

## **HFD 2016 ref. 27**

### **Fråga om ersättning för kostnader för vård i annat land inom EES.**

6 och 7 §§ lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård inom ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, artikel 7.4 och 7.6 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård

Högsta förvaltningsdomstolen meddelade den 14 april 2016 följande dom (mål nr 4175-15).

#### **Bakgrund**

Genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, ersättningslagen, genomförs det s.k. patientrörlighetsdirektivet i svensk rätt. Enligt direktivet har en försäkrad person under vissa förutsättningar rätt till ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård som personen har mottagit i en annan stat inom EES, upp till den kostnadsnivå som gäller i försäkringsmedlemsstaten. För beräkning av ersättningen ska medlemsstaterna ha en transparent mekanism som uppfyller vissa närmare angivna krav.

Av ersättningslagen framgår att ersättning lämnas med högst det belopp som motsvarar patientens faktiska kostnader för vården. Ersättningen ska bestämmas till ett belopp som motsvarar den vårdkostnad som skulle ha uppkommit om patientens vård hade tillhandahållits i Sverige. Enligt förarbetena kan beräkningen av denna vårdkostnad ske med utgångspunkt i de s.k. utomlansavgifter som tillämpas när en patient får vård i ett annat land än hemlandstinget. I lagen anges också att vid beräkningen av ersättningen ska avdrag göras med ett belopp som motsvarar de avgifter som patienten skulle ha betalat för vården i Sverige.

S.D., som var bosatt inom Stockholms läns landsting, fick i oktober 2013 vård för hyperhidros vid en privat klinik i Danmark. Vården avsåg läkarkonsultation och botulinumtoxinbehandling av händer och armhålor. Hon ansökte därefter hos Försäkringskassan om ersättning för sina kostnader för vården med 25 500 danska kronor.

Försäkringskassan beviljade S.D. ersättning för vårdkostnaderna med 6 250 kr. Som motivering angavs bl.a. att den ersättning som hon kunde få skulle bedömas utifrån de s.k. utomlansavgifterna enligt riksavtalet för utomlansvård. Kostnaden

för behandlingen var enligt Stockholms läns landstings utomlänsprislista 6 600 kr. Från beloppet hade dragits 350 kr, motsvarande den patientavgift som S.D. skulle ha betalat för vården i sitt landsting.

S.D. överklagade till Förvaltningsrätten i Stockholm som avslag överklagandet.

Kammarrätten i Stockholm biföll S.D:s överklagande dit och förklarade att hon hade rätt till ytterligare ersättning för vården i Danmark upp till i ansökan yrkat belopp. Kammarrätten ansåg, mot bakgrund av hur den svenska sjukvården var organiserad vid tidpunkten för när den i målet aktuella vårdkostnaden uppkom, att utgångspunkten för beräkningen av ersättningen borde vara kostnadsnivån för vården i det landsting där patienten var bosatt. Enligt kammarrätten förelåg det inte i sig något hinder mot att tillämpa en prislista för att bestämma denna kostnadsnivå, under förutsättning att beräkningen var transparent på det sätt som anges i patientrörlighetsdirektivet. Av yttrande från Stockholms läns landsting till kammarrätten framgick att beloppet 6 600 kr grundade sig på landstingets tilläggsavtal med Karolinska universitetssjukhuset. Enligt kammarrätten rådde det emellertid stor oklarhet om vad de priser för behandling av hyperhidros som angavs i avtalet avsåg, varför uppgifterna i avtalet inte ansågs så tillförlitliga att de kunde läggas till grund för beräkningen. Kammarrätten fann vidare att det inte kunde anses visat att den vårdkostnad som skulle ha uppkommit om S.D. fått vården i Sverige var lägre än den kostnad som hon hade haft för vården i Danmark. Då sistnämnda kostnad inte kunde anses oskäligen medgavs hon ersättning med yrkat belopp.

### **Yrkanden m.m.**

*Försäkringskassan* yrkar att Högsta förvaltningsdomstolen upphäver kammarrättens dom och fastställer förvaltningsrättens domslut samt anför bl.a. följande. Patientrörlighetsdirektivet innebär att det måste finnas en modell för att bestämma vårdkostnader i ett medlemsland men det finns inget krav på en metod för att beräkna ersättningen i det enskilda fallet. Kravet på en transparent mekanism uppfylls genom att vårdkostnaden bestäms till det belopp som hemlandstinget tillämpar för aktuell vård enligt riksavtalet och de regionala prislistorna. Kammarrätten har i strid med ersättningslagen inte gjort avdrag för S.D:s patientavgift.

S.D. bestrider bifall till överklagandet och yrkar att Högsta förvaltningsdomstolen ska besluta om sekretess för samtliga uppgifter om hennes sjukdomstillstånd. Hon anför bl.a. följande. Landstingens och regionernas prislistor baseras inte alltid på verkliga kostnader. I vissa fall är utomlänsprislistorna välgrundade

och välberäknade medan de i andra fall är högst godtyckliga. Vissa prislistor baseras på fiktiva uppgifter avseende bl.a. läkemedelskostnaden vid behandling med botulinumtoxin. Region Skåne har för 2013 angett kostnaderna för botulinumtoxin-behandling av händer till närmare 17 000 kr och för behandling av armhålor till ca 9 000 kr, för att två år senare ange kostnaderna till ca 4 000 kr för respektive behandling. I Uppsala läns landsting har kostnaden angetts till drygt 15 000 kr för behandling av händer och armhålor.

*Sveriges Kommuner och Landsting* har i av Högsta förvaltningsdomstolen inhämtat yttrande anfört bl.a. följande. Riksavtalet för utomlänsvård har godkänts och tillämpas av samtliga landsting. De regionala prislistorna har sin grund i en överenskommelse mellan vårdlandstinget och samverkande landsting inom sjuk-vårdsregionen. De kan därför variera mellan de olika sjukvårdsregionerna. I varje region finns det en samverkansnämnd eller motsvarande som gör prislistan tillgänglig via sin hemsida.

I Stockholms läns landsting tillhandahålls den aktuella vården av Karolinska universitetssjukhuset. Ersättningen för vården specificeras genom ett tilläggsavtal mellan de båda parterna. Detta avtal är jämförbart med en regional prislista. I det tilläggsavtal som gällde 2013 var ersättningen för ett behandlingsbesök 6 600 kr inklusive kostnaden för läkemedel, baserat på ett för parterna gemensamt antagande om kostnad per patient för ett behandlingsbesök.

Den av Stockholms läns landsting tillämpade metoden för att fastställa skäliga priser för vårdtjänster tillgodoser kravet i både patientrörlighetsdirektivet och ersättningslagen vad gäller principen om en transparent mekanism för beräkning av vårdkostnader.

### **Skälen för avgörandet**

#### *Vad målet gäller*

Målet gäller hur ersättning för kostnader för vård i ett annat land inom EES ska bestämmas.

#### *Rättslig reglering m.m.*

Enligt 5 § ersättningslagen har en patient rätt till ersättning för kostnader som har uppkommit till följd av att han eller hon har tagit emot vård i ett annat land inom EES, under förutsättning bl.a. att patienten skulle ha haft rätt att få vården bekostad av det allmänna om den tillhandahållits i Sverige.

I 6 § samma lag anges att ersättning lämnas med högst det belopp som motsvarar de faktiska kostnader för vården som har uppkommit för patienten.

Av 7 § första stycket ersättningslagen framgår att ersättningen ska bestämmas till ett belopp som motsvarar den vårdkostnad som skulle ha uppkommit om patientens vård hade tillhandahållits i Sverige. I andra stycket föreskrivs att när ersättningens storlek bestäms ska avdrag göras med ett belopp som motsvarar de avgifter som patienten skulle ha betalat för vården i Sverige.

Genom ersättningslagen genomförs Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård, det s.k. patientrörlighetsdirektivet, i svensk rätt. Direktivet syftar enligt artikel 1 bl.a. till att göra det lättare att få tillgång till säkra och högkvalitativ gränsöverskridande hälso- och sjukvård i unionen. Av ingressen till direktivet framgår att patienterna ska garanteras rörlighet i överensstämmelse med de principer som har slagits fast av EU- domstolen och att de bör garanteras ersättning för kostnader för gränsöverskridande vård på minst den nivå som de skulle ha fått om samma vård hade getts i försäkringsmedlemsstaten (beaktandesatserna 10 och 29).

I förarbetena till ersättningslagen uttalas att grundtanken i direktivet är att en patient som mottar gränsöverskridande vård, så långt det är möjligt, ska försättas i en situation som är identisk med den som skulle ha uppstått om vården hade tillhandahållits i försäkringsmedlemsstaten (prop. 2012/13:150 s. 60).

Försäkringsmedlemsstaten ska enligt artikel 7.3 i direktivet fastställa, på lokal, regional eller nationell nivå, för vilken hälso- och sjukvård en försäkrad person har rätt att få ersättning för kostnader och nivån på denna ersättning, oberoende av var hälso- och sjukvården tillhandahålls.

Enligt artikel 7.4 ska kostnaderna för gränsöverskridande hälso- och sjukvård ersättas eller direkt utbetalas av försäkringsmedlemsstaten, upp till den kostnadsnivå som försäkringsmedlemsstaten skulle ha ersatt, om vården hade tillhandahållits på dess territorium, utan att de faktiska kostnaderna för den mottagna vården överskrider.

Av artikel 7.6 framgår att medlemsstaterna för tillämpning av artikel 7.4 ska ha en transparent mekanism för beräkning av kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård för vilken försäkringsmedlemsstaten ska ersätta den försäkrade personen. Denna mekanism ska vara baserad på objektiva, icke-diskriminerande kriterier som ska vara kända på förhand och tillämpas på relevant (lokal, regional eller nationell) administrativ nivå.

## *Högsta förvaltningsdomstolens bedömning*

### Beräkning av ersättningen

I målet är inte ifrågasatt att den behandling som S.D. fick i Danmark var medicinskt motiverad och utförd i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är ostridigt att om hon hade sökt motsvarande vård i sitt hemlandsting skulle hon ha fått vården bekostad av det allmänna. Behandlingen är således ersättningsgrundande enligt ersättningslagen.

S.D. yrkar i målet ersättning för de faktiska kostnader hon haft för vården i Danmark, vilket enligt 6 § ersättningslagen är det högsta belopp som ersättning kan utgå med. Frågan är dock om hennes rätt till ersättning begränsas av 7 § första stycket, där det anges att ersättningen ska motsvara de kostnader som skulle ha uppkommit om vården hade tillhandahållits i Sverige. Innebörden av denna bestämmelse måste fastställas med beaktande av bestämmelserna i patientrörlighetsdirektivet.

Enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Före den 1 januari 2015 fanns inte något i lag reglerat nationellt vårdval i Sverige (se prop. 2012/13:150 s. 62 och prop. 2013/14:106 s. 81 ff.). Genom olika överenskommelser mellan landstingen gavs patienter ändå vissa möjligheter att på hemlandstingets bekostnad få bl.a. öppen specialistvård i andra landsting.

Högsta förvaltningsdomstolen finner inledningsvis att ersättningen enligt 7 § första stycket ersättningslagen bör bestämmas med utgångspunkt i den vårdkostnad som skulle ha uppkommit för patientens hemlandsting om vården hade tillhandahållits i Sverige. Det förhållandet att ersättningen för kostnader avseende en viss behandlingsåtgärd därmed kan komma att variera mellan olika landsting strider inte i sig mot patientrörlighetsdirektivet. Tvärtom medger direktivet uttryckligen att ersättningsnivån fastställs på lokal eller regional nivå (artikel 7.3).

Av lagtexten framgår inte hur hemlandstingets kostnader enligt 7 § första stycket ersättningslagen ska bestämmas. I förarbetena anges att beräkningen av landstingets kostnader kan ske med utgångspunkt i de s.k. utomlänsavgifter som tillämpas enligt riksavtalet för utomlänsvård (prop. 2012/13:150 s. 60 ff.). Dessa avgifter används bl.a. när en patient får vård i ett annat landsting än sitt hemlandsting. Patientens hemlandsting ersätter då det utförande landstinget i enlighet med dess prislista.

Förfarandena synes bygga på tanken att den prislista som hemlandstinget använder när det tar betalt av andra landsting avspeglar kostnaden för vård som ges i hemlandstinget och därför

kan användas även vid beräkningen enligt ersättningslagen. Det framhålls emellertid också att när en patient under vissa förutsättningar får vård i ett annat landsting ersätter hemlandstinget kostnaderna för vården i enlighet med vårdlandstingets prislista, vilket innebär att hemlandstingets kostnadsnivå för vården i dessa fall inte är liktydig med vad som anges i dess egen prislista. Hur kostnadsnivån enligt 7 § första stycket ersättningslagen ska bestämmas i de fall då vården i enlighet med tillämpliga avtal kunde ha utförts i flera landsting framgår dock inte av förarbetena.

Det är således oklart hur det är tänkt att landstingens prislistor för utomlänsvgifter m.m. ska användas vid tillämpningen av 7 § första stycket ersättningslagen. En förutsättning för att dessa prislistor alls ska kunna utgöra underlag för beräkningen enligt den bestämmelsen är emellertid att de uppfyller kraven i artikel 7.6 i patientrörlighetsdirektivet. Där anges att kostnaderna ska beräknas med hjälp av en transparent mekanism baserad på objektiva, icke-diskriminerande kriterier som ska vara kända på förhand.

Kraven i artikel 7.6 måste enligt Högsta förvaltningsdomstolen uppfattas på så sätt att beräkningen av landstingets kostnadsnivå så långt möjligt ska grunda sig på landstingets verkliga kostnader för att tillhandahålla den aktuella vården. I annat fall riskerar den som väljer att söka vård i ett annat land inom EES att missgynnas genom att ersättningen grundas på en för lågt beräknad kostnad för motsvarande vård i hemlandet. Detta innebär att även patientens möjligheter att söka vård i andra landsting måste beaktas, med de kostnader som därigenom skulle ha kunnat uppkomma för hemlandstinget. Vidare måste principerna för att beräkna kostnadsnivån liksom resultatet av beräkningen redovisas öppet och denna information måste dessutom vara tillgänglig för patienten på förhand. Det är alltså inte tillräckligt för att uppfylla kraven i artikel 7.6 att Försäkringskassan i efterhand kan visa vilka kostnader den aktuella vården skulle ha föranlett om den hade tillhandahållits i Sverige. Av detta följer också med nödvändighet att kostnadsnivån måste bestämmas schablonmässigt.

När det gäller den i målet aktuella behandlingen har Försäkringskassan uppgett att kostnaden för motsvarande vård i Sverige skulle ha uppgått till 6 600 kr, baserat på Stockholms läns landstings tilläggsavtal med Karolinska universitetssjukhuset. Karolinska universitetssjukhuset ingår i landstingets organisation och vård som ges där tillhandahålls därmed av landstinget. Tilläggsavtalet är således ingen utomlänsprislista och såvitt framkommit fanns hyperhidrosbehandling inte med i den utomlänsprislista som sjukhuset tillämpade för 2013.

Det framstår som oklart vad som ingår i beloppet 6 600 kr, t.ex. i vilken utsträckning kostnaden för läkemedel har beaktats. Inte

heller har Försäkringskassan utrett vilka möjligheter S.D. hade att få behandlingen utförd i andra landsting och vilka kostnader som därigenom kunde ha uppkommit för hemlandstinget. Av utredningen i målet framgår vidare att landstingens utomlansprislistor uppvisar stora variationer avseende kostnaderna för den typ av behandling som S.D. fått.

Högsta förvaltningsdomstolen finner mot bakgrund av det anförda att det i detta fall inte har funnits en sådan transparent beräkningsmekanism som krävs enligt direktivet. I avsaknad av en sådan beräkningsmekanism kan enligt Högsta förvaltningsdomstolens mening rätten till ersättning begränsas med stöd 7 § första stycket ersättningslagen endast i de fall där det framstår som närmast uteslutet att den kostnad som patienten begär ersättning för skulle ha kunnat uppstå för hemlandstinget om vården hade tillhandahållits i Sverige.

Kostnaden för S.D:s vård i Danmark framstår i och för sig som förhållandevis hög, men utredningen i målet ger inte stöd för att motsvarande kostnad inte skulle ha kunnat uppstå om vården hade tillhandahållits i Sverige. Högsta förvaltningsdomstolen finner därmed att S.D:s rätt till ersättning inte kan begränsas med stöd av 7 § första stycket ersättningslagen och att den därför får bestämmas med utgångspunkt i hennes faktiska kostnad för vården.

#### Avdrag för patientavgift

Enligt 7 § andra stycket ersättningslagen ska vid bestämmande av ersättningens storlek avdrag göras med ett belopp motsvarande de avgifter som patienten skulle ha betalat för vården i Sverige.

Med hänsyn till omständigheterna i målet står det inte klart vilken patientavgift som S.D. skulle ha fått betala om vården hade tillhandahållits i Sverige. Vid sådant förhållande ligger det närmast till hands att avdrag görs med ett belopp motsvarande den patientavgift som hon skulle ha fått betala i sitt hemlandsting, dvs. med 350 kr.

#### Sekretess

När det gäller S.D:s yrkande om sekretess konstaterar Högsta förvaltningsdomstolen att uppgifter om hennes hälsotillstånd och andra personliga förhållanden, såväl i Försäkringskassans ärende som hos domstol, omfattas av sekretess enligt 28 kap. 1 § första stycket 9 offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Av 43 kap. 8 § samma lag framgår dock att en sekretessbestämmelse som gäller för en uppgift i en domstols rättskipande verksamhet upphör att vara tillämplig i målet om uppgiften tas in i en dom eller annat beslut i målet. Yrkandet föranleder inte någon Högsta förvaltningsdomstolens åtgärd.

## Högsta förvaltningsdomstolens avgörande

Högsta förvaltningsdomstolen ändrar kammarrättens avgörande endast på så sätt att ersättningen till S.D. sätts ner med 350 kr avseende patientavgift.

I avgörandet deltog justitieråden *Knutsson, Ståhl, Nymansson* och *Rynning*. Föredragande var justitiesekreteraren Elin Kristensson.

Justitierådet *Gäverth* var av skiljaktig mening och anförde följande.

Jag instämmer i vad majoriteten anför fram till och med sjunde stycket under rubriken Högsta förvaltningsdomstolens bedömning. Därefter anför jag följande.

Ett landsting kan tillhandahålla vård och behandling i egen regi eller genom avtal med annan privat eller offentlig vårdgivare. Om vården tillhandahålls i egen regi måste kraven i direktivet enligt min mening förstås så att beräkningen av landstingets kostnadsnivå så långt möjligt ska grunda sig på landstingets verkliga – om än i viss mån schabloniserade – kostnader för att tillhandahålla den aktuella vården. Om vården i stället tillhandahålls genom avtal med annan vårdgivare är det hemlandstingets kostnader för vården i enlighet med dessa avtal som bör utgöra grunden för jämförelsen. Även kostnaderna enligt sådana avtal måste vara baserade på objektiva och icke-diskriminerande kriterier. Principerna för att beräkna den egna kostnadsnivån liksom resultatet av beräkningen, respektive kostnaderna enligt ingångna avtal med andra vårdgivare, måste vidare redovisas öppet och denna information måste dessutom vara tillgänglig för patienten på förhand.

Av utredningen framgår att Stockholms läns landsting har slutit ett tilläggsavtal med Karolinska universitetssjukhuset, som är en förvaltning inom landstingets organisation, för behandling av hyperhidros. Tilläggsavtalet utgör således inte en utomlänsprislista.

Avtalet mellan Stockholms läns landsting och Karolinska universitetssjukhuset gällde vid tidpunkten för S.D:s behandling. Såvitt kan utläsas av avtalet skulle Stockholms läns landsting ha fått ersätta Karolinska universitetssjukhuset med 6 600 kr för behandling mot svår hyperhidros i handflatorna. För behandling av svår hyperhidros på andra ställen än på handflatorna anges i avtalet att separat ersättning utgår enligt de faktiska kostnaderna. Av avtalet i sig kan inte utläsas vilken kostnad landstinget skulle ha haft vid behandling av svår hyperhidros i t.ex. armhålorna. I avtalet ingår även en post utgörande engångsersättning för omställningskostnader, som inte synes återspegla sig i den uppgivna styckkostnaden för varje behandling. Det är, enligt min mening, inte heller klart i vilken omfattning kostnad för läkemedel ingår. Mot bakgrund av dessa oklarheter gör jag bedömningen att avtalet med Karolinska universitetssjukhuset inte uppfyller de krav som ställs i direktivet och i ersättningslagen för att kunna ligga till grund för beräkning av den kostnadsersättning S.D. har rätt till.

Stockholms läns landsting har även slutit ett mellanlänsavtal med Uppsala läns landsting om vidgade valmöjligheter inom hälso- och



sjukvården vilket gällt under nu aktuell period. Syftet med avtalet är bl.a. att patienter från Stockholms läns landsting ska kunna beredas vård inom Uppsala läns landsting. För de patienter som behandlas vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och som remitterats från Stockholms län debiteras Stockholms läns landsting efter Akademiska sjukhusets utomlänsprislista. I denna anges bl.a. kostnaden för ”svettbehandling hand & axill” med botulinumtoxin till drygt 15 000 kr.

Avtalet är slutet mellan två landsting som har att tillämpa självkostnadsprincipen enligt 8 kap. 3 c § kommunallagen (1991:900). Även andra landsting har slutit liknande avtal med tillämpning av utomlänsprislistan för behandling av patienter på Akademiska sjukhuset. S.D. har vidare obestritt uppgett att Akademiska sjukhuset behandlar flest hyperhidrospatienter från andra landsting av landstingssjukhusen i Sverige. Det anförda talar enligt min mening för att Akademiska sjukhuset har tillförlitliga kostnadsberäkningar för dessa behandlingar. Mot denna bakgrund får mekanismen för beräkning av kostnader anses vara baserad på objektiva och icke-diskriminerande kriterier och prislistan i sig utgör en allmän handling. Annat har inte framkommit än att S.D. hade kunnat få aktuell behandling på Akademiska sjukhuset med stöd av mellanlänsavtalet. Jag finner därför att avtalet mellan de båda landstingen uppfyller i nu aktuellt hänseende de krav som ställs i artikel 7.6 i patientrörlighetsdirektivet och i 7 § första stycket ersättningslagen och att avtalet ska läggas till grund för beräkningen av den ersättning S.D. är berättigad till. Skäl att jämföra med kostnaden hos andra vårdgivare i landet saknas således enligt min mening.

Med hänsyn till mitt ställningstagande ovan bör ersättningen till S.D. reduceras med den patientavgift hon skulle ha fått betala om hon hade behandlats vid Akademiska sjukhuset i enlighet med mellanlänsavtalet. Vad gäller frågan om sekretess instämmer jag i majoritetens bedömning.

---

***Förvaltningsrätten i Stockholm (2014-10-13, ordförande Sjölund):***

***Ersättningens storlek***

Enligt förarbetena till ersättningslagen ska ersättningens storlek anpassas till den kostnadsnivå som gäller i det landsting som skulle ha ansvarat för patientens vård om den utförts i Sverige. Enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen är det landstinget där patienten är bosatt som ansvarar för dennes hälso- och sjukvård. Detta innebär enligt förvaltningsrättens mening att ersättningens storlek ska anpassas efter kostnadsnivån i patientens hemlandsting.

Av handlingarna i målet framgår att S.D. är bosatt inom Stockholms läns landsting och att Försäkringskassan, enligt 12 § ersättningslagen, har inhämtat ett yttrande från hennes hemlandsting. Av yttrandet framgår bl.a. att om vården hade sökts inom Stockholms läns landsting skulle S.D. ha erbjudits vård till en kostnad av 6 600 kr och att patientavgiften uppgår till 350 kr. Förvaltningsrätten finner inte skäl att ifrågasätta dessa uppgifter. S.D. skulle alltså inte haft rätt att få ersättning i större omfattning än den beviljade om vården hade tillhandahållits i Sverige. En sådan bedömning kan inte sägas strida mot ordalydelsen i ersättnings-

lagen. Att hemlandsting i vissa fall kan använda sig av utomlansprislister vid beräkning av kostnader för vård genomförd i annat landsting eller land och att patienter tidigare fått full ersättning föranleder inte någon annan bedömning.

*Principerna om icke-diskriminering och lika villkor*

S.D. har gjort gällande att Försäkringskassans tillämpning av ersättningslagen står i strid med patientrörlighetsdirektivet och då speciellt principen om icke-diskriminering. Förvaltningsrätten konstaterar att ersättningslagen bygger på patientrörlighetsdirektivet. Varje medlemsstat är i princip behörig att själv bestämma hur landets sjukvård och sjukförsäkringssystem ska utformas (jfr t.ex. EU-domstolens dom i mål C-157/99 Smits/Peerbooms punkterna 44-46 och Högsta förvaltningsdomstolens dom i RÅ 2004 ref. 41). Sverige är indelat i landsting och landstingen har förhållandevis stor frihet att själva bestämma vilka prioriteringar som ska göras inom sjukvården. I artikel 7.3 i patientrörlighetsdirektivet anges det bl.a. att det överlämnas till medlemsstaterna att fastställa nivån på ersättningen för kostnaderna för gränsöverskridande hälso- och sjukvård. I förarbetena till ersättningslagen har regeringen bedömt att Sverige uppfyller patientrörlighetsdirektivets krav om likabehandling generellt och avseende arvoden (jfr a. prop. s. 97 och 99). S.D. har inte visat att Försäkringskassans tillämpning av ersättningslagen står i strid med patientrörlighetsdirektivet. Såvitt framkommit har hon inte behandlats på ett sämre sätt än om hon hade sökt den aktuella behandlingen i sitt hemlandsting.

S.D. har vidare gjort gällande att den av Försäkringskassan tillämpade beräkningsmodellen strider mot likställighetsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen. Förvaltningsrätten konstaterar att principen om lika villkor i hälso- och sjukvårdslagen endast ger uttryck för en målsättning eftersom hälso- och sjukvårdslagen är en ramlag med möjlighet för huvudmännen att anpassa sin verksamhet efter lokala och regionala behov samt förutsättningar (prop. 1981/82:97 s. 17 och 26). Därför kan principen om lika villkor inte anses medföra att S.D. ska medges ytterligare ersättning för sina kostnader för vård i Danmark.

Sammanfattningsvis saknas det alltså förutsättningar att bevilja S.D. ytterligare ersättning för de i målet aktuella kostnaderna. Överklagandet ska därför avslås. – Förvaltningsrätten avslår överklagandet.

***Kammarrätten i Stockholm (2015-06-17, Rolén, Ekman och Jansson):***

S.D. har yrkat ersättning för sina vårdkostnader hos Svedkliniken i Danmark med 25 500 danska kronor avseende hyperhidrosbehandling av händer och armhålor. Försäkringskassan har beviljat henne ersättning med 6 250 kr efter avdrag för patientavgift i enlighet med vad Stockholms läns landsting uppgett i svar till Försäkringskassan. Av landstingets svar framgår att S.D. i landstinget skulle ha erbjudits motsvarande behandling för händer och armhålor och att kostnaden för en sådan behandling är 6 600 kr. Försäkringskassan har i sitt beslut angett att den ersättning S.D. beviljats motsvarar kostnaden för behandlingen enligt Stockholms läns landstings utomlansprislista. Förvaltningsrätten har inte funnit skäl att ifrågasätta uppgiften från landstinget.

Kammarrätten konstaterar inledningsvis att Försäkringskassan och förvaltningsrätten har funnit att S.D. uppfyller villkoren för rätt till ersättning för kostnader till följd av den vård hon mottagit vid Sved-kliniken i Danmark. Kammarrätten instämmer i den bedömningen och övergår till att pröva frågan om ersättningens storlek.

S.D. har i såväl förvaltningsrätten som kammarrätten med stöd av en omfattande dokumentation argumenterat för att kostnaden för vården i Sverige är för lågt beräknad.

Utgångspunkten för vilken kostnad en patient kan få ersatt med anledning av att han eller hon mottagit vård i annat EES-land är, enligt patientrörlighetsdirektivet och ersättningslagen, högst vad motsvarande vård skulle ha ersatts med i patientens hemland.

Varje medlemsstat i EU är i princip behörig att själv bestämma hur landets sjukvård och sjukförsäkringssystem - liksom dess sociala trygghetssystem i övrigt - ska utformas. Av fast rättspraxis från EU-domstolen följer emellertid att staterna likväl måste beakta de krav som gemenskapsrätten ställer när de utövar denna sin behörighet (se t.ex. mål C-158/96, Kohll, REG 1998 s. I-1931, punkterna 17-19 och RÅ 2004 ref. 41).

I målen Müller-Fauré och van Riet, C-385/99, samt Elchinov, C-173/09, uttalade EU-domstolen att socialförsäkringstagare som erhåller sjukhusvård i en annan medlemsstat än bosättningsmedlemsstaten har rätt till ersättning för nämnda vård med stöd av artikel 49 i Fördraget om upprättandet av Europeiska gemenskapen (numera artikel 56 i Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt) endast i den omfattning som garanteras av sjukförsäkringssystemet i den medlemsstat där de är försäkrade.

Lagstiftaren i Sverige har lagt ett ansvar på den offentliga sektorn att i allt väsentligt länsvis genom landstingen tillhandahålla resurser för hälso- och sjukvård. I hälso- och sjukvårdslagen hälso- och sjukvårdslagen fastställs grunderna för landstingens hälso- och sjukvård. Enligt hälso- och sjukvårdslagen, som den var utformad före den 1 januari 2015, ska varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget samt har en skyldighet att erbjuda akut vård åt dem som tillfälligt vistas i landstinget. Landstingen får också i övrigt erbjuda hälso- och sjukvård åt någon som inte är bosatt i landstinget (utomlänsvård) efter överenskommelse landstingen emellan.

Mot bakgrund av hur den svenska sjukvården vid tidpunkten för när den i målet aktuella vårdkostnaden uppkom var organiserad anser kammarrätten att utgångspunkten för hur en patient ska ersättas för gränsöverskridande vård bör vara kostnadsnivån för aktuell vård i det landsting där han eller hon är bosatt. En sådan ordning är enligt kammarrätten också förenlig med EU-rätten.

I förarbetena till ersättningslagen anges bl.a. följande. Beräkning av vårdkostnader i patientens landsting kan ske med utgångspunkt i de s.k. utomlänsavgifterna som tillämpas enligt Riksavtalet för utomlänsvård. När en patient under vissa förutsättningar får vård i ett annat landsting ersätter hemlandstinget kostnaderna för vården i enlighet med vårdlandstingets prislista i stället för hemlandstingets. I sådana fall är hemlandstingets kostnadsnivå för vården således inte liktydig med vad som anges i den prislista som gäller för vård i hemlandstinget. Så länge

lika fall behandlas lika kommer således de förslag till hur ersättningens storlek ska bestämmas, inte att stå i strid med några grundläggande principer eller med patientrörlighetsdirektivet. Många gånger finns det flera prislistor inom en sjukvårdsregion, exempelvis en prislista per sjukhus. Även i dessa fall gäller grundprincipen att en patient som har tagit emot vård i ett annat EES-land så långt det är möjligt ska försättas i samma läge som om han eller hon hade tagit emot vården i Sverige. Hur dessa situationer ska hanteras får överlämnas åt rättstillämpningen (prop. 2012/13:150 s. 61 f.).

Stockholms läns landsting har i yttrande till kammarrätten anfört att det belopp landstinget angett med anledning av Försäkringskassans förfrågan grundar sig på landstingets tilläggsavtal med Karolinska universitetssjukhuset HSN 1110-1337 ADA 9606. I fråga om storleken på ersättning enligt avtalet anges följande.

Ersättning för utförda tjänster enligt verksamhetsuppdrag utgår med 10 408 tkr. Ersättning utbetalas enligt nedanstående ersättningsplan.

- 1 000 tkr som en engångsersättning för omställningskostnader debiteras 31 januari 2012
- för faktiskt genomförda och registrerade besök
  - 1,8 tkr per bedömningsbesök (500 bes/år)
  - 6,6 tkr per behandlingsbesök (1 200 bes/år)

Posten om 6 600 kr som landstinget och Försäkringskassan hänvisar till är således hänförlig till den i avtalet angivna kostnaden per behandlingsbesök.

I avtalet anges att ”behandling enligt avtalet avser mycket svår hyperhidros i handflatorna med botulinumtoxin”. Vidare anges att ”vid mycket ömmande fall av svår hyperhidros från andra ställen än handflatorna bedömer Hudkliniken om eventuell behandling kan ges. Dessa behandlingar ersätts separat enligt de faktiska kostnaderna.”

Utgångspunkten är således att avtalet omfattar behandling av händer, varför det får antas att beloppet 6 600 kr inte inkluderar behandling av armhålor. Av avtalet framgår uttryckligen att kostnaden för bedömning inte är inkluderad i kostnadsposten. I vilken utsträckning läkemedel är inkluderat i beloppet framgår inte. Med hänsyn härtill framstår beloppet om 6 600 kr som en schablon och således inte en faktisk kostnad.

Kammarrätten anser inte att det i sig föreligger något hinder mot att tillämpa en prislista för att bestämma en kostnadsnivå, varken enligt patientrörlighetsdirektivet eller enligt EU-domstolens praxis. En sådan ordning förutsätter dock att beräkningen är transparent på sätt anges i artikel 7.6 i direktivet.

Som framgått råder det emellertid stor oklarhet om vad de priser för hyperhidrosbehandling som anges i avtalet med Karolinska universitetssjukhuset, och på vilka Stockholms läns landsting grundar sin uppgift till Försäkringskassan, avser.

Tolkningen av 7 § ersättningslagen ska göras i ljuset av principen om transparent mekanism för beräkning av vårdkostnader. Begreppet uppkommen vårdkostnad i den paragrafen leder då till uppfattningen att det är den faktiska kostnaden för vården som ska beaktas.

Försäkringskassan har genomgående hänvisat till landstingets uppgift om kostnaden för den ifrågavarande vården inom Stockholms läns landsting baserat på tilläggsavtalet mellan landstinget och Karolinska

universitetssjukhuset. Som framgått är uppgifterna där inte så tillförlitliga att de kan läggas till grund för beräkningen av uppkommen vårdkostnad.

Försäkringskassan har vid ett flertal tillfällen under processen fått möjlighet att precisera kostnaden för den aktuella behandlingen men inte gjort det.

I avsaknad av tillförlitliga uppgifter om storleken på den vårdkostnad som skulle ha uppkommit om S.D. hade fått vården i Sverige, kan det inte anses visat att den kostnaden är lägre än den kostnad S.D. haft för den mottagna vården vid Svedkliniken i Danmark. Då sistnämnda kostnad inte kan anses oskäligen anser kammarrätten att S.D. ska medges ytterligare ersättning upp till yrkat belopp. – Kammarrätten bifaller överklagandet och förklarar, med ändring av förvaltningsrättens dom och Försäkringskassans beslut, att S.D. har rätt till ytterligare ersättning för vård i Danmark upp till i ansökan yrkat belopp.