av fast rettspraksis at medisinske tjenester som ytes mot vederlag faller inn under bestemmelsene om adgangen til å yte tjenester. Medisinske tjenester er hverken av en slik særlig art eller organisert eller finansiert på en slik måte at de unntas fra tjenestefrihetens virkeområde (jf. dommen 28. mars 2023 i *Stendi AS & Norlandia Care Norge AS* mot *Oslo kommune*, E-4/22, avsnitt 44 og rettspraksis som det vises til der). Dette gjenspeiles også i punktene 6 og 11 i fortalen til pasientrettighetsdirektivet. Som det fremkommer av fortalen punkt 8, kodifiserer direktivet rettspraksis med hensyn til adgangen til å yte tjenester som er garantert ved EØS-avtalen artikkel 36 på helseområdet, samtidig som direktivet har til formål å oppnå en mer allmenn og effektiv anvendelse av prinsipper som er utviklet i rettspraksis på grunnlag av enkelttilfeller (jf. dommen 29. oktober 2020 i *Veselības ministrija*, C-243/19, EU:C:2020:872, avsnitt 66).

49 Som det fremkommer av artikkel 1 nr. 1 og fortalen punkt 10, innfører pasientrettighetsdirektivet regler for enklere tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet over landegrensene og fremmer samarbeid om helsetjenester mellom EØS-statene, samtidig som det fullt ut respekterer nasjonal myndighet med hensyn til organisering og yting av helsetjenester. Som nevnt i punkt 2 i fortalen til pasientrettighetsdirektivet, har det videre til formål å forbedre det indre markeds virkemåte og den frie bevegelighet for varer, personer og tjenester. Det følger av artikkel 1 nr. 2 og 4, som angitt i fortalen punkt 11, at pasientrettighetsdirektivet får anvendelse på helsetjenester som tilbys pasienter i grensekryssende situasjoner og dermed på enkeltpasienter som ønsker å benytte helsetjenester i en annen EØS-stat enn trygdestaten, uten at det berører bestemmelsene i artikkel 2 av de grunner som er angitt i fortalen punkt 28 til 31. Pasientrettighetsdirektivet er derfor anvendelig på situasjoner som dem hovedsaken gjelder.

50 Når det gjelder grensekryssende helsetjenester er ansvarsområdene til behandlingsstaten og trygdestaten, slik disse er definert i pasientrettighetsdirektivet artikkel 3 bokstav c) og d), fastsatt i kapittel II. Som påpekt av ESA, fastsetter artikkel 4 nr. 1 bokstav a) og b) at helsetjenester over landegrensene skal ytes i samsvar med lovgivningen og de standardene og retningslinjene for kvalitet og sikkerhet som er fastsatt i behandlingsstaten. Trygdestatens ansvar er motsetningsvis fastsatt i artikkel 5. Trygdestaten skal blant annet sikre at utgiftene til helsetjenester over landegrensene refunderes i samsvar med kapittel III, og på anmodning gi pasientene opplysninger om deres rettigheter med hensyn til mottak av helsetjenester over landegrensene, særlig med hensyn til vilkårene for refusjon av utgifter.

51 De allmenne prinsippene for refusjon er fastsatt i pasientrettighetsdirektivet artikkel 7. Etter artikkel 7 nr. 1 skal trygdestaten, uten at det berører europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering av trygdeordninger og med forbehold for bestemmelsene i pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 og 9, sikre at påløpte utgifter for et medlem i trygdeordningen som mottar helsetjenester over landegrensene, blir refundert dersom den aktuelle helsetjenesten er blant de ytelser medlemmet i trygdeordningen har krav på i trygdestaten. Etter artikkel 7 nr. 3 er det trygdestaten som fastsetter, på lokalt, regionalt eller nasjonalt plan, hvilke helsetjenester et medlem i trygdeordningen har rett til å få refundert utgiftene til samt dekningsgraden for disse utgiftene, uavhengig av hvor helsetjenesten ytes. Videre åpner artikkel 7 nr. 7 for at trygdestaten på visse vilkår kan underlegge et medlem i trygdeordningen som søker om refusjon av utgiftene til helsetjenester over landegrensene, de samme vilkår, kriterier for å være berettiget og lovgivningsmessige og administrative formaliteter som medlemmet i trygdeordningen ville blitt underlagt dersom den aktuelle helsetjenesten ble ytt på dens territorium.

52 Det fremgår av anmodningen at Ks tannbehandling er blant ytelsene som han kan ha krav på i Norge i henhold til pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 1, forutsatt at han oppfyller de øvrige vilkårene fastsatt i norsk lov. Som gjengitt i anmodningen, anfører Helseklage at det aktuelle nasjonale tiltaket kun begrenser retten til å kreve refusjon for Ks odontologiske implantater og ikke regulerer hvem som kan utføre tannbehandling. Kravet om at slike helsetjenester må ytes av en tannlege med spesialistutdanning, ser derfor ut til å være et vilkår for refusjon etter artikkel 7 nr. 7.

53 I denne sammenheng må ESAs anførsel om at pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7 ikke kan hjemle det omtvistede spesialiseringskravet fordi bestemmelsen angivelig bare omfatter administrative vilkår og formaliteter og ikke krav med hensyn til helsepersonellets kvalifikasjoner, avvises. Det følger av ordlyden i bestemmelsen at «kriterier for å være berettiget» også dekkes. Dette støttes videre av en kontekstuell tolkning: mens behandlingsstatens ansvar er fastsatt i artikkel 4, er trygdestatens plikt til å refundere utgifter regulert i artikkel 7. Forenligheten av vilkårene for refusjon fastsatt i lovgivningen i trygdestaten må derfor vurderes opp mot den siste bestemmelsen.

54 Etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7 må det godtgjøres at spesialiseringskravet og vilkårene for å bevise at det er oppfylt, hverken innebærer forskjellsbehandling eller er et hinder for fri bevegelighet for pasienter, med mindre dette er objektivt begrunnet i krav til planlegging i forbindelse med målet om å sikre tilstrekkelig og varig tilgang til et balansert utvalg av behandlinger av høy kvalitet i den berørte EØS-staten eller i forbindelse med ønsket om å kontrollere kostnader og unngå, så langt det er mulig, enhver sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser.

55 I anmodningen fremstår det som at det aktuelle nasjonale tiltaket godtar tilsvarende spesialisering oppnådd i andre EØS-stater. Videre åpner nasjonal lovgivning for å gjøre unntak fra kravet om tilsvarende spesialistgodkjenning eller særlig kompetanse. To vilkår

må være oppfylt for å kunne gjøre unntak. For det første må den aktuelle spesialiseringen eller tilsvarende formalkompetansen ikke finnes i EØS-staten der helsehjelpen er mottatt. For det andre må det dokumenteres at tjenesteyteren har tilsvarende realkompetanse eller annen legespesialisering som det er nærliggende å sammenligne med spesialiseringen som kreves i Norge. Det nasjonale tiltaket synes derfor ikke å innebære forskjellsbehandling etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7, noe den anmodende domstolen må kontrollere. Det nasjonale tiltaket kan likevel være et hinder for pasienters frie bevegelighet.

56 Når det gjelder spørsmålet om anvendelsen av nasjonal lovgivning slik som den hovedsaken gjelder, utgjør et hinder for fri bevegelighet etter EØS-avtalen artikkel 36 og pasientrettighetsdirektivet, bør det for det første påpekes at alle tiltak som forbyr, hemmer eller gjør utøvelsen av fri bevegelighet for tjenester mindre interessant, må anses som restriksjoner (jf. dommen 5. mai 2021 i *Straffesak mot N*, E-8/20, avsnitt 79 og rettspraksis som det vises til der).

57 Videre er det uten betydning om restriksjonene er pålagt av hjemstaten eller vertsstaten. EØS-avtalen artikkel 36 omfatter også nasjonale regler som gjør tjenesteytelse mellom EØS-statene vanskeligere enn tjenesteytelse utelukkende innenfor en og samme EØS-stat (jf. dommen i *Straffesak mot N*, E-8/20, sitert over, avsnitt 80 og rettspraksis som det vises til der).

58 EFTA-domstolen påpeker at administrative prosesser i seg selv kan utgjøre en restriksjon hvis de gjør utøvelsen av fri bevegelighet mindre interessant for pasientene. Dette gjelder også om vilkårene for refusjon er de samme for behandling som mottas i og utenfor Norge, dersom de i praksis gjør det vanskeligere for pasienter å søke behandling i utlandet (jf. dommen 19. desember 2008 i *Rindal og Slinning*, forente saker E-11/07 og E-1/08, avsnitt 47 og 54). Dette kan for eksempel være tilfelle dersom de aktuelle reglene gjør det vanskeligere for pasienter å søke refusjon for behandling mottatt i utlandet enn det som ville ha vært tilfelle dersom behandlingen hadde blitt gitt i hjemstaten.

59 Uavhengig av det ovenstående bemerker EFTA-domstolen at i enhver refusjonsordning, slik som den som reguleres av pasientrettighetsdirektivet, vil saksbehandling og en viss mengde papirarbeid være nødvendig for at pasienten skal kunne kreve refusjon. Det avgjørende er derfor om virkningen av spesialiseringskravet innebærer en uberettiget tilleggsbyrde for personer som velger å motta behandling i en annen EØS-stat sammenlignet med pasienter som søker behandling i Norge (jf. dommen i *Straffesak mot N*, E-8/20, sitert over, avsnitt 86).

60 Hvorvidt det foreligger et hinder etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7 må derfor bero på en samlet vurdering av både de materielle og prosessuelle sidene ved den aktuelle lovgivningen. Som Kommisjonen påpeker, har vilkår, kriterier og formaliteter for refusjon betydelig potensial til å undergrave selve formålet med pasientrettighetsdirektivet, nemlig

enklere tilgang til helsetjenester over landegrensene og forbedre det indre markeds virkemåte og fri bevegelighet for varer, personer og tjenester. Ifølge fortalen punkt 37 bør slike allmenne vilkår, kriterier og formaliteter anvendes på en objektiv og åpen måte som ikke innebærer forskjellsbehandling eller en tilleggsbyrde for pasienter som ønsker å benytte helsetjenester i en annen EØS-stat i forhold til pasienter som mottar helsetjenester i sin trygdestat. Videre bør beslutningene primært bygge på medisinske hensyn og tas så raskt som mulig. Dersom pasienter som mottar behandling i en annen EØS-stat pålegges å legge frem omfattende dokumentasjon om helsepersonellets kvalifikasjoner, og bevisbyrden for godkjenning av disse kvalifikasjonene faller på pasienten, kan dette avskrekke dem fra å søke grensekryssende helsetjenester i en slik grad at det vil bli et hinder etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7.

61 Ved vurderingen av om det foreligger et slikt hinder, må det også tas i betraktning om det er innført andre nasjonale tiltak for å avhjelpe slike begrensende virkninger. Disse kan omfatte, men er ikke begrenset til, informasjon som er tilgjengelig for pasientene, bistand fra kompetente myndigheter, eventuelle avtaler mellom myndigheter og helsepersonell, og utveksling av informasjon mellom kompetente myndigheter.

62 Det er derfor opp til den anmodende domstolen å avgjøre om vilkårene for å bevise at helsepersonellet som yter helsetjenesten har den nødvendige kvalifikasjonen, er vanskeligere og mer byrdefull å oppfylle i grensekryssende situasjoner enn når behandlingen mottas i trygdestaten, også med tanke på opplysningene som skal gis etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 5 bokstav b).

63 Som det fremkommer av fortalen punkt 19 og 20, er det avgjørende at pasientene på forhånd vet hvilke regler som gjelder for å kunne ta et velbegrunnet valg når de ønsker å benytte helsetjenester i en annen EØS-stat. Relevante opplysninger om alle viktige aspekter ved helsetjenester over landegrensene er dessuten nødvendige, som nevnt i fortalen punkt 48, for at pasienten skal være i stand til å utøve sine rettigheter i praksis. Pasientrettighetsdirektivet artikkel 9 stiller derfor krav til forvaltningens saksbehandling i forbindelse med helsetjenester over landegrensene. Denne bestemmelsen krever blant annet at de administrative fremgangsmåtene bygger på objektive, ikke-diskriminerende kriterier som er nødvendige og står i forhold til målet som skal nås, at de er lett tilgjengelige, og at opplysninger om en slik fremgangsmåte skal gjøres offentlig tilgjengelige på passende nivå.

64 Siden usikkerhet hos pasienten med hensyn til om vilkårene for refusjon vil oppfylles kan virke sterkt avskrekkende for bruk av grensekryssende helsetjenester, må den anmodende domstolen vurdere pasientens muligheter til å undersøke og bevise at tannlegen som utfører behandlingen oppfyller de nasjonale kvalifikasjonskravene.

65 EFTA-domstolen påpeker at pasientrettighetsdirektivet artikkel 10 fastsetter prosedyrer for gjensidig bistand og samarbeid, blant annet for utveksling av opplysninger. Etter artikkel

10 nr. 4 skal behandlingsstaten sikre at opplysninger om retten til å praktisere for helsepersonell som er etablert på deres territorium, på anmodning gjøres tilgjengelige for myndighetene i andre EØS-stater i forbindelse med helsetjenester over landegrensene, i samsvar med kapittel II og III. Disse mulighetene for trygdestaten må derfor tas i betraktning ved vurderingen av bevisbyrden for det aktuelle kvalifikasjonskravet.

66 EFTA-domstolen påpeker i denne sammenheng at ytterligere opplysninger særlig når det gjelder forvaltningens saksbehandling i forbindelse med refusjon, dokumentene som ble krevd og vurderingen Helfo og Helseklage gjorde, samt deres vurderingskriterier, ikke er inntatt i saksdokumentene, men er noe som den anmodende domstolen må vurdere for å avgjøre om det nasjonale tiltaket utgjør et hinder for fri bevegelighet for pasienter.

67 I denne sammenheng og med hensyn til disse ytterligere opplysningene, må den anmodende domstolen vurdere om det faktum at den nødvendige spesialiseringen er oppført i vedlegg V til yrkeskvalifikasjonsdirektivet, kan lette en eventuell tilleggsbyrde, og om det er et krav etter nasjonal lovgivning at de kompetente myndighetene i tillegg vurderer om behandleren har tilsvarende kompetanse som den som kreves etter norsk rett.

68 EFTA-domstolen kan likevel gi en viss veiledning ved denne vurderingen på bakgrunn av opplysningene i anmodningen. Det fremgår av anmodningen at de aktuelle reglene i hovedsaken krever at tannlegen har en av følgende kvalifikasjoner: spesialist i oral kirurgi og oral medisin, spesialist i maxillofacial kirurgi eller spesialist i periodonti. Av de tre typene spesialiseringer som den aktuelle regelen viser til, er den første oppført i punkt 5.3.3 i vedlegg V til yrkeskvalifikasjonsdirektivet når det gjelder tannleger med spesialistutdanning. Den andre er oppført i punkt 5.1.3 i vedlegg V til yrkeskvalifikasjonsdirektivet når det gjelder leger med spesialistutdanning. I EØS-avtalen vedlegg VII nr. 1 vises det til tilsvarende norske kvalifikasjoner for begge disse spesialistkategoriene.

69 Det fremgår av anmodningen at tannlegen som utførte tannbehandlingen hverken var spesialist i oral kirurgi og oral medisin, spesialist i maxillofacial kirurgi eller spesialist i periodonti. Som anført av ESA, synes det å fremgå av forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 6 andre ledd, slik bestemmelsen tolkes i samsvar med rundskrivets punkt 6, at den påfølgende vurderingen av behandlerens kvalifikasjoner ikke foretas i hver enkelt sak med hensyn til tilsvarende realkompetanse eller en sammenlignbar medisinsk spesialisering, så lenge den nødvendige spesialiseringen finnes i behandlingsstaten, men dette er noe den anmodende domstolen må kontrollere. I stedet avgjøres dette på grunnlag av om helsepersonellet har dokumentasjon på spesialiseringen oppført i vedlegg V til yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

70 EFTA-domstolen påpeker i denne forbindelse at yrkeskvalifikasjonsdirektivet, slik det fremgår av fortalen punkt 3 og artiklene 1 og 2, gjelder adgangen til eller utøvelsen av et lovregulert yrke i en annen EØS-stat enn der yrkeskvalifikasjonen ble oppnådd og kommer

derfor ikke direkte til anvendelse på situasjonen hovedsaken gjelder. Det er imidlertid relevant å merke seg, som ESA og Kommisjonen har påpekt, at rettspraksis uttrykkelig har vist til systemet for gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner og den tillit som dermed kan settes til den faglige skikketheten til helsepersonell fra en annen EØS-stat i forbindelse med fri bevegelighet for helsetjenester (jf. dommen 19. april 2007, *Stamatelaki*, C-444/05, EU:C:2007:231, avsnitt 37).

71 Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 21 etablerer en ordning med automatisk godkjenning av yrkeskvalifikasjonsbevis for visse yrker på grunnlag av samordnede minstekrav til utdanning, herunder for tannleger. Ordningen med automatisk godkjenning bygger på en automatisk og ubetinget godkjenning som ikke innebærer noen materiell undersøkelse fra vertsstatens side for at kvalifikasjonsbeviset skal godkjennes (jf. dommen 25. mars 2021 i *Lindberg*, E-3/20, avsnitt 40 og 45).

72 De som etter vilkårene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 10 ikke kan komme inn under ordningen med automatisk godkjenning, må vurderes etter den generelle ordningen for godkjenning. Denne bestemmelsen er ment å legge til rette for og forenkle godkjenningen av yrkeskvalifikasjoner i tilfellene som er oppført der (jf. dommen i *Lindberg*, E-3/20, sitert over, avsnitt 60). Både artikkel 10 og 21 viser til vedlegg V. Vedlegg V inneholder imidlertid ikke en uttømmende liste over alle kvalifikasjoner som er tilgjengelige i hver EØS-stat med hensyn til realkompetanse.

73 Yrkeskvalifikasjonsdirektivets formål er, som det fremgår av dets artikkel 1 og EØS-avtalen artikkel 30, å legge til rette for gjensidig godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis ved å fastsette regler og felles kriterier som i størst mulig grad skal sikre automatisk godkjenning av disse yrkeskvalifikasjonene og dermed gjøre godkjenningsprosessen mer forutsigbar og effektiv for søkeren. Yrkeskvalifikasjonsdirektivet har ikke til formål å gjøre godkjenningen av yrkeskvalifikasjoner vanskeligere i situasjoner som faller utenfor dets virkeområde, og det skal heller ikke ha en slik konsekvens. Ordningen med automatisk godkjenning etter dette direktivet utfyller dermed rettighetene etter EØS-avtalens hoveddel, men erstatter ikke en vurdering etter de nevnte bestemmelsene (jf. dommen i *Lindberg*, E-3/20, sitert over, avsnitt 59 og rettspraksis som det vises til der).

74 Under omstendigheter der vilkårene for godkjenning av yrkeskvalifikasjoner etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet ikke er oppfylt, kan retten til godkjenning av yrkeskvalifikasjoner i lys av det ovenstående utledes fra EØS-avtalen artiklene 28 og 31. Dette gjelder også dersom et direktiv om gjensidig godkjenning av diplomer har blitt vedtatt for det aktuelle yrket, men søkeren ikke oppfyller vilkårene for godkjenning av kvalifikasjoner (jf. dommen i *Lindberg*, E-3/20, sitert over, avsnitt 61 og rettspraksis som det vises til der). Det samme gjelder med hensyn til EØS-avtalen artikkel 36.

75 Det følger av fast rettspraksis at vertsstatens myndigheter må ta hensyn til alle søkerens diplomer, attester og andre kvalifikasjonsbevis samt relevant erfaring når de sammenligner kvalifikasjonene og erfaringen som søkeren har, med kunnskapen og kvalifikasjonene som nasjonal lovgivning krever for adgang til det aktuelle yrket. Vertsstaten må derfor vurdere kvalifikasjonen og det konkrete innholdet i utdanningen. Vurderingen må sette vertsstatens myndigheter i stand til å forvisse seg om på et objektivt grunnlag at et utenlandsk diplom bekrefter at kunnskapen og kvalifikasjonene er, om ikke identiske, i det minste på samme nivå som det som dokumenteres ved det nasjonale diplomet. Denne bedømmelsen må utelukkende bygge på det kunnskaps- og kvalifikasjonsnivået som innehaveren kan antas å inneha i betraktning av arten og varigheten av studiene og den praktiske utdanningen som diplomet gjelder (jf. dommen i *Lindberg*, E-3/20, sitert over, avsnitt 64 og 65 og rettspraksis som det vises til der).

76 For å avgjøre om helsepersonell i en annen EØS-stat har tilsvarende spesialisering eller realkompetanse, kan derfor en spesialisering som er oppført i vedlegg V til yrkeskvalifikasjonsdirektivet anses som tilstrekkelig bevis på realkompetanse i og med at vedkommende har rett til automatisk godkjenning. En spesialisering oppført i vedlegg V kan imidlertid ikke anses som nødvendig for å bevise realkompetanse. En vurdering av om behandleren har tilsvarende kompetanse som den som kreves med hensyn til refusjon, kan derfor ikke begrenses til tilfeller der den aktuelle spesialiseringen eller tilsvarende formelle kvalifikasjonen ikke er oppført i vedlegg V.

77 Det er imidlertid viktig å understreke at selv om spesialiseringskravet åpner for en vurdering i tråd med tolkningen av yrkeskvalifikasjonsdirektivet ovenfor, i den forstand at det faktisk ikke forskjellsbehandler tjenesteytere i andre EØS-stater, kan spesialiseringskravet likevel være et hinder for pasienters frie bevegelighet dersom det utgjør en uberettiget tilleggsbyrde for personer som velger å motta behandling i en annen EØS-stat sammenlignet med pasienter som søker behandling i Norge. EFTA-domstolen minner om at det å kreve at pasientene skal legge frem tilstrekkelig dokumentasjon om helsepersonellets kvalifikasjoner og utdanning for å gjøre det mulig for de kompetente myndighetene å foreta en ekvivalensvurdering der bevisbyrden hviler på pasienten, kan avskrekke pasienter fra å søke grensekryssende helsetjenester og dermed bli et hinder for fri bevegelighet for pasienter etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7.

78 I tillegg vil de pålagte formelle kravene føre til forskjellsbehandling dersom pasienten, i en situasjon som i den foreliggende sak der den ikke-norske kvalifikasjonen til helsepersonellet er oppført i vedlegg V til yrkeskvalifikasjonsdirektivet eller vedlegg VII til EØS-avtalen for en spesialisering som Norge også har oppført i sistnevnte, er pålagt å legge fram informasjon om helsepersonellets kvalifikasjoner i et større omfang enn det som ville vært tilfelle hvis helsehjelpen hadde vært ytt i Norge. Motsetningsvis vil det ikke bli et hinder for fri bevegelighet for pasienter eller medføre forskjellsbehandling hvis saksbehandlingen i slike situasjoner er identisk i form og virkning med den som gjelder i en rent intern situasjon, også når det tas hensyn til byrden pasienten blir pålagt i begge

situasjoner. Det er opp til den anmodende domstolen å vurdere, i samsvar med tolkningen over, sammen med eventuelle andre nasjonale tiltak for å redusere den administrative byrden og den rettslige usikkerheten for pasientene, om det omtvistede spesialiseringskravet i praksis gjør det vanskeligere for pasientene å få behandling i en annen EØS-stat enn i Norge.

79 Hvis det nasjonale tiltaket innebærer forskjellsbehandling eller utgjør et hinder for fri bevegelighet for pasienter, kan det bare objektivt begrunnes i krav til planlegging i forbindelse med målet om å sikre tilstrekkelig og varig tilgang til et balansert utvalg av behandlinger av høy kvalitet i den berørte EØS-staten, eller i forbindelse med ønsket om å kontrollere kostnader og unngå, så langt det er mulig, enhver sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser i henhold til pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7.

80 Når det gjelder spesialiseringskravets begrunnelse, anførte Helseklage at ved å kreve den aktuelle spesialiseringen reduseres risikoen for mislykket behandling til et minimum, noe som ytterligere vil redusere risikoen for sløsing med økonomiske og menneskelige ressurser. I denne sammenheng anførte Helseklage at mislykket behandling trolig vil være svært vanskelig og kostbart å rette opp.

81 EFTA-domstolen bemerker at hensynet til ønsket om å kontrollere kostnader og unngå, så langt det er mulig, enhver sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser, ikke kan tolkes slik at det også omfatter en begrunnelse som bygger på et behov for å kontrollere eller sikre kvaliteten på eller sikkerheten ved den aktuelle helsetjenesten. Det er fast rettspraksis at restriksjoner på fri bevegelighet for pasienter ikke kan begrunnes ut fra hensynet til folkehelsen for å beskytte kvaliteten på medisinske tjenester som ytes i andre EØS-stater (jf. bl.a. dommen 28. april 1998 i *Kohll*, C-158/96, EU:C:1998:171, avsnitt 49 til 52, dommen 28. april 1998 i *Decker*, C-120/95, EU:C:1998:167, avsnitt 45, og dommen i *Stamatelaki*, C-444/05, sitert over, avsnitt 36 og 37). Videre fremgår det av pasientrettighetsdirektivet artikkel 4 at det er behandlingsstatens ansvar å ivareta kvalitets- og sikkerhetskravene til helsetjenester som ytes over landegrensene.

82 EFTA-domstolen påpeker at rettferdiggjøring av vilkår, kriterier for å være berettiget og lovgivningsmessige og administrative formaliteter for refusjon som innebærer forskjellsbehandling eller hindrer fri bevegelighet for pasienter, er begrenset til de grunnene som er oppført i pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7. Ifølge ordlyden i denne bestemmelsen kan restriksjoner på pasientenes rett til fri bevegelighet bare begrunnes med «krav til planlegging».

83 EFTA-domstolen bemerker at den norske oversettelsen av pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7, i motsetning til andre språkversjoner som den engelske, franske og italienske versjonen, er tvetydig, da den synes å sette ønsket om å kontrollere kostnader på like fot med planleggings- og effektiviseringstiltak.

84 EFTA-domstolen minner om at formålet med EØS-avtalen artikkel 129 nr. 1, som skal sørge for oversettelse og offentliggjøring av rettsaktene nevnt i vedleggene til avtalen ut over de offisielle EU-språkene til norsk og islandsk, er å sikre ensartet tolkning av disse reglene i hele EØS i lys av versjonene som finnes på alle EØS-språk (jf. dommen 28. september 2012 i *Irish Bank*, E-18/11, avsnitt 87).

85 I den forbindelse kan ordlyden som brukes i én språkversjon av en EØS-rettslig bestemmelse, ikke alene tjene som grunnlag for tolkningen av bestemmelsen eller få forrang over de andre språkversjonene. En slik tilnærming ville være uforenlig med homogenitetsprinsippet og kravet om ensartet anvendelse av EØS-retten (jf. dommen i *Irish Bank*, E-18/11, sitert over, avsnitt 88).

86 Videre følger det av fast rettspraksis at i tilfelle av uoverensstemmelse mellom språkversjonene av en rettsakt, må en bestemmelse tolkes med henvisning til formålet og det generelle systemet for reglene den inngår i (jf. dommen 25. januar 2024 i *A Ltd*, E-2/23, avsnitt 42 og rettspraksis som det vises til der).

87 Pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7 må derfor tolkes i sammenheng med direktivets øvrige bestemmelser. EFTA-domstolen påpeker innledningsvis at artikkel 7 nr. 7 gjør unntak fra det generelle prinsippet om refusjon fastsatt i artikkel 7 nr. 1. Siden fri bevegelighet for pasienter er en del av selve fundamentet til direktivet, må enhver begrensning på denne friheten tolkes snevert (jf., ved analogi, dommen 21. mars 2024 i *Straffesak mot LDL*, E-5/23, avsnitt 51 og rettspraksis som det vises til der).

88 I denne sammenheng er det relevant å merke seg at pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 9 viser til «tvingende allmenne hensyn, for eksempel krav til planlegging […]». Dette tilsier at andre tvingende allmenne hensyn må vurderes separat fra krav til planlegging. En begrunnelse etter artikkel 7 nr. 7 kan derfor ikke bygge på andre tvingende allmenne hensyn som angitt i artikkel 7 nr. 9, siden bestemmelsen snarere gjelder en begrensning av anvendelsen av reglene om refusjon for grensekryssende helsetjenester som ikke får anvendelse på en situasjon som den hovedsaken gjelder. Ordlyden i den siste bestemmelsen tyder på at krav til planlegging – det eneste tilgjengelige rettferdiggjøringsgrunnlaget etter artikkel 7 nr. 7 – inngår i et større sett av mulige rettferdiggjøringsgrunnlag som er tilgjengelige etter artikkel 7 nr. 9, og som bare får anvendelse i den sammenhengen sistnevnte gjelder. Dette taler for en tolkning der krav til planlegging utgjør det eneste tilgjengelige rettferdiggjøringsgrunnlaget etter artikkel 7 nr. 7.

89 Denne tolkningen støttes videre av rettspraksis etter EØS-avtalen artikkel 36, som pasientrettighetsdirektivet tar sikte på å kodifisere. Selv om målsetninger av rent økonomisk art ikke kan utgjøre tvingende allmenne hensyn som rettferdiggjør en restriksjon på en grunnleggende frihet som EØS-avtalen sikrer (jf. dommen 16. november 2018 i *Kristoffersen*, E-8/17, avsnitt 115 og rettspraksis som det vises til der), har EFTA-domstolen anerkjent at målsetningen om å sikre tilstrekkelig og varig tilgang til et balansert

utvalg av sykehusbehandling av høy kvalitet i vedkommende stat, og ønsket om å ha kontroll med kostnadene og forhindre sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser, er målsetninger som kan rettferdiggjøre restriksjoner på sykehustjenester. Formålet om å opprettholde en balansert helse- og sykehustjeneste som er tilgjengelig for alle, er uløselig knyttet sammen med finansieringen av trygdesystemet og kontroll med utgiftene. Følgelig utgjør også risikoen for alvorlig å undergrave trygdesystemets økonomiske likevekt et hensyn av allmenn interesse som kan rettferdiggjøre restriksjoner på fri bevegelighet for tjenester og pasienter for så vidt som dette kan ha konsekvenser for det generelle nivået på vernet av folkehelsen (jf. dommen i *Rindal og Slinning*, forente saker E-11/07 og E-1/08, sitert over, avsnitt 55 og rettspraksis som det vises til der).

90 Ettersom dekning av kostnadene ved én enkelt behandling utført i en annen EØS-stat aldri kan ha betydelig innvirkning på finansieringen av trygdesystemet i hjemstaten, må det imidlertid anlegges en generell tilnærming til konsekvensene av fri bevegelighet for helserelaterte tjenester (jf. dommen i *Rindal og Slinning*, forente saker E-11/07 og E-1/08, sitert over, avsnitt 56 og rettspraksis som det vises til der).

91 Som Kommisjonen har påpekt, vil den relevante testen som den anmodende domstolen må gjennomføre for å vurdere om slike tiltak kan rettferdiggjøres, i stor grad gjenspeile testen knyttet til enhver av EØS-rettens grunnleggende friheter. Det er derfor opp til vedkommende stat å vise for det første at tiltaket er rettferdiggjort av de grunnene som er uttømmende angitt i pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7, og for det andre at det overholder forholdsmessighetsprinsippet, som innebærer at det er egnet til å sikre oppnåelsen av målene som forfølges på en konsistent og systematisk måte og ikke går lenger enn det som er nødvendig for å nå dem.

92 Svaret på det første spørsmålet må derfor bli at et nasjonalt tiltak, som i forbindelse med refusjon av nasjonale eller grensekryssende helsetjenester stiller krav om spesialisering for helsepersonellet som yter helsetjenesten, bare er forenlig med EØS-avtalen artikkel 36 og pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 dersom vilkårene for å bevise at behandleren som yter helsetjenesten har den nødvendige kvalifikasjonen, hverken innebærer forskjellsbehandling eller utgjør et hinder for fri bevegelighet for pasienter, med mindre dette er objektivt begrunnet i krav til planlegging i forbindelse med målet om å sikre tilstrekkelig og varig tilgang til et balansert utvalg av behandlinger av høy kvalitet i den berørte EØS-staten eller i forbindelse med ønsket om å kontrollere kostnader og unngå, så langt det er mulig, enhver sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser.

93 Svaret på det andre spørsmålet må bli at for å fastslå om helsepersonell i en annen EØS-stat har tilsvarende spesialisering eller realkompetanse, kan en spesialisering oppført i vedlegg V til yrkeskvalifikasjonsdirektivet anses som tilstrekkelig bevis på realkompetanse, men ikke som nødvendig for å bevise realkompetanse. Vurderinger som myndighetene i en EØS-stat foretar etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 7 av om behandleren har tilsvarende kompetanse som den som kreves for refusjonsformål, kan

derfor ikke begrenses til tilfeller der den aktuelle spesialiseringen eller tilsvarende formelle kvalifikasjonen ikke er oppført i vedlegg V.

94 Svaret på det tredje spørsmålet må bli at de kompetente myndighetene i trygdestaten også må vurdere om behandleren har tilsvarende kompetanse som den som kreves etter nasjonal rett, selv om behandlingsstaten har ført opp spesialiseringen i vedlegg V til yrkeskvalifikasjonsdirektivet, dersom behandleren ikke innehar den. Forvaltningens saksbehandling i forbindelse med ekvivalensvurderingen må imidlertid ikke bli en uberettiget tilleggsbyrde for pasienter som velger å motta behandling i en annen EØS-stat sammenlignet med pasienter som søker behandling i Norge.

IV SAKSOMKOSTNINGER

95 Ettersom foreleggelsen for EFTA-domstolen utgjør et ledd i behandlingen av saken som står for den nasjonale domstolen, ligger det til denne domstolen å ta en eventuell avgjørelse om saksomkostninger for partene. Omkostninger som er påløpt i forbindelse med inngivelsen av innlegg for EFTA-domstolen, annet enn partenes omkostninger, kan ikke kreves dekket.

På dette grunnlag avgir

EFTA-DOMSTOLEN

som svar på spørsmålene forelagt den av Trygderetten, følgende rådgivende uttalelse:

1. **Et nasjonalt tiltak, som i forbindelse med refusjon av nasjonale eller grensekryssende helsetjenester stiller krav om spesialisering for helsepersonellet som yter helsetjenesten, er bare forenlig med EØS-avtalen artikkel 36 og artikkel 7 i europaparlaments- rådsdirektiv 2011/24/EU av 9. mars 2011 om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene dersom vilkårene for å bevise at helsepersonellet som yter helsetjenesten har den nødvendige kvalifikasjonen, hverken innebærer forskjellsbehandling eller utgjør et hinder for fri bevegelighet for pasienter, med mindre dette er objektivt begrunnet i krav til planlegging i forbindelse med målet om å sikre tilstrekkelig og varig tilgang til et balansert utvalg av behandlinger av høy kvalitet i den berørte EØS-staten eller i forbindelse med ønsket om å kontrollere kostnader og unngå, så langt det er mulig, enhver sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser.**

2. **For å fastslå om helsepersonell i en annen EØS-stat har en tilsvarende spesialisering eller realkompetanse, kan en spesialisering som er oppført i vedlegg V til europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF av 7. september 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner anses som tilstrekkelig bevis på realkompetanse, men ikke som nødvendig for å bevise realkompetanse. Vurderinger som myndighetene i en EØS-stat foretar etter artikkel 7 nr. 7 i direktiv 2011/24/EU for å avgjøre om behandleren har tilsvarende kompetanse som den som kreves for refusjonsformål, kan ikke begrenses til tilfeller der den aktuelle spesialiseringen eller tilsvarende formelle kvalifikasjonen ikke er oppført i vedlegg V.**

3. **De kompetente myndighetene i trygdestaten må også vurdere om behandleren har tilsvarende kompetanse som den som kreves etter nasjonal rett, selv om behandlingsstaten har ført opp spesialiseringen i vedlegg V til yrkeskvalifikasjonsdirektivet, dersom behandleren ikke innehar den. Forvaltningens saksbehandling i forbindelse med ekvivalensvurderingen må imidlertid ikke bli en uberettiget tilleggsbyrde for pasienter som velger å motta behandling i en annen EØS-stat sammenlignet med pasienter som søker behandling i Norge.**

Páll Hreinsson Bernd Hammermann Michael Reiertsen

Avsagt i åpen rett i Luxembourg, 5. desember 2024.

Ólafur Jóhannes Einarsson
Justissekretær

Páll Hreinsson
President