

Trygghet utan gränser

– exportabilitet av sociala förmåner vid långvarigt vårdberoende

av Lotta Westerhäll

En av EU:s grundläggande idéer är den gemensamma marknaden, där en viktig del är att skapa förutsättningar för fri rörlighet av arbetskraft. Det räcker inte med öppna gränser. Arbetstagarens sociala trygghet måste också vara ordnad. Även arbetstagarens familj behöver ha social trygghet i det nya landet, om människor skall vilja flytta till andra EU-länder och arbeta där. En migrerande arbetstagare och dennes familj bör därför ha rätt till samma sociala trygghet som det mottagande landets egna medborgare, dvs. diskriminering p.g.a. nationalitet får inte förekomma.

Den arbetstagare som utgjort prototyp vid utformningen av de EG-rättsliga reglerna har i första hand varit den friska heltidsarbetande mannen som tillsammans med sin familj söker sig ut på den europeiska arbetsmarknaden. Om denna familj skall skyddas mot diskriminering p.g.a. nationalitet, måste vissa villkor vara uppfyllda. Under de senaste decennierna har även frågan om könsdiskriminering i en migrationssituation uppmärksammats genom tillkomsten av flera EG-direktiv om social trygghet och könsdiskriminering. Frågan om likabehandling vad gäller social trygghet för den del av den migrerande arbetskraften inklusive familjemedlemmar som har ett långvarigt vårdberoende har däremot inte varit föremål för något större intresse. Frågan om diskriminering av de funktionshindrade, handikappade och invalidiserade arbetstagarna har inte lyfts fram och synliggjorts. Nu har dock en viss förändring inträtt härvidlag.

Under de senaste åren har nämligen i den sociala trygghetsdebatt som förs i Europa frågan om "beroende" ("dependency") som riskfaktor diskuterats mycket, inte minst med utgångspunkt i de EG-rättsliga reglerna om så kallad *exportabilitet*. Med det senare avses regler gällande vilken social trygghet man har rätt att ta med sig från ett EU-land vid bosättning i annat EU-land. Förordningen (EEG) 1408/71 om migrerande arbetstagares och deras familjemedlemmars sociala trygghet reglerar hur samordningen av de olika EU-staternas nationella trygghetssystem gestaltas. Där finns de basala lagvalsreglerna som talar om vilket lands lag som blir tillämplig och vilket lands trygghetssystem som den enskilde omfattas av när hon/han rör sig över gränserna. Regler finns också om vilka sak- eller riskområden som omfattas av koordineringen.

Möjligheten till exportabilitet av förmåner finns också reglerad i förordningen 1408/71. Den innebär att det faktum att vederbörande bor i en annan medlemsstat än den som utger förmånerna varken är till hinder för att förvärva rätten till förmånerna eller att behålla denna rätt. Nedan skall frågan om exportabilitet av sociala förmåner vid långvarigt vårdberoende behandlas, varvid de delar av det svenska nationella trygghetssystemet som har intresse för kategorin "beroende" skall analyseras i ett migrationsperspektiv. Syftet är att undersöka huruvida de sakområden som i dag är föremål för EG-rättslig koordinering är lämpliga eller snarare tillräckliga med beaktande av den utveckling som EU-staterna genomgått sedan Romfördragets tillkomst.

För att kunna möjliggöra detta måste först exportabilitetsprincipen enligt art. 10 i förordningen 1408/71 undersökas och därefter de sakområden som regleras i art. 4 i samma förordning med beaktande av EG-domstolens rättstillämpning. Även den grundläggande lagvalsregeln om att den migrerande är försäkrad i ett land så länge hon/han är förvärvsarbetande där måste analyseras, eftersom det är den nationella lagstiftningen som avgör om personen fortfarande skall vara försäkrad i landet, även om arbetet har upphört. Begreppet "beroende" kräver en analys såsom detta har använts inom några EU-stater, särskilt i Tyskland, där mycken diskussion om denna fråga har förts kring den långtidsvårdsförsäkring som infördes 1995 och dess förenlighet med EG-rätten. Mot denna bakgrund diskuteras de svenska "beroendeförmånernas" innehåll och inplacering i det EG-rättsliga koordineringssystemet. Här dras några grundläggande slutsatser om migration och social trygghet vad gäller "beroende" i ett svenskt perspektiv.

Exportabilitet

Förordningen 1408/71 gäller vid tillämpning av alla nationella socialförsäkringssystem inom EU-området. De kan vara generella och gälla för samtliga försäkrade eller speciella och gälla för en viss eller vissa kategorier försäkrade; de kan vara konstruerade med eller utan avgiftsskyldighet för den enskilde eller för arbetsgivaren.

I art. 4.1 redogörs för de sakområden som förordningen omfattar. Koordineringsbestämmelserna i förordningen berör all nationell lagstiftning avseende social trygghet och som kan hänföras till

- a) förmåner vid sjukdom och moderskap,
- b) förmåner vid invaliditet, även sådana som är avsedda att bevara eller förbättra förvärvsförmågan,
- c) förmåner vid ålderdom,

- d) förmåner till efterlevande
- e) förmåner vid olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar,
- f) dödsfallsersättningar,
- g) förmåner vid arbetslöshet,
- h) familjeförmåner.

Dessa sakområden är av tradition sådana som medlemsstaterna har i sina socialförsäkringssystem. Frågan har då uppkommit, hur dessa sakområden skall tolkas. Samma sakområden reglerades också i föregångaren till förordningen 1408/71, nämligen i förordningen 3/58. Det betyder att nu anförda sakområden är hämtade från 1950-talet, då trygghetssystemen i Europa var tämligen unga. Mycket har förändrats under det gångna halvsekle. Nya förmåner har kommit till, vars syften inte renodlat har avsett att täcka de risker som sakområdena från början var tänkta att täcka. Beroende i form av ett *långvarigt vårdbehov* är en dylik risk.

I art. 10.1 är den s.k. *exportabilitetsprincipen* fastlagd. Principen bygger på Romfördraget art. 51 b och innebär att bosättningsbestämmelser inte kan göras gällande som villkor för att erhålla kontantförmåner vid invaliditet och ålderdom, förmåner till efterlevande, ersättningar i anledning av arbetsolyckor eller arbetssjukdomar samt förmåner vid dödsfall, såvida rätten till dessa förmåner har förvärvats enligt lagstiftningen i en eller flera medlemsstater. Även förmåner som utges som engångsbelopp när en efterlevande make, som hade rätt till efterlevandepension, gifter om sig omfattas av exportabilitetsprincipen. Samtliga dessa kontantförmåner kan alltså inte minskas, ändras, innehållas, dras in eller konfiskeras med anledning av att mottagaren är bosatt i en annan medlemsstat än den där institutionen med ansvar för betalningen finns. Art. 10 skall tolkas så, att det faktum att vederbörande bor i en annan medlemsstat än den som utger förmånerna varken är till hinder för att förvärva rätten till förmånerna eller att behålla denna rätt.

Av det anförda framgår att bosättningsbegreppet är viktigt i detta sammanhang. Av art. 1 h framgår att med bosättning skall förstås stadigvarande bosättning. Begreppet har fått en gemenskapsrättslig tolkning av domstolen och det är denna som är avgörande, inte vad som föreskrivs i nationell lagstiftning. I svensk socialförsäkringsrätt är bosättningskriteriet av största betydelse. De regler som begränsar utbetalning av förmåner utanför Sverige är underordnade art. 10.1 i förordningen 1408/71.

Generellt sett innebär regeln i art. 10 att man måste bortse från alla villkor i nationell lagstiftning om krav på bosättning i landet för att förmåner skall utges eller för att man skall kunna intjäna rätten till dem där. Regeln betyder också att nationella regler som kräver viss tids bosättning eller vistelse i ett land, innan förmåner börjar utges, inte kan göras gällande gentemot en person som skyddas av förordningen. Skyldigheten att bortse från nationella villkor om bosättning som krav för försäkring i ett land föreligger dock bara så länge som

personen i fråga förvärvsarbetar i landet och därmed enligt lagvalsreglerna skall omfattas av det landets lagstiftning. Om arbetet upphör, är det den nationella lagstiftningen som avgör om personen fortfarande skall vara försäkrad i landet eller inte.

Exportabilitet av sociala förmåner är en mycket viktig faktor för att främja fri rörlighet för personer. Det är också en omständighet som kostar värdlandet pengar även efter det att arbetstagaren och hennes/hans familj lämnat landet. Det finns därför en märkbar tendens hos medlemsstaterna att agera i den riktningen att förmåner inte uppfattas som exportabla. Det finns olika möjligheter till detta.

Om nu förmånen bedöms vara en förmån jämlikt förordningen 1408/71 uppkommer frågan vilket förmånsslag det är fråga om. Av de sakområden som står beskrivna i art. 4 är exportabilitet inte aktuell för alla vilket framgår av art. 10. Man måste också ta ställning till om förmånen i fråga är en kontantförmån eller en värdförmån. Exportabilitet gäller endast kontantförmåner. Sjukförmåner omfattas inte av exportabilitet jämlikt art. 10.1. Däremot sägs i artikeln att om annat föreskrivs gäller detta. I art. 19 och art. 22 finns särskilda regler för värd- och kontantförmåner vid sjukdom, då vederbörande är bosatt i en annan medlemsstat än den behöriga staten eller då tillstånd till vård i en annan stat givits. Dessa regler lämnas i huvudsak åt sidan i denna artikel.

Av texten till art. 10.1 framgår att regeln har till syfte att garantera export av redan intjänade pensioner. Domstolen har dock tolkat regeln så, att den fria rörligheten skall främjas, så att de som berörs skall skyddas mot alla tänkbara nackdelar förenade med att byta bosättningsort från en medlemsstat till en annan. Inte endast en redan intjänad pension skall utbetalas till den migrerande, när hon/han bosätter sig i en annan stat, utan vederbörande kan även för framtiden begära pension, om det nationella regelsystemet bygger på en sådan intjänandeprincip, och inte förvägras detta enbart av den anledningen att hon/han bor i en annan medlemsstat.

Det är inte helt lätt att skilja mellan förmåner som omfattas av förordningen 1408/71 och de som uppfattas som social hjälp jämlikt art. 4.4 och därmed faller utanför förordningen. Många förmåner kännetecknas av att vara sociala trygghetsförmåner med socialförsäkringskaraktär å ena sidan och social hjälp med starka inslag av individuella behovsinslag å andra sidan. Dessa har betecknats som icke avgiftsfinansierade förmåner av blandat slag ("non-contributory benefits of a mixed type"). Det viktigaste kriteriet för att inkludera en förmån i förordningen 1408/71 är dock att den kan hänföras till någon av de risker som listas i art. 4.

Förordningen 1247/92, som kom i april 1992, modifierade förordningen 1408/71 när det gällde de icke avgiftsfinansierade förmånerna av blandad typ. Då tillskapades också art. 10 a (1), vilken reglerar ett förbud mot export av åtskilliga dylika förmåner (se nedan).

Kopplingen mellan förmåner och risker

Uppräkningen i art. 4.1 avser att ge en uttömmande beskrivning av vilka grenar av social trygghet som faller inom tillämpningsområdet för förordningen 1408/71 och att både bestämma och därmed begränsa detta område. För att förordningen skall vara tillämplig beträffande en viss förmån måste det alltså finnas en koppling mellan förmånen i fråga och något av de riskfall som anges i artikeln. Är denna förutsättning inte uppfylld, rör det sig inte om en förmån för social trygghet i förordningens bemärkelse. Detta har varit domstolens uppfattning i ett flertal domar från början av 1970-talet. Men hur omfattande är då sjukdom, invaliditet, ålderdom osv. som riskområden?

Av ett flertal domar framkommer att en bestämmelse som ger rätt till förmåner för den som omfattas av en pensionsförsäkring, och där förmånen har till syfte att få denne att kunna tillfriskna, skall betraktas som en lagstiftning avseende socialförsäkring, närmare bestämt en förmån vid sjukdom. Även socialförsäkringsförmåner som inte bygger på rekvisitet arbetsförmåga och som gäller för den försäkrades familjemedlemmar, men som har som huvudsakligt syfte att få den sjuke att tillfriskna skall betraktas som en sjukförmån.

Förmåner i anledning av sjukdom omfattar också förmåner i en lagstiftning rörande invaliditet, om förmånen har karaktär av medicinsk eller kirurgisk behandling.

Den rätt till minimiinkomst som äldre människor garanteras genom nationell lagstiftning för dem som är bosatta i landet skall anses som en förmån vid ålderdom, som inte endast skall komma det egna landets medborgare till godo utan även utländska medborgare, utan att det behöver föreligga en överenskommen om ömsesidighet med den medlemsstat, där arbetstagaren i fråga är medborgare. Ett sådant villkor skulle strida mot likabehandlingsprincipen.

I 187/73 *Odetta Callemeyn v. Belgian State* (ECR/1974/553) gällde frågan om en belgisk författning rörande stöd till handikappade belgiska medborgare, som också är boende i Belgien och som uppfyller vissa andra förutsättningar rörande ålder, arbetsförmåga och inkomst, omfattades av förordningen 1408/71. Domstolen fann att art. 4 i förordningen gäller nationella förmåner till handikappade, såvida dessa bestämmelser rör arbetstagare enligt art. 1 a. Domstolens synsätt preciserades genom en hänvisning till EEC-fördraget art. 51. Nationella regler om förmåner skall anses tillhöra sakområdet för migrerande arbetstagare såsom detta är förutsatt i art. 51. Likabehandlingsprincipen gäller även för handikappade familjemedlemmar till arbetstagaren. Ett handikappat minderårigt barn uppfyller som regel förutsättningarna för att betraktas som familjemedlem. Om barnet inte kan försörja sig p.g.a. sitt handikapp efter att det blivit myndigt gäller fortfarande likabehandlingsprincipen. Även nationella tilläggförmåner till invaliditetspensioner innefattas i det EG-rättsliga sakområdet, om den berättigade har en lagligt skyddad rätt att få dem tillerkända.

Som domstolens praxis kommit att utvecklas har följande förmåner hän-

förts till den sociala trygghetens område, nämligen förmåner gällande förebyggande hälsovård, bidrag för yrkesutbildning till arbetslösa eller sådana personer som riskerar att bli arbetslösa, samt förmåner som inte grundas på erlagda avgifter och som betalas ut på sådana villkor att de till viss del även får betraktas som tillhörande kategorin socialt bistånd. Förmåner av sistnämnda slag kan betecknas som särskilda icke avgiftsberoende förmåner.

Förordningen 1408/71 är tillämplig på alla allmänna och särskilda legala system för social trygghet, oavsett om de är avgiftspliktiga eller inte. Detta framhålls uttryckligen i art. 4.2. Eftersom förordningen 1408/71 reglerar avgifter till finansiering av olika system för social trygghet, innebär art. 4.2 att även avgiftsskyldigheten innefattas i artikelns tillämpningsområde.

Genom förordningen 1247/92 har, som ovan nämnts, en förändring gjorts i art. 4.2 genom införandet av art. 4.2 a. I art. 4.2 a stadgas att förordningen också gäller särskilda icke avgiftsfinansierade förmåner, som utges enligt annan lagstiftning eller andra system än de som avses i art. 4.1 och som inte omfattas av art. 4.4. Detta är fallet om förmånerna antingen utgör tillägg, till eller ersättning för, sådana förmåner som omfattas av art. 4.1 eller också uteslutande avser att ge ett särskilt skydd för handikappade. Artikeln avser både värd- och kontantförmåner. Av art. 10 a (1), som också tillkom genom förordningen 1247/92, framgår att undantag från exporträtten gäller i fråga om de förmåner som avses med art. 4.2 a. De skall utges uteslutande inom bosättningslandet i enlighet med lagstiftningen i det landet. Om denna lagstiftning inte medger att förmånerna exporteras, behöver de alltså inte utbetalas i ett annat land. Förmåner av detta slag skall beviljas och bekostas av bosättningslandet. Om rätten till en sådan förmån utges som ett tillägg och är beroende av att en annan förmån som faller inom den sociala trygghetens område utges till den berättigade, skall varje motsvarande förmån som beviljas enligt en annan medlemsstats lagstiftning behandlas som en förmån från landet i fråga när det gäller att bedöma rätten till tillägget.

Sammanfattningsvis kan framhållas att EG-domstolen under de gångna decennierna generellt har tolkat de olika sakområdena jämlikt art. 4.1 med en synnerligen *extensiv tolkningsmetod*. Kopplingen till riskområdena är alltså tämligen "uttänjd". Domstolen är dock mycket mån om att framhålla denna koppling. Frågan uppkommer nu om domstolens generella tolkningsinställning till art. 4.1 kan användas i argumentationen för att förutsäga hur domstolen kommer att förhålla sig till inplaceringen av "beroende" som ett sakområde jämlikt art. 4.1. Samma fråga rör hur de nationella förklaringarna jämlikt art. 5, då länderna listar sina egna förmåner såsom exportbara eller icke-exportbara, bör se ut för att i så hög grad som möjligt stå i överensstämmelse med andan i Romfördraget art. 51.

Kan förbudet i art. 10 a (1) vidare anses förenligt med intentionen bakom art. 51 i Romfördraget? I januari 1996 ställde den brittiske kommissionären med ansvar för social trygghet ("Social Security Commissioner") frågan till

EG-domstolen, om denna regel är kompatibel med det syfte som art. 51 i Romfördraget uttrycker. Detta innebär att domstolen fått till uppgift att uttala sig om giltigheten av denna förbudsregel.

Lagvalsreglerna

Det föreligger alltså skyldighet att bortse från nationella villkor om bosättning som krav för försäkring i ett land endast så länge som personen i fråga *förvärvsarbetar* i landet och därmed enligt lagvalsreglerna skall omfattas av det landets lagstiftning. Om arbetet upphör, är det den nationella lagstiftningen som avgör om personen fortfarande skall vara försäkrad i landet eller inte.

Detta innebär att lagvalsreglerna inte kan förbigås i detta sammanhang. Huvudregeln är att vederbörande omfattas av den stats sociala trygghetssystem, där hon/han är förvärvsverksam, dvs. anställningslandet är behörig stat. Detta framgår av art. 13-17, där principen om *lex loci laboris* regleras. Denna princip kan synas enkel och lättillämplig och är det givetvis i de flesta situationer, men ibland kan problem uppstå.

För den som utför avlönat förvärvsarbete avgörs lagvalet som huvudregel med tillämpning av art. 13.2 a. Av artikeln framgår att det är lagstiftningen i den medlemsstat där arbetet utförs som skall tillämpas för personen i fråga oavsett i vilken medlemsstat hon/han är bosatt. Art. 13.2 a innehåller emellertid inga bestämmelser som anger när någon inte längre skall omfattas av den utpekade lagstiftningen för det fall hon/han har upphört att förvärvsarbeta för en längre eller kortare tid.

EG-domstolen har tolkat räckvidden av art. 13.2 a i flera avgöranden, av vilka två är av särskilt intresse. I målet *Ten Holder* (302/84 *Ten Holder v. Nieuwe Algemene Bedrijfsvereniging*, ECR/1986/1821) bedömde EG-domstolen en fråga om tillämplig lag på en person som hade upphört att förvärvsarbeta. EG-domstolen uttalade att en arbetare som upphört att förvärvsarbeta i en medlemsstat och som flyttar till en annan medlemsstat utan att börja arbeta där, fortsätter att vara underkastad lagstiftningen i det land hon/han senast arbetade i, oavsett hur lång tid som förflutit sedan förvärvsarbetet upphörde. Denna princip bekräftades av domstolen i målet *Twomey* (C-215/90 *Chief Adjudication Officer v. Anne Maria Twomey*, ECR/1992/I-1823). Även i det målet förklarade domstolen, med hänvisning till *Ten Holder*-målet, att det är lagstiftningen i den medlemsstat där personen i fråga senast varit förvärvsverksam som skall tillämpas på henne/honom. I bl.a. *Twomey*-målet uttalade domstolen vidare att det endast är personer som definitivt har upphört att förvärvsarbeta som faller utanför tillämpningsområdet för art. 13.2 a.

EG-domstolen har också vid flera tillfällen givit uttryck för att lagvalsreg-

lerna i avd. II i förordningen 1408/71 är exklusiva på så sätt att de utgör ett komplett system av lagvalsregler, som hindrar att medlemsstaterna nationellt bestämmer om detta. Det är dock enligt samma praxis den nationella regleringen, som avgör de närmare villkoren för rätten att vara försäkrad enligt en medlemsstats trygghetssystem eller för att få en viss förmån i det systemet, och villkoren för att den rätten skall upphöra, förutsatt att de nationella reglerna överensstämmer med EG-rätten.

EG-domstolens avgörande i Twomey-målet meddelades år 1992. Dessförinnan hade genom rådets förordning 2195/91 om ändring av dels förordningen 1408/71, dels förordningen 574/72 införts en ny punkt f i art. 13.2 i förordningen 1408/71 och en ny art. 10 b i förordningen 574/72. De nya bestämmelserna har givit upphov till vissa tolkningsproblem, eftersom det inte står helt klart, hur de förhåller sig till de principer som EG-domstolen hittills har lagt fast.

I kommissionens ändringsförslag vid tillkomsten av de nya artiklarna (COM (90) 335 final) lämnas en redogörelse för skälen till ändringarna. Där framhålls att den tillämpning som skett i Ten Holder-målet kunde skapa problem för icke förvärvsaktiva personer. Kommissionen menade att det fanns ett glapp i avd. II, eftersom det saknades en särskild regel, som angav tillämplig lag på en person som upphört att förvärvsarbeta i någon form i en medlemsstat och som bosatt sig i en annan medlemsstat.

Art. 13.2 f har således tillkommit för att undanröja en ofullkomlighet vid samordningen av medlemsstaternas sociala trygghetssystem. Bestämmelsen gör det möjligt för en person, som har upphört att förvärvsarbeta och som flyttat till ett annat medlemsland utan att börja arbeta där, att omfattas av lagstiftningen i den medlemsstat där hon/han är bosatt. Art. 13.2 f gäller inte personer som för en viss tid upphör att förvärvsarbeta, t.ex. på grund av ett sjukdomsfall. För en sådan person är lagvalet redan gjort enligt huvudregeln, dvs. art. 13.2 a, om inga speciella förhållanden pekar ut någon av de övriga reglerna i avd. II.

Den svenska lagen om allmän försäkring innehåller som ovan framgått ett krav på bosättning i landet för tillhörighet till försäkringen. Detta följer indirekt av det svenska kravet på inskrivning hos allmän försäkringskassa för rätt till sjukförsäkringsförmåner. Ett sådant krav kan inte upprätthållas i de fall någon enligt art. 13.2 a i förordningen 1408/71 skall omfattas av svensk lagstiftning som anställd här i landet. Detta följer bl.a. av principen om *lex loci laboris* samt lagvalsreglernas exklusiva karaktär och har också kommit till uttryck i EG-domstolens praxis. EG-domstolen har klart uttalat, att de nationella villkor som får ställas upp för anslutning till det egna landets sociala trygghetssystem inte får vara sådana, att de från det egna landets lagstiftning utesluter personer för vilka lagstiftningen enligt 1408/71 gäller. För sådana personer har art. 13.2 a den verkan att den ersätter bosättningsvillkoret med ett villkor baserat på anställning.

Utredningen om socialförsäkringens personkrets har i sitt huvudbetänkande (SOU 1997:72) kommit med ett förslag om "En lag om socialförsäkringar" som skall reglera ett tvådelat socialförsäkringssystem med dels bosättningsbaserade förmåner, dels arbetsbaserade förmåner, varvid det ovan anförda problemet inte längre kan aktualiseras för svenskt vidkommande.

Av art. 22 framgår att kontantförmåner vid sjukdom är sådana som en anställd har rätt att ta med sig vid flyttning till en annan medlemsstat om övriga förutsättningar är uppfyllda. Vid tillämpning av artikeln är det inte längre fråga om ett lagval, eftersom detta redan är avklarat innan artikeln kan tillämpas. En konsekvens av att lagvalet redan har gjorts enligt art. 13.2 a är, att ett nationellt bosättningsvillkor inte heller kan tillämpas vid den samordning som sker enligt art. 22. Art. 22 ger en anställd rätt till kontantförmåner vid sjukdom så länge personen i fråga uppfyller alla andra villkor i den nationella lagstiftningen i avflyttningslandet utom ett bosättningskrav.

I den svenska rättstillämpningen har frågor rörande nu nämnda bestämmelser aktualiserats i flera kammarrättsavgöranden. Kammarrätten i Sundsvall har begärt, att förhandsavgörande enligt art. 177 i Romfördraget skall inhämtas från EG-domstolen. Ärendet är i skrivande stund ännu inte avgjort (C-275/96, Anne Kuusijärvi v. Riksförsäkringsverket). Att rättsfrågor av detta slag kommit att såsom de första bli föremål för svenska domstolars prövning och begäran om förhandsbesked visar på vikten av och svårigheterna med koordineringen av den sociala tryggheten vad gäller export av förmåner vid bosättning i annan stat än den behöriga staten.

Begreppet beroende och de europeiska trygghetssystemen

Utgångspunkten för en diskussion om beroende som riskfaktor är att definiera *beroende* eller *behov av vård*. Dessa begrepp används synonymt i den europeiska debatten (se s. 152). En beroende person kan definieras som en person som inte självständigt kan klara av en eller flera av det dagliga livets aktiviteter ("activities of daily living"; ADL), exempelvis att själv gå utomhus, gå mellan rum, använda trappor, hålla urinen, klara toalettbesök, tvätta sig och duscha/bada, klä på och av sig, lägga sig och stiga upp, äta, klippa tånaglar eller klara av en eller flera instrumentella aktiviteter ("instrumental activities of daily living"; IADL), såsom att telefonera, handha pengar, handla, använda allmänna transportmedel, ta medicin, fylla i formulär, laga mat och utföra hushållsarbete.

Genom att använda dessa index är det möjligt att uttrycka olika grader av beroende genom att fråga om och i vilken utsträckning en person kan utföra

en särskild aktivitet. För att kunna värdera beroendet, dvs. förmågan att fungera självständigt och behovet av hjälp från tredje person, används som jämförelse genomsnittspersoner i samma ålder. Dessutom måste tekniska hjälpmedel tas i beaktande. Vårdbehovet är den referenspunkt där rätten till förmåner kan göras gällande inom ramen för ett system, som ger hjälp vid sådant beroende.

I slutdokumentet från de europeiska socialministrarnas sjätte konferens i Lissabon i slutet av maj 1995, vilken handlade om de beroendes situation i relation till det skydd som socialförsäkringar m.m. ger, finns en definition av beroende personer. De är de som "as a result of a loss of physical, psychological or intellectual autonomy, require significant help to meet needs in connection with the usual day-to-day activities" (Council of Europe, Doc. Mss-6 (1995) IE, Strasbourg 1995). Av denna definition framgår att beroende kan vara resultatet inte bara av åldrande utan också av sjukdom och invaliditet, samtidigt som äldre personer kan utgöra en särskild kategori av beroende människor.

Beroende skapar behov av både medicinsk och icke medicinsk natur samtidigt som det är svårt att skilja de båda kategorierna åt. Snarare kräver beroende en samordning av ett antal olika åtgärder. Stora likheter finns härvidlag mellan en handikappad person och en beroende person. Men handikapp och beroende har generellt behandlats som olika områden i medlemsstaternas trygghetssystem. Framför allt har de åtgärder som riktar sig mot en handikappad eller funktionshindrad person till syfte att integrera personen i fråga i förvärvslivet igen, medan en beroende person mestadels redan är exkluderad från arbetsmarknaden p.g.a. invaliditet eller ålder. De sociala åtgärderna är också ofta olika till följd av orsaken till handikappet eller funktionsnedsättningen, samtidigt som beroende eller långvarigt behövande människor måste behandlas olika som en följd av det system av socialt skydd som de råkar omfattas av när beroendet och vårdbehovet uppstår.

Att beskriva de nationella trygghetssystemen vad gäller skyddet för de beroende inkluderar en klassifikation av varje system i olika kategorier. Det kan vara fråga om formella respektive informella vårdssystem, skattefinansierade respektive avgiftsbaserade system, offentliga respektive privata socialförsäkringssystem, servicesystem med vårdförmåner respektive kontantförmåner, långtidsvård hemma respektive på institution. Att avgöra till vilken kategori ett nationellt system hör är många gånger svårt, därför att den sociala risk som beroende/långvarigt vårdbehov utgör ofta inte är tryggad endast på *ett* sätt och från *ett* ställe utan med förmåner från flera olika institutioner eller organ, såsom från nationell hälsoservice och/eller sjukförsäkringssystem, invaliditets- eller ålderspensionssystem och/eller socialhjälp, frivilliga välfärdsorganisationer och/eller familjen, osv.

De nationella systemen för långvarigt beroende är alltså mer eller mindre blandade och har inte endast *en* utformning. Blandningen av aktörer som är involverade svarar mot det faktum att personer som saknar förmåga till självvård behöver en lång rad av olika medicinska, ekonomiska, sociala, personella

och stödjande åtgärder. Den reducerade förmåga till självvård som är karakteristisk för den beroende och vårdbehövande kan som ovan framhållits vara resultatet av sjukdom, ett tillägg till invaliditet eller helt enkelt något som är en följd av ålder. Vårdbehovet identifieras genom oförmåga att fullfölja särskilda funktioner. Oförmågan konstituerar följaktligen inte en typisk social risk, som fallet är vid sjukdom, ålder och invaliditet. I stället är det en social situation som kan anses som en "attendant risk", dvs. en risk som uppstår i samband med en annan risk, såsom just sjukdom, invaliditet och ålderdom. Av detta skäl omfattas vårdbehovet som regel inte av socialförsäkringslagstiftningen. Inkomstkompensation har mestadels stått i centrum för debatten om sjukdom, invaliditet och ålderdom, men när det gäller långvarigt vårdbehövande är det i stället tillgängligheten av olika serviceåtgärder och materiellt stöd liksom frågan om olika personliga rättigheter för äldre människor som man fokuserat.

Privat stöd inom familjekretsen brukar i de flesta länder vara den vård man börjar med. Individuella åtgärder genom privata försäkringssystem är nästa etapp; en annan är åtgärder som härrör från anställningsvillkor och institutionella överenskommelser. Möjligheterna till skydd inom den offentliga sektorn kan vara utformade som både *objektivt och subjektivt stöd*. Objektivt stöd ges av vårdorgan och institutioner, dvs. olika former av vårdförmåner. Subjektivt stöd utgörs av kontantförmåner, antingen indirekt genom fiskal välfärd som blir aktuell för personer med skattepliktiga inkomster eller direkt genom social välfärd. Social välfärd kan tillhandahållas med (t.ex. socialhjälp) eller utan (t.ex. socialförsäkringar) inkomst- eller behovstest och finansieras antingen genom skatter eller genom försäkringsavgifter.

Olika länders stöd till långvarigt beroende skiljer sig dock inte bara åt när det gäller finansieringen (skatter och avgifter) utan också beträffande vilka individer som systemen täcker. Ett socialt skydd som bygger på avgifter tenderar att rikta in sig på dem i befolkningen som kan klara av att betala avgifterna, medan skattefinansierade lösningar, ofta uttryckta i lag, tar sikte på hela befolkningen.

Stödet kan också skifta beroende på typ, innehåll och form. Till den icke medicinska vården ("nursing care" eller långtidsvård) hör stöd i hemmet, färdtjänst, kommunikationsstöd, utrustning i hemmet, tekniska hjälpmedel, hemtjänst, m.m. Under de senaste decennierna har EU-staternas ständigt ökande kostnader för den växande åldrande befolkningen lett till att man "stannat" vid den politisk-ekonomiska debatten och inte utvecklat det materiella innehållet i vården av äldre beroende.

Den debatt som låg till grund för tillkomsten år 1995 av *Pflegeversicherung* i Tyskland – en försäkring för de långvarigt beroende och vårdbehövande – speglar väl det politisk-ekonomiska tänkandet samtidigt som detta avsatt resultat i form av en ny lagstiftning. De problem man hade att ta ställning till var dels det faktum att de dyra beroendekostnaderna gjorde många beroende av socialbidrag, eftersom deras pensioner och andra inkomster ofta var otillräck-

liga för att täcka uppkomna kostnader, dels den s.k. finansieringsmetoden, dvs. ”pay-as-you-go”, å ena sidan och fondering å andra sidan. Därtill kommer fördelningen av kostnadsbördan mellan å ena sidan avgifter som åvilar den enskilde och å andra sidan statsbudgeten.

Tre olika modeller har diskuterats för att komma till rätta med detta mångfacetterade problem. Marknadslösningen kan den modell kallas som syftar till att göra alla medborgare eller åtminstone alla medborgare under en viss ålder ansvariga för att privat försäkra sig själva och sina närmaste mot den risk som beroende eller vårdbehov utgör. Tanken bygger på det system av privat men obligatorisk försäkring som kännetecknar trafikskadeförsäkringen.

En annan modell, transfereringsmodellen, innebär introducerandet av ett skattefinansierat system i likhet med bostadsbidragen och barnbidragen. En tredje modell, socialförsäkringsmodellen, grundas på idén om ett avgiftsbaserat system byggt på försäkringstanken, antingen organiserat som en speciell förmån eller ingående i redan existerande sjuk-, invaliditets- eller ålderdomsförmåner. Precis som när det gäller privata försäkringar kan en dylik beroende- eller långtidsvårdsförsäkring vara obligatorisk eller frivillig respektive utformad som en grundförmån eller som ett supplement till en annan förmån.

Samtidigt som dessa modeller diskuteras i Europa kännetecknas hela det sociala trygghetsområdet av strävan efter kostnadsbesparingar, av nya möjligheter till finansiering, av nytt ansvarstagande hos de organ som handhar den sociala tryggheten, av konkurrens och av ökat engagemang inom den privata sektorn.

Den tyska långtidsvårdsförsäkringen och EG-rätten

I den tyska grundlagen finns de sociala mål som den tyska staten vill uppnå inskrivna. Det innebär en kombination av marknadsekonomi och en stark arbetsmarknadsreglering, medinflytande från arbetstagarsidan och ett system med social trygghet som baseras på socialförsäkringsprincipen och syftar till att vidmakthålla levnadsstandarden hos de försäkrade i situationer som traditionellt uppfattas som sociala risker, dvs. sjukdom, moderskap, invaliditet, ålderdom, arbetsolycksfall och arbetssjukdom samt arbetslöshet. Ett minimum av underhåll, snävare än det svenska begreppet ”skälig levnadsnivå”, garanteras genom ett obligatoriskt socialhjälpssystem. Även speciella familjeförmåner finns.

Från och med den 1 januari 1995 har den sociala risken långsiktigt beroende blivit skyddad genom den nya obligatoriska sociallagstiftningen om långtidsvårdsförsäkring. Denna lagstiftning är alltså en separat del av socialförsäk-

ringssystemet. Den innehåller regler om hjälp till beroende att utföra aktiviteter som hör till det dagliga livet (ADL, se ovan). Vård betyder i detta sammanhang ett vårdberoende p.g.a. fysisk sjukdom, psykisk sjukdom eller ett annat handikapp, ofta kombinerat med ålderdom. Även om de äldre är de som huvudsakligen får tillgodogöra sig de förmåner som det nya systemet tillhandahåller, omfattar lagen alla personer som har ett långvarigt vårdberoende, även barn.

Alla personer som bor i Tyskland omfattas av denna nya försäkringsform i den utsträckning som de tillhör hälso- och sjukvårdsförsäkringen. Det betyder att mer än 90 procent av Tysklands befolkning täcks av den nya försäkringen. Förmånerna inom den är enbart tillgängliga för personer som stadigvarande är bosatta i Tyskland, dvs. det finns inte någon ”export” av långtidsvårdsförsäkringen enligt tysk lag.

Försäkringen gäller både hemvård och institutionell vård. För hemvård kan både kontantförmåner och vårdförmåner komma ifråga. Dessa kan kombineras med varandra och med deltid av institutionell vård. Också vid institutionell vård kan kontantutbetalningar göras för vårdrelaterade kostnader.

Som framkommit har många förändringar rörande den sociala tryggheten i de olika EU-staterna – och som en följd därav koordinationen mellan de olika ländernas lagstiftningar – inträffat sedan tillkomsten av förordningen 3/58, som var en föregångare till förordningen 1408/71. Beroende eller långtidsvård (icke medicinsk vård) är en riskfaktor som inte uttryckligen finns med i art. 4 i förordningen 1408/71. Diskussionen har därför varit omfattande, huruvida den tyska långtidsvårdsförsäkringen faller under förordningen 1408/71. Trots den begränsning av de sociala risker som art. 4 ger uttryck åt, är det dock en allmän uppfattning, att vårdförmåner av offentlig eller privat natur, vilka bekostas av ett organ inom landets trygghetssystem, likaväl som kontantförmåner som tillhandahålls personer som är beroende och behövande, faller inom det materiella område som art. 51 i Romfördraget omfattar. Därmed borde också art. 4 i förordningen 1408/71 vara tillämplig. Men vad som inte är klart är vilket kapitel i förordningen 1408/71 som då blir tillämpligt på dessa förmåner.

I Tyskland är det en vida spridd uppfattning, att sociala vårdförmåner skall klassificeras som sjukförmåner i enlighet med art. 4.1 a i förordningen 1408/71. En sådan tolkning bygger på det faktum att långtidsvårdsförsäkringen administreras inom sjukförsäkringssystemet. Samtidigt kan man fråga sig om inte en person, som behöver vård p.g.a. fysisk och psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning borde få invaliditetsförmåner enligt art. 4.1 b. En tredje uppfattning är att vård av nu nämnt slag varken är relaterad till sjukdom eller invaliditet utan bildar en särskild riskgrupp och att förmånen utgör en särskild, separat förmångrupp inom förordningen 1408/71.

För att besvara den ovan ställda frågan om tillämpbarheten av förordningen 1408/71 och, om så anses vara fallet, vilket kapitel som blir aktuellt, är förmånens konstitutionella element av stor vikt liksom konstruktionen av förmå-

nen och villkoren för att erhålla densamma. Rättighetskaraktären är alltså en viktig omständighet i detta avseende. Vad man kallar förmånen och hur den inplaceras i den nationella trygghetslagstiftningen har mindre betydelse.

Syftet med exportabilitetsprincipen är att gynna fri rörlighet av arbetare genom att skydda den migrerande och hennes/hans familj från nackdelar med att vara migrerande, nackdelar som hänger ihop med platsen för bosättning. Varje nationell lagstiftning, som kräver att en person skall vara bosatt i landet för att kunna erhålla en förmån, är ett hinder för den fria rörligheten. En migrerande arbetstagare, som har rätt till en förmån, "förhindras" att åka utomlands, eftersom hon/han där inte kan få förmåner. I belysning av art. 51 i Romfördraget måste de EG-rättsliga koordineringsreglerna göra det möjligt för den migrerande att få förmåner, även långtidsvårdsförmåner, som hon/han är berättigad till, oberoende av bosättningsort. Art. 10 har bidragit till att konstituera export i en rad situationer. Frågan är huruvida dessa är tillräckliga.

Frågan om eventuella restriktioner avseende exportabiliteten av långtidsvårdsförmåner kommer snart att bli utredd av EG-domstolen. Domstolen har blivit ombedd att svara på frågan (art. 6 och 42 (2) i Romfördraget), hur EG-lagstiftningen förhåller sig till personer som är berättigade till obligatorisk långtidsvårdsförsäkring, då den nationella lagstiftningen stadgar, att ersättning endast kan utgå till dem som är bosatta i den behöriga staten (C-190/96 Mollenaar v. AOK Baden-Württemberg /Sozialgericht Karlsruhe/).

I dag är en till Tyskland migrerande EU-medborgare försäkrad inom ramen för den tyska långtidsvårdsförsäkringen och därmed skyldig att betala avgifter, så länge hon/han är anställd i Tyskland. Om hon/han återvänder till sitt hemland efter ett fullt arbetsliv i Tyskland, kommer vederbörande att få lyfta tysk ålderspension, som utbetalas i hemlandet i enlighet med EG-rättslig lagstiftning (art. 10.1). Däremot framgår det inte av nämnda artikel, om hon/han kan få långtidsvårdsersättning, som alltså enligt nationell lagstiftning betalas ut enbart till personer som är stadigvarande bosatta i Tyskland. Vad kan anses vara i överensstämmelse med den EG-rättsliga lagstiftningens anda och syfte?

Exportabilitet av svenska förmåner vid långvarigt vårdberoende

Det svenska sociala trygghetssystemet innehåller många möjliga förmåner för dem som mer långsiktigt är beroende av vård i en eller annan form. Dessa står att finna inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen, inom socialförsäkringssystemet, inom socialtjänsten och omsorgsregleringarna. Någon motsvarighet till den tyska *Pflegeversicherung* finns inte. Systemet är mycket mer komplext i

Sverige, vilket gör att frågan om exportabilitet inte låter sig besvaras med antingen ja eller nej.

Genom *Ädelreformen* kom kommunerna att få ansvaret för långtidsvården av äldre personer som anses medicinskt färdigbehandlade. Kommunens hälso- och sjukvård innehåller ingen vård utförd av läkare. Det föreligger delade uppfattningar, om huruvida vården kan rubriceras som medicinsk eller inte. Att denna vård eller omsorg utgör en väsentlig del av det som ingår i den tyska *Pflegeversicherung* synes dock ostridigt. Den traditionella medicinska vården är givetvis av central betydelse för en vårdberoende. Den utförs av landstingen och regleras liksom den kommunala vården av hälso- och sjukvårdslagen.

Inom socialförsäkringssystemet finns förutom sjukvårdsersättningen även sjukpenningersättningen och förtidspensioneringen, som alla är aktuella för de långvarigt beroende. Den senare utges vid en funktionsnedsättning, som beror på sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Långtidsberoendet är påtagligt för dem som kan komma i åtnjutande av denna förmån. Den utges dels som en grundförmån, dels som en kompensation för en inkomstförlust. I kombination med förtidspension kan handikappersättning utgå. Denna förmån kan också utgå självständigt. Bilstödet är också viktigt att nämna i detta sammanhang.

Socialtjänstlagen reglerar service och bistånd antingen in natura eller som ekonomisk ersättning till den som har ett behov av vilket slag det vara må, dvs. också till denna kategori av långvarigt vårdberoende. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade m.m. liksom lagen om assistansersättning är pluslagstiftningar i den bemärkelsen att de förutom servicen och biståndet jämlikt socialtjänstlagen ger stöd, service och assistans till kategorin långvarigt vårdberoende. Dessa lagar är centrala som jämförelser med den tyska *Pflegeversicherung*.

Hur har Sverige förhållit sig till möjligheten till exportabilitet vad gäller olika förmåner ingående i det svenska trygghetssystemet? Hur har man exempelvis gjort när det gäller att bestämma vilka förmåner som utgår vid sjukdom och vilka som utgår vid invaliditet?

En viktig fråga är alltså om en svensk förmån skall klassificeras som en vårdförmån eller en kontantförmån och, i det senare fallet, om det är en kontantförmån vid sjukdom, invaliditet, ålderdom, m.m. Eftersom inga särskilda vårdförmåner finns vid invaliditet enligt art. 4 i förordningen 1408/71, kan det komma att leda till att vad som naturligen i Sverige uppfattas som en invaliditetssituation ändå blir att betrakta som en förmån vid sjukdom, därför att det framstår som onaturligt att hänföra den till kontantförmånskategorin.

Som exempel kan nämnas det svenska bilstödet till handikappade. Hur skall det klassificeras? Det man först måste bestämma sig för är om det tillhör området för social trygghet eller området för social hjälp. Bilstödet betraktas som en social trygghetsförmån av två skäl, nämligen att den förmånsberättigade har en rättsligt definierad ställning och att den i relativt stor utsträckning kan utges

oberoende av omständigheterna i det enskilda fallet. Om man nu betraktar den som en socialförsäkringsförmån, vore det naturliga utifrån ett svenskt betraktelsesätt att se den som en invaliditetsförmån och därmed en kontantförmån. Bilstöd utgår i form av kontant utbetalning och är avsett att göra det möjligt för en handikappad person att köpa ett fordon eller anpassa ett fordon med hänsyn till handikappet. Bidragsmottagaren är skyldig att återbetala ett bidrag för anskaffning av fordonet, om hon/han inom en viss tid avhänder sig fordonet. Stödet är således destinerat till kostnader som hänger samman med fordonet och kan inte användas för allmänna konsumtionsändamål.

Den brittiska förmånen "mobility allowance" betraktades som en kontantförmån i målet 356/89 Roger Stanton Newton v. Chief Adjudication Officer (ECR/1991/I-3017), men eftersom den utgick löpande och inte var destinerad till ett bestämt hjälpmedel som det svenska bilstödet, ansåg man från svensk sida vid arbetet med de svenska förklaringarna jämlikt art. 5, att det är tillräckligt skäl för att betrakta bilstödet som en värdförmån vid sjukdom. Detta resonemang kan man ställa sig tveksam till.

Även hjälpmedelsverksamheten och erhållandet av arbetshjälpmedel anses vara värdförmåner. Vidare är både medicinsk och arbetslivsorienterad rehabilitering att betrakta som värdförmåner vid sjukdom liksom rehabiliteringsersättning i form av särskilt bidrag. De anses dessutom som värdförmåner av stor vikt och omfattas därför av art. 24 och 30. Att så är fallet följer av Administrativa kommissionens beslut 115/82. Detta gäller även bilstödet.

Stöd och service till vissa funktionshindrade enligt lagen härom faller enligt förklaringarna utanför förordningen 1408/71 precis som de enligt nationell rätt inte hänförs till hälso- och sjukvården utan till socialtjänsten. Däremot omfattas förmånerna enligt densamma av bestämmelserna i förordningen 1612/68. Detta gäller inte assistansersättning. Denna anses vara en värdförmån vid sjukdom enligt förordningen 1408/71. Detta innebär att regelrätt exportabilitet jämlikt art. 10 inte är för handen men väl den typ av "exportabilitet" som gäller "om annat föreskrivs", dvs. förmåner vid sjukdom/beroende i annan stat och som gäller vid tillstånd till vård i annan stat.

Enligt min mening borde Sverige i sina förklaringar jämlikt art. 5 i förordningen 1408/71 ha listat förmånerna på ett för den migrerande personen så fördelaktigt sätt som möjligt. Att så inte alltid varit fallet, trots att möjlighet har funnits, torde stå klart. Att låta så många förmåner som möjligt omfattas av förordningen 1408/71 och därmed inte av förordningen 1612/68 ligger i enlighet med domstolens uppfattning. I vissa lägen, som när det gäller äldre med långvarigt vårdberoende, där vårdbehovet inte (enbart) är av medicinsk natur, kan det vara svårt att bestämma om det är rimligt att klassificera förmånen som en förmån vid sjukdom, vid invaliditet eller vid ålderdom. Den enskilde åtnjuter rätten till "vanlig" exportabilitet jämlikt art. 10.1, om förmånen klassas som en förmån (det är då alltid fråga om kontantförmån) vid invaliditet eller ålderdom. Exportabiliteten blir däremot i den form som beskrivs i avd. III kap. 1

om förmånen rubriceras antingen som en kontant- eller en värdförmån vid sjukdom. Att lista en invaliditetsförmån att gälla som en art. 4.2 a- eller b-förmån, vilket Sverige har gjort vad gäller handikappersättning, värdbidrag och kommunalt bostadsbidrag, torde inte vara helt i linje med andan i art. 51 i Romfördraget. Den interpellation som ställts till EG-domstolen i denna fråga (se ovan) torde komma att besvaras så, att medlemsstaterna inte kan undandra sig skyldigheten att utge förmåner även vid bosättning i annan stat.

Den svenska assistansersättningen har uppfattats som en värdersättning vid sjukdom, vilket torde kunna gälla fler förmåner, såsom olika stöd och service till vissa funktionshindrade. Det finns flera skäl till detta. EG-domstolens extensiva tillämpning är ett sådant skäl. Vidare kan den personkategori som denna lagstiftning berör utan större svårigheter inordnas under invaliditetsbegreppet. Att det finns ett sakområde i förordningen 1408/71 som gör att en förmån kan hänföras in under detta område är den främsta grunden till att förmånen skall uppfattas som en 1408/71-förmån. Om den förmånsberättigade har en rättsligt preciserad ställning är detta ytterligare en viktig omständighet som talar för att förmånen faller in under 1408/71. Så är fallet för den som är berättigad till stöd och service enligt lagen härom.

Att lista assistansersättningen som en kontantförmån vid invaliditet torde heller inte ha varit felaktigt. Den tyske f.d. domaren vid EG-domstolen Manfred Zuleeg har i olika sammanhang framhållit, att den tyska *Pflegeversicherung* kan klassificeras antingen som en kontantförmån vid sjukdom eller vid invaliditet (se s. 152). Så är också fallet vad gäller den svenska assistansersättningen.

På detta vis uppnår man det som här eftersträvas, dvs. exportabilitet för några viktiga förmåner för den långvarigt vårdbehövande. Även den som är beroende kan då utnyttja sin rätt till fri rörlighet, något som ligger helt i linje med de tankegångar som bär upp Romfördraget.

Det kan tyckas att de personer som berörs av den i denna artikel beskrivna problematiken är relativt fåtaliga, varför frågan i ett vidare perspektiv inte har någon större betydelse. Jag delar inte denna uppfattning. De funktionshindrades situation på arbetsmarknaden är en stor och viktig fråga. Att denna grupp diskrimineras i olika avseenden torde vara uppenbart och oemotsagt av de flesta. Frågan har ansetts så central, att en utredning tillsatts. Denna har föreslagit antidiskrimineringsregler för att komma till rätta med problemet. Att synliggöra den brist på likabehandling som finns i de EG-rättsliga koordineringsreglerna är självklart endast en liten del av en större problematik. Men det gäller att fylla igen olika, även smärre kunskapsluckor för att kunna ge en rättvisande bild av de funktionshindrades situation på arbetsmarknaden. I annat fall har man inte adekvat kunskap för att vidta rimliga och rättvisa åtgärder.

Källor och litteratur

Materialiet som har använts i denna artikel är till övervägande del hämtat från EG-domstolens domar (*European Court Report*). Många av dessa har behandlats i min bok *Social trygghet och migration*, (Stockholm: Nerenius & Santérus, 1995). Även domar från svenska länsrätter och kammarrätter har penetrerats. Statens offentliga utredningar, såsom SOU 1993:115, har använts i ett par avseenden liksom material från Riksförsäkringsverket.

Kunskaper om den tyska förmånen *Pflegeversicherung* har inhämtats från konferenser, konferensrapporter och samtal med framför allt professor Eberhard Eichenhofer vid juridiska fakulteten vid universitetet i Jena, docent Klaus Sieveking vid ZERP, vid universitetet i Bremen samt f.d. domaren vid EG-domstolen professor Manfred Zuleeg vid universitetet i Frankfurt am Main. Se också Manfred Zuleeg, *Pflegeversicherung in Europa – Die Funktion des Europäischen Gerichtshof* (Bremen 1997).

En diskussion om begreppen "beroende" och "behov av vård" och den europeiska debatten återfinns i Bernd Schulte, *Old Age and Dependency* (European Institute of Social Security, International Colloquium, Nantes, 1996).