

Udskriftsdato: 2. januar 2026

VEJ nr 9733 af 05/07/2016 (Gældende)

Vejledning om grænseoverskridende sundhedsydelser i EU/EØS-lande (regler i medfør af patientmobilitetsdirektivet)

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundheds- og Ældremin., j.nr. 1600666

Senere ændringer til forskriften

VEJ nr 9111 af 28/02/2018

Vejledning om grænseoverskridende sundhedsydelser i EU/EØS-lande (regler i medfør af patientmobilitetsdirektivet)

1. Indledning
2. Sammenhæng mellem direktivets regler og forordning (EF) nr. 883/2004
 - 2.1. Ansøgninger til regionsrådet om forhåndsgodkendelse
 - 2.2. Ansøgninger til regionsrådet/kommunalbestyrelsen om tilskud efter de danske regler, der implementerer direktivet
 - 2.3. Ansøgninger til Lægemiddelstyrelsen om tilskud til medicin efter de danske regler, der implementerer direktivet
 - 2.4. Ansøgninger til Styrelsen for Patientsikkerhed om refusion efter forordningens regler.
3. Personkreds og sundhedstjenesteydere
 - 3.1. Generelt om personkredsen
 - 3.2. Bopæl i Danmark
 - 3.3. Danske sikrede med bopæl i et andet EU/EØS-land
4. Ikke-forskelsbehandling
5. Forældelse af refusionskrav
6. Sygehussektoren
 - 6.1. Refusion af udgifter til sygehusbehandling i andre EU/EØS-lande
 - 6.1.1. Ydelser
 - 6.1.2. Behandling der både leveres på sygehus og i speciallægepraksis
 - 6.1.3. Henvi sning
 - 6.1.4. Forhåndsgodkendelse
 - 6.1.5. Refusion af udgifter til behandling af komplikationer
 - 6.1.6. Behandling der både kan ske ved indlæggelse og ambulant
 - 6.1.7. Krav til ansøgningen om refusion
 - 6.1.8. Beregning og udbetaling af refusion
 - 6.1.1 Den kompetente myndighed
 - 0.
 - 6.1.1 Befordring
 - 1.
 - 6.1.1 Klageadgang
 - 2.
 - 6.2. Sygehusbehandling i Danmark af patienter fra andre EU/EØS-lande m.v.
 - 6.2.1. Personkreds
 - 6.2.2. Ydelser
 - 6.2.3. Information, frit sygehusvalg m.v.
 - 6.2.4. Afvisning af patienter
 - 6.2.5. Henvi sning
 - 6.2.6. Betaling
 - 6.2.7. Klageadgang
7. Primærsektoren (ydelser uden for sygehusvæsenet) – undtagen medicin
 - 7.1. Tilskud til behandling i andet EU/EØS-land
 - 7.1.1. Ydelser og varer
 - 7.1.2. Krav til den udenlandske behandler

- 7.1.3. Almindelige betingelser for tilskud
- 7.1.4. Særlige krav for tilskud i Danmark, der kan fraviges
- 7.1.5. Økonomisk støtte til tandproteser ved ulykkesbetingede tandskader m.v.
- 7.1.6. Tandplejetilskud til visse patientgrupper
- 7.1.7. Børn- og ungdomstandpleje
- 7.1.8. Den kompetente myndighed
- 7.1.9. Beregning og udbetaling af tilskud
- 7.1.1 Krav til ansøgningen om tilskud
- 0.
- 7.1.1 Eksempler på udbetaling af tilskud
- 1.
- 7.1.1 Befordring
- 2.
- 7.1.1 Klageadgang
- 3.
- 7.2. Behandling i Danmark af patienter fra andre EU/EØS-lande
- 7.2.1. Ydelser
- 7.2.2. Særlige omstændigheder forbundet med sundhedsydelser til personer fra andre EU/EØS-lande
- 7.2.3. Afvisning af patienter
- 7.2.4. Betaling
- 7.2.5. Klageadgang
- 8. Medicin
- 8.1. Direktivets regler om tilskud til medicin købt i et andet EU/EØS-land
- 8.1.1. De almindelige regler om tilskud til medicin købt i Danmark
- 8.1.2. Regler om tilskud til medicin købt i et andet EU/EØS-land
- 8.1.3. Tilskudsberettiget medicin
- 8.1.4 Lægemiddelstyrelsen behandler ansøgninger om tilskud
- .
- 8.1.5. Krav til ansøgning om tilskud
- 8.1.6. Beregning og udbetaling af tilskud
- 8.1.7. Eksempel på tilskudsberegning
- 8.1.8. Klageadgang
- 8.1.9. Forældelse
- 8.2. Direktivets regler om anerkendelse af recepter udstedt i et andet EU/EØS-land
- 8.2.1. Regler om anerkendelse af recepter
- 9. Særligt om telemedicin
- 10. Særligt om pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsearbejderes familiemedlemmer med bopæl i et andet EU/EØS-land, som er sygesikrede til udgift for Danmark
- 10.1. Behandling i et andet EU/EØS-land end bopælslandet og Danmark
- 10.2. Behandling i Danmark
- 10.2. Planlagt sygehusbehandling i Danmark
- 1.

10.2. Lovgivningen vedr. forhåndsgodkendelse i andre EU/EØS-lande

2.

11. Andre regler om behandling i udlandet og behandling her i landet af patienter fra andre EU/EØS-lande samt Færøerne og Grønland
 - 11.1. EU-rettens koordineringsregler
 - 11.2. Regionsrådets generelle mulighed for at henvise til behandling i udlandet
 - 11.3. Højt specialiseret behandling i udlandet
 - 11.4. Forskningsmæssig behandling i udlandet
 - 11.5. Eksperimentel behandling i udlandet
 - 11.6. Den offentlige rejsesygesikring ved rejse til Færøerne og Grønland
 - 11.7. Behandling af patienter fra Færøerne og Grønland
12. Yderligere information
13. Oversigt over regler

Bilag 1. Oversigt over væsentligste elementer vedr. borgernes adgang til behandling i et andet EU-/EØS-land efter hhv. direktivet og forordningen

1. Indledning

Denne vejledning er rettet til regioner, kommuner, offentlige og private sygehuse, praktiserende tjenesteydere m.fl.

Formålet med vejledningen er at orientere om indholdet og fortolkningen af reglerne i sundhedslovgivningen, som implementer dele af Europa-Parlamentets og Rådets direktiv nr. 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser (patientmobilitetsdirektivet/direktivet), jf. lov nr. 1638 af 26. december 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt de tilhørende bekendtgørelser.¹⁾

Reglerne om grænseoverskridende sundhedsydelser, som følger af direktivet, skal administreres i sammenhæng med reglerne om koordinering af sociale sikringsordninger, som beskrives kort i afsnit 2 og 11.1.

Endvidere skal reglerne vedr. behandling i et andet EU/EØS-land ses i sammenhæng med de særlige danske regler om behandling i udlandet, jf. afsnit 11.3 til 11.5.

2. Sammenhæng mellem direktivets regler og forordning (EF) nr. 883/2004

Direktivet regulerer patienters adgang til behandling i andre EU-lande baseret på traktatens regler om fri bevægelighed for tjenesteydelser, jf. art. 56 om det indre marked i traktaten om den Europæiske Unions funktionsmåde (herefter TEUF). Direktivet tager udgangspunkt i EU-domstolens retspraksis og fastslår, at patienter har adgang til behandling i andre EU-lande i det omfang, de har ret til den pågældende behandling i deres hjemland. For visse behandlinger kan der dog stilles krav om forhåndsgodkendelse, og forhåndsgodkendelse kan i nogle tilfælde afvises.

Direktivets bestemmelser omfatter såvel planlagt behandling som behandling, der bliver medicinsk nødvendig under ophold i et andet EU/EØS-land.

I sidstnævnte tilfælde vil reglerne i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer (forordningen) dog oftest komme i anvendelse. Forordningen indeholder desuden regler om forsikrede personers ret til at få en godkendelse fra den kompetente medlemsstat til behandling i en anden medlemsstat end bopælsstaten. En forsikret person har i medfør af forordningens art. 20, stk. 2, ret til at få en sådan godkendelse i de tilfælde, hvor en

behandling, der tilbydes i bopælslandet, ikke kan tilbydes rettidigt i bopælslandet, dvs. hvor behandling ikke kan ydes inden for en frist, der er lægeligt forsvarlig under hensyn til den pågældendes aktuelle helbredstilstand og udsigterne for sygdommens udvikling.

Direktivets regler berører ikke forsikrede personers ret til godtgørelse af udgifter til sundhedsydelser, som er omfattet af forordningens regler. Der kan dog alene ydes refusion af udgifterne til en given ydelse efter ét af disse regelsæt.

2.1. Ansøgninger til regionsrådet om forhåndsgodkendelse

I tilfælde, hvor en dansk sikret ansøger om en *forhåndsgodkendelse* hos regionsrådet til at modtage sundhedsydelser i et andet EU/EØS-land efter de danske regler, som implementerer direktivet, skal regionsrådet kontrollere, om betingelserne for at få en sådan tilladelse efter forordningen er opfyldt.²⁾ I givet fald skal forhåndsgodkendelsen gives efter forordningen, medmindre patienten anmoder om andet. Hvis forhåndsgodkendelsen gives efter forordningen, skal patienten vejledes om muligheden for efter artikel 26, stk. 7, i EF-forordning 987/2009 at få en evt. egenbetaling helt eller delvist refunderet.

2.2. Ansøgninger til regionsrådet/kommunalbestyrelsen om tilskud efter de danske regler, der implementerer direktivet

Når en dansk sikret ansøger regionsrådet eller kommunalbestyrelsen om tilskud til dækning af udgifter til behandling, der er modtaget i et andet EU/EØS-land, og tilskuddet søges efter de danske regler, som implementerer direktivet, skal regionsrådet/kommunalbestyrelsen undersøge, om der er tale om ikke-planlagt behandling. Hvis det er tilfældet, og hvis regionsrådet/kommunalbestyrelsen ikke i medfør af de danske regler skal yde fuld dækning af patientens udgifter til behandling, skal regionsrådet/kommunalbestyrelsen, hvis den sikrede ønsker det, sende sagen til Styrelsen for Patientsikkerhed til afklaring af, om betingelserne for refusion efter forordningen er opfyldt, og om refusion efter forordningen vil være mere gunstig for patienten. I givet fald skal refusionen gives efter forordningen.

2.3. Ansøgninger til Lægemiddelstyrelsen om tilskud til medicin efter de danske regler, der implementerer direktivet

Når en dansk sikret ansøger Lægemiddelstyrelsen om tilskud til medicin efter de danske regler, spørger Lægemiddelstyrelsen, om medicinen er købt i forbindelse med nødvendig behandling under et midlertidigt ophold i et andet EU/EØS-land. Hvis patienten oplyser, at dette er tilfældet, vejleder Lægemiddelstyrelsen om muligheden for at få refusion efter forordningens regler, hvilket kan være mere gunstigt for patienten og vejleder patienten om, hvordan patienten kan søge om refusion efter forordningens regler ved at sende en ansøgning til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Hvis patienten oplyser over for Lægemiddelstyrelsen, at medicinen ikke er købt i forbindelse med nødvendig behandling under ophold i et andet EU/EØS-land, eller at patienten ikke har søgt og ikke vil søge om refusion efter forordningens regler, beregner Lægemiddelstyrelsen størrelsen af et eventuelt tilskud til patienten og indberetter købet til CTR (CentraleTilskudsRegister), og anmoder regionen om at udbetale et eventuelt tilskud til patientens NEM-konto.

Hvis patienten oplyser over for Lægemiddelstyrelsen, at patienten også har søgt om refusion efter forordningens regler, orienterer Lægemiddelstyrelsen Styrelsen for Patientsikkerhed om, at patienten har søgt om tilskud efter de danske regler.

Hvis patienten oplyser over for Lægemiddelstyrelsen, at patienten ønsker at undersøge om refusion efter forordningens regler er mere gunstig, eller allerede har ansøgt om refusion efter forordningens regler, informerer Lægemiddelstyrelsen patienten om størrelsen af det tilskud, patienten vil være berettiget til efter de danske regler.

På baggrund af information fra Lægemiddelstyrelsen om et eventuelt tilskud efter de danske regler og information fra Styrelsen for Patientsikkerhed om en eventuelt refusion efter forordningens regler, beslutter patienten, om patienten ønsker tilskud efter de danske regler eller refusion efter forordningens regler og informerer den relevante myndighed herom. Myndigheden foranlediger beløbet udbetalt og informerer den anden myndighed herom.

2.4. Ansøgninger til Styrelsen for Patientsikkerhed om refusion efter forordningens regler.

Når en dansk sikret sender en ansøgning til Styrelsen for Patientsikkerhed om refusion af behandlingsudgifter afholdt i udlandet, vil styrelsen sende ansøgningen til den udenlandske sygekasse til afgørelse af ret til refusion efter forordningens regler. Hvis der ikke kan ydes fuld refusion i sager, hvor den sikrede har betalt mere end egenbetalingen, og hvis den sikrede ønsker det, vil styrelsen herefter anmode regionen/kommunen om en bindende forhåndstilkendegivelse om ret til et eventuelt tilskud efter de danske regler, der implementerer direktivet. Hvis refusionen viser sig at være mere gunstig for den sikrede efter de danske regler, sender styrelsen sagen til regionen/kommunen til udbetaling efter disse regler.

For så vidt angår medicin købt i udlandet vejleder Styrelsen for Patientsikkerhed den sikrede om muligheden for at ansøge digitalt om tilskud efter de danske regler hos Lægemiddelstyrelsen, hvilket kan være mere gunstigt for den sikrede.

Hvis Styrelsen for Patientsikkerhed modtager oplysning fra Lægemiddelstyrelsen om, at den sikrede også har søgt tilskud til medicinen efter de danske regler, og der af svaret fra den udenlandske sygekasse kan udledes oplysning om størrelsen af refusion efter forordningens regler, informerer Styrelsen for Patientsikkerhed sikrede om størrelsen af den refusion, sikrede vil være berettiget til efter forordningens regler.

På baggrund af information fra Styrelsens for Patientsikkerhed om en eventuelt refusion efter forordningens regler og information fra Lægemiddelstyrelsen om et eventuelt tilskud efter de danske regler, beslutter sikrede, om der ønskes refusion efter forordningens regler eller tilskud efter danske regler og informerer den relevante myndighed herom. Myndigheden foranlediger beløbet udbetalt og informerer den anden myndighed herom.

De væsentligste elementer vedr. borgeres adgang til behandling i udlandet efter reglerne i hhv. forordningen og direktivet er beskrevet skematisk i bilag 1.

3. Personkreds og sundhedstjenesteydere

3.1. Generelt om personkredsen

Personkredsen, som er omfattet af direktivet, er i stor udstrækning svarende til personkredsen omfattet af forordningen.³⁾

Der er således i vidt omfang skabt parallelitet mellem direktiv og forordning vedrørende den kreds af personer, der er omfattet af de to regelsæt, og om hvilket land der er forsikringsmedlemsstat og dermed ansvarlig for godtgørelse af udgifter til sundhedsydelser.

Tredjelandes statsborgere⁴⁾ er dog omfattet af direktivet i det omfang, de er offentligt syge(for)sikrede i et EU/EØS-land, jf. direktivets artikel 3 litra b, nr. ii), hvorimod tredjelandes statsborgere i relation til Danmark kun i begrænset omfang er omfattet af forordningens regler.

Danmark er forsikringsmedlemsstat i relation til direktivet for tredjelandes statsborgere, der er registreret i CPR med bopæl i Danmark, og som ikke er omfattet af forordningens regler.

3.2. Bopæl i Danmark

Personer, der er registreret i CPR med bopæl i Danmark og derfor har et gult sundhedskort, er omfattet af reglerne beskrevet i denne vejledning om refusion af udgifter til sygehusbehandling, og tilskud til sundhedsydelser udenfor sygehusvæsenet købt i eller leveret i andre EU/EØS-lande, jf. dog nedenstående undtagelse.

Personer som er sygesikrede i Danmark til udgift for et andet EU-land

Personer, der har bopæl i Danmark og dermed har et gult sundhedskort, men som ifølge forordningen har ret til sundhedsydelser i Danmark til udgift for et andet EU-land, er dog ikke omfattet af de danske regler. Disse personer skal i stedet henvises til at søge refusion af udgifter til sygehusbehandling og tilskud til behandling i primærsektoren i udlandet, efter reglerne i det land, hvor de er forsikret efter EU-forordningens regler. Dette vil typisk være ”grænsarbejdere”, som har bopæl i Danmark, men arbejder i et andet EU-land og efter forordningen er sikret i beskæftigelseslandet, eller pensionister, der bor i Danmark, men som alene modtager pension fra et andet EU-land og ligeledes efter forordningen er sikret der. Tilsvarende gælder for disse grænsarbejders og pensionisters medforsikrede familiemedlemmer.⁵⁾

3.3. Danske sikrede med bopæl i et andet EU/EØS-land

Personer, der bor i et andet EU/EØS-land, men som efter forordningen er dansk sikrede og dermed har et særligt sundhedskort, som dokumenterer, at de har ret til behandling i Danmark på samme vilkår som personer med et almindeligt sundhedskort, er også omfattet af reglerne beskrevet i denne vejledning om refusion af udgifter til sygehusbehandling og sundhedsydelser uden for sygehusvæsenet købt i eller leveret i andre EU/EØS-lande. Det vil typisk være grænsarbejdere, som har bopæl i et andet EU/EØS-land, men som arbejder i Danmark.

Der er dog ikke mulighed for at få refusion af udgifter til sundhedsydelser, som modtages i bopælslandet. Det skyldes, at den sikrede i dette tilfælde allerede har ret til tilskud til offentlige sundhedsydelser i bopælslandet på samme vilkår som andre offentlige syge(for)sikrede i det pågældende land, men principielt til udgift for Danmark efter andre regler, nemlig forordningens regler.

Der gælder særlige regler for pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsarbejders familiemedlemmer, som har bopæl i et andet EU/EØS-land, og som har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter forordningens regler, se nærmere herom under afsnit 10.

4. Ikke-forskelsbehandling

Det er fastsat i sundhedslovens § 2 a, at en sundhedstjenesteyder ikke i sin virksomhed må udøve forskelsbehandling af patienter på baggrund af nationalitet, medmindre forskellen er begrundet i objektive kriterier. Bestemmelsen omfatter både offentlige og private sundhedstjenesteydere.

Bestemmelsen indebærer bl.a., at der ikke på forhånd må fastsættes forskellige priser på sundhedsydelser eller betingelser for adgangen til sundhedsydelser i Danmark for borgere fra andre EU/EØS-lande begrundet alene i nationalitetsforskelle. Det vil eksempelvis være diskrimination på baggrund af nationalitet, hvis en sundhedsudbyder tager forskellige priser, eller leverer ydelser af ringere kvalitet, men til samme pris, eller der bliver nægtet salg, eller hvis patienter pålægges særligt byrdefulde vilkår, og forskelsbehandlingen alene sker på baggrund af patientens nationalitet.

Bestemmelsen udelukker ikke, at en sundhedstjenesteyder kan anvende forskellige adgangsbetingelser, eksempelvis forskellige priser, hvis det er begrundet i objektive kriterier, eksempelvis faktiske meromkostninger til fx oversættelse af journal. Objektive kriterier, der kan begrunde lovlig forskelsbehandling, kan også være af sundhedsfaglig karakter, eksempelvis i situationer, hvor der prioriteres i rækkefølgen af patienter, der behandles, pga. sygdommens alvor m.v.

5. Forældelse af refusionskrav

EF-traktatens bestemmelser om fri udveksling af varer og tjenesteydelser har været gældende her i landet siden Danmarks indtræden i EF den 1. januar 1973. Det betyder, at en persons ret til refusion af udgifter til sygehusbehandling og tilskud til varer og tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU-land, i princippet har været gældende siden den 1. januar 1973, eller i et andet EØS-land siden den 1. januar 1994 (da EØS-samarbejdet blev etableret den 1. januar 1994).

Krav opstået før den 1. januar 2008 var underlagt den 20-årige forældelsesfrist, jf. dansk rets tidligere gældende forældelsesregler.

Den 1. januar 2008 trådte den gældende forældelseslov i kraft, jf. lovbekendtgørelse nr. 1238 af 9. november 2015.

I den gældende lov om forældelse af fordringer (forældelsesloven) er den almindelige forældelsesfrist 3 år, jf. lovens § 3, stk. 1, jf. lovbekendtgørelse nr. 1238 af 9. november 2015. Loven finder også anvendelse på tidligere stiftede fordringer, som ikke inden ikrafttrædelsesdagen er forældet efter de hidtil gældende regler. Forældelse indtræder dog tidligst den 1. januar 2011, medmindre fordringen inden dette tidspunkt ville være forældet såvel efter den gældende lovs bestemmelser som efter de hidtil gældende bestemmelser. I det sidstnævnte tilfælde anvendes det seneste tidspunkt for forældelsens indtræden, jf. forældelseslovens § 30, stk. 1.

De almindelige forældelsesregler gælder også for krav på refusion af udgifter til sygehusbehandling og krav på tilskud efter sundhedsloven til varer og tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU/EØS-land.

Forældelse regnes fra det tidspunkt, hvor varen eller ydelsen er købt eller leveret. Tilskuddet beregnes efter de takster og regler, der gjaldt på det tidspunkt, hvor sikrede modtog behandlingen.

Eksempel 1:

En borger, der altid har været sikret i gruppe 1, blev den 24. juni 2007 behandlet hos en speciallæge i Tyskland.

Borgeren har gemt dokumentation for behandlingen og regningsmaterialet, og søger den 2. august 2015 den aktuelle bopælsregion om tilskud efter den dagældende sygesikringslovgivning. Kravet er forældet, jf. forældelseslovens § 30, stk. 1, da borgeren søger tilskud mere end 3 år efter behandlingen, og regionen skal derfor ikke beregne og udbetale tilskud efter de regler, der gjaldt på det tidspunkt, hvor sikrede modtog behandlingen.

Eksempel 2:

En borger, der altid har været sikret i gruppe 1, blev den 30. marts 2012 behandlet hos en kiropraktor i Polen.

Borgeren har gemt dokumentation for behandlingen og regningsmaterialet, og søger den 25. januar 2015 den aktuelle bopælsregion om tilskud efter den dagældende bekendtgørelse. Kravet er ikke forældet, jf. forældelseslovens § 3, og regionen skal derfor beregne og udbetale tilskud efter de regler, der gjaldt på det tidspunkt, hvor sikrede modtog behandlingen.

Der gælder særlige regler for forældelse af krav på tilskud til medicin, hvor den almindelige forældelsesfrist er fraveget. Se afsnit 8.1.9.

6. Sygehussektoren

Direktivets regler om refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land er implementeret ved § 89 a i sundhedsloven. Nærmere regler herom er fastsat i bekendtgørelse nr. 469 af 23. maj 2016 om ret til sygehusbehandling m.v. (sygehusbekendtgørelsen).

6.1. Refusion af udgifter til sygehusbehandling i andre EU/EØS-lande

6.1.1. Ydelser

Regionsrådet refunderer patienters udgifter til sygehusbehandling i andre EU/EØS-lande, jf. § 31, stk. 1, i sygehusbekendtgørelsen. Det gælder ydelser på såvel offentlige som private sygehuse.

Regionsrådet refunderer udgifter til samme behandling eller lignende behandling, som patienten ville være blevet tilbudt i det offentlige sygehusvæsen her i landet, herunder medicinudgifter, som i Danmark er omfattet af den pågældende sygehusydelse, jf. § 31, stk. 2.

Det er i den forbindelse ikke en forudsætning, at en patient forud for behandlingen i et andet EU/EØS-land har fået tilbudt samme eller lignende behandling på et sygehus her i landet. Det bemærkes, at krav om henvisning også vil gælde i forbindelse med behandling i et andet EU/EØS-land, som en patient søger refusion for, jf. afsnit 6.1.3.

I vurderingen af, om en behandling i et andet EU/EØS-land er "samme eller lignende" som en behandling i Danmark, kan der bl.a. lægges vægt på karakteren af den pågældende behandling og forhold vedr. behandlingen sammenlignet med de behandlingstilbud, som tilbydes i Danmark, herunder indikationer for de enkelte behandlingstyper. Det gælder også medicin i forbindelse med sygehusbehandling. At der skal være tale om den samme eller lignende behandling, som patienten ville være tilbudt i det offentlige sygehusvæsen her i landet, indebærer, at der tages udgangspunkt i serviceniveauet i det offentlige, danske sygehusvæsen. På de områder, hvor der er fastsat en ens praksis for regionernes serviceniveau, eksempelvis ved retningslinjer for visitation, vil disse danne grundlag for, hvorvidt behandlingen ville være blevet tilbudt til patienten i Danmark, og dermed hvorvidt regionsrådet har grundlag for at yde refusion. Eksempelvis er der i nogle tilfælde retningslinjer for visitation og henvisningskriterier på området for kirurgisk behandling af svær fedme, hvor der er fastsat en række kriterier, bl.a. i forhold til patientens BMI (Body Mass Index), og hvorvidt patienten lider af sværere fedmerelaterede sygdomme m.v. Et andet eksempel er sygehusbehandling med assisteret reproduktion, hvor regionsrådene efter en fælles praksis ikke tilbyder reagensglasbehandling (IVF/ICSI) til kvinder efter udgangen af det 40. fyldte år.

Det er ikke afgørende, om en behandling tilbydes i patientens bopælsregion, men om behandlingen tilbydes af det offentlige sundhedsvæsen i Danmark.

En patient kan også - efter omstændighederne - være berettiget til refusion, selv om den behandling, som patienten har modtaget i et andet EU/EØS-land, ikke er præcis den samme, som patienten kunne tilbydes i Danmark. Det skyldes, at der i Danmark i sygehusvæsenet ikke findes en udtømmende liste over, hvilke behandlinger der tilbydes. Det vil derfor som udgangspunkt være tilstrækkeligt, at den behandling, som patienten har modtaget i det andet EU/EØS-land, er inden for samme kategori med samme grad af virkning, som den behandling, der tilbydes i sygehusvæsenet i Danmark. Det samme gælder, hvis den behandling, som patienten har modtaget i det andet EU/EØS-land, er inden for samme kategori og har en bedre grad af virkning, end den behandling, der tilbydes i Danmark. I sidstnævnte situation kan refusion ikke afvises med den begrundelse, at der kunne tilbydes rettidig behandling i Danmark.

Danmark er forpligtet til at anerkende den faglige vurdering, som en sundhedsperson i et andet EU/EØS-land måtte foretage mht. behandling. Hvis en sundhedsperson i et andet EU/EØS-land har vurderet, at en given behandling har været indiceret, og denne behandling tilbydes på samme indikation i det offentlige danske sundhedsvæsen, vil patienten være berettiget til refusion af udgifterne hertil, forudsat betingelserne i øvrigt er opfyldt. Dette gælder også, selvom en sundhedsperson i Danmark har set patienten og har vurderet, at behandlingen ikke var indiceret.

De ovenfor beskrevne regler gælder også eksperimentel og forskningsmæssig behandling. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at der skal være tale om en behandling, som tilbydes af det offentlige sundhedsvæsen her i landet.

Særligt vedr. organtransplantationer gælder, at regionsrådet yder refusion af udgifter til transplantation, men ikke af udgifter i forbindelse med tildeling af et organ. Det er ikke lovligt at yde eller modtage betaling eller anden økonomisk fordel for udtagelse eller overførsel af væv og andet biologisk materiale, jf. § 268, stk. 2, i sundhedsloven, som delvist implementer direktiv nr. 2010/53/EU af 7. juli 2010 om kvalitets- og sikkerhedsstandarder for menneskelige organer til transplantation.

6.1.2. Behandling der både leveres på sygehus og i speciallægepraksis

Sygehusbekendtgørelsens regler om refusion af udgifter til behandling i andre EU/EØS-lande omfatter som hovedregel behandling, som i Danmark udelukkende er sygehusbehandling, jf. § 31, stk. 6.

En behandling, der er modtaget uden for sygehusvæsenet i et andet EU/EØS-land, men som i Danmark alene kan leveres som sygehusbehandling, vil således som udgangspunkt være omfattet af sygehusbekendtgørelsens kapitel 6 om behandling i andre EU/EØS-lande, herunder reglerne om forhåndsgodkendelse, refusion m.v.

En behandling, der både kan leveres som sygehusbehandling efter sundhedslovens afsnit VI og som behandling i speciallægepraksis efter sundhedslovens § 64 og de almindelige bestemmelser i overenskomsten om speciallægebehandling, er derimod som udgangspunkt omfattet af bekendtgørelse nr. 470 af 23. maj 2016 om tilskud til sundhedsydelser uden for sygehusvæsenet købt i eller leveret fra andre EU/EØS-lande.⁶⁾

Det har i den forbindelse ingen betydning, hvilken praksis der er i patientens bopælsregion, men om behandlingen i Danmark vil kunne finde sted i speciallægepraksis i medfør af sundhedslovens § 64.

Det bemærkes, at det i praksis ofte vil kræve en konkret vurdering, om en behandling ydes i speciallægepraksis eller alene som sygehusbehandling. Fx vil det ikke i alle tilfælde fremgå entydigt at overenskomsterne, om en given behandling i et givent tilfælde er omfattet.

6.1.3. Henvi sning

Regionsrådets refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land er som udgangspunkt betinget af, at patienten er henvist til sygehusbehandling, jf. § 31, stk. 3. Denne betingelse gælder ikke i situationer, hvor en patient får akut behov for behandling.

Regionsrådet kan desuden efter en konkret vurdering refundere udgifterne til sygehusbehandling til en person, der ikke er henvist til behandling, når omstændighederne taler derfor, jf. sygehusbekendtgørelsens § 31, stk. 4.

En person kan være henvist af en læge eller tandlæge, jf. sygehusbekendtgørelsens § 11, stk. 1, og en person kan være henvist af andre autoriserede sundhedspersoner eller offentlige myndigheder, hvor regionsrådet forinden har offentliggjort, at disse har adgang til at foretage henvi sning, jf. sygehusbekendtgørelsens § 11, stk. 2.

Henvi sningen skal være udtryk for patientens konkrete og aktuelle tilstand og behandlingsbehov.

Det er ikke en betingelse, at patienten er henvist til sygehusbehandling i Danmark, ligesom det ikke er en betingelse, at henvi sningen er udfærdiget af en dansk sundhedsperson. Den pågældende sundhedsperson skal kunne sidestilles med den læge, tandlæge eller anden sundhedsperson eller offentlig myndighed, der i Danmark kan give en henvi sning til en tilsvarende sygebehandling. Hvis der opstår tvivlsspørgsmål i forbindelse med danske myndigheders vurdering af, om den udenlandske behandler kan sidestilles med den læge, tandlæge eller anden sundhedsperson, der i Danmark kan give henvi sning til sygehusbehandling, er der mulighed for at søge vejledning hos Sundhedsstyrelsen.

Hvis en patient på baggrund af en lægehenviisning er undersøgt på et sygehus og afsluttet der, eksempelvis fordi der ikke er indikation for yderligere, er der ikke grundlag for at anse henviisningen som aktuel, og henviisningen kan ikke anvendes på ny. Såfremt patienten igen måtte ønske at blive udredt eller behandlet på et sygehus, vil behandlingen af patienten derfor forudsætte, at patienten har en ny henviisning.

Hvis en patient derimod har fået tilbudt behandling, men overvejer behandlingstilbuddet eller patienten har tilkendegivet, at han ikke ønsker behandlingen på det pågældende sygehus, kan patienten fortsat anses som henvist til behandling, medmindre der er gået lang tid efter, at patienten fik et tilbud om behandling, og forudsat at behandlingsbehovet fortsat er til stede.

I tilfælde, hvor en sygehusbehandling stilles i bero i en periode af lægefaglige årsager, eksempelvis fordi patienten skal observeres i en periode, eller følge lægelige anvisninger inden behandling kan gennemføres, er patienten ikke udelukket fra at anmode om en fornyet vurdering af sin helbredstilstand og af, om der er indikation for en bestemt behandling på et andet sygehus ("second opinion"). En sådan fornyet vurdering vil dog forudsætte, at patienten henvises til det andet sygehus, idet henviisningen som nævnt skal indeholde en konkret og aktuel vurdering af patientens tilstand og behandlingsbehov.

6.1.4. Forhåndsgodkendelse

6.1.4.1. Hvilke behandlinger forudsætter forhåndsgodkendelse

En patient kan søge regionsrådet om forhåndsgodkendelse af refusion af udgifter til at modtage sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land forud for behandlingen, jf. § 32, stk. 1, i sygehusbekendtgørelsen.

Det er dog som hovedregel ikke en betingelse for refusion, at en patient har søgt om forhåndsgodkendelse forud for behandlingen.

Som en undtagelse hertil er refusion betinget af regionsrådets forhåndsgodkendelse, når en patient søger refusion af udgifter til en ikke-akut behandling, der er opført på en af Sundhedsstyrelsen offentliggjort liste, jf. sygehusbekendtgørelsens §§ 32, stk. 2, og § 33. Ifølge Sundhedsstyrelsens liste er refusion af udgifter til sygehusbehandling betinget af forhåndsgodkendelse, når behandlingen er omfattet af en af nedenstående kategorier:

- 1) Når der er tale om specialfunktioner, jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledninger <https://Sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/specialeplan-2010>
Specialfunktionerne kan findes i den pågældende specialevejledning for det relevante speciale under regionsfunktioner eller højt specialiserede funktioner.
- 2) Ved behandling som kræver hospitalsindlæggelse i mindst én nat.
- 3) Andre sygehusydelser som ikke er omfattet af ovenstående pkt. 1 eller 2, men hvor forhåndsgodkendelse kræves, jf. Sundhedsstyrelsens liste.

Såfremt en behandling, som i udlandet er ydet uden for sygehusvæsenet, men i Danmark alene kan ydes i sygehusvæsenet, vil refusion som udgangspunkt være betinget af en forhåndsgodkendelse, hvis behandlingen er opført på Sundhedsstyrelsens liste, jf. ovenfor.

Det følger af sygehusbekendtgørelsens § 33, stk. 4, at såfremt patienten ikke har fået regionsrådets godkendelse af refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land forud for behandlingen, refunderer regionsrådet dog patientens udgifter efter ansøgning:

- såfremt det efter omstændighederne ikke var muligt for patienten at afvente regionsrådets forhåndsgodkendelse forud for behandlingen, eller regionen ikke efter sygehusbekendtgørelsens § 35, kunne have givet afslag på ansøgning, eller
- såfremt det efter omstændighederne ikke skønnes rimeligt at afslå refusion.

6.1.4.2. Forhåndsgodkendelse efter EU-regler om koordinering af sociale sikringsordninger

Hvis betingelserne for forhåndsgodkendelse efter reglerne om koordinering af sociale sikringsordninger er opfyldt, giver regionsrådet forhåndsgodkendelsen i overensstemmelse hermed, medmindre patienten anmoder om andet, jf. sygehusbekendtgørelsens § 33, stk. 2. Det gælder således, når en patient er omfattet af art. 20, stk. 2, i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer eller Det Blandede EØS-udvalgs afgørelse nr. 76/2011 af 1. juli 2011 om ændring af bilag VI (social sikring) og protokol 37 til EØS-aftalen er opfyldt.

En patient kan fx ønske forhåndsgodkendelse efter direktivets regler til behandling på et privat hospital, hvor EU-forordningens regler ikke kan anvendes.

Se endvidere afsnit 2 i denne vejledning.

6.1.4.3. Afslag på forhåndsgodkendelse i tilfælde hvor forhåndsgodkendelse er påkrævet

Det følger af sygehusbekendtgørelsens § 35, at regionsrådet i de tilfælde, hvor forhåndsgodkendelse er påkrævet, kan afslå ansøgninger om refusion af udgifter til sygehusbehandling af følgende grunde:

1) Regionsrådet kan tilbyde patienten rettidig behandling på egne sygehuse, andre offentlige sygehuse, samarbejdssygehuse eller aftalesygehuse.

En behandling er rettidig, hvis den kan gives inden for en frist, som er lægeligt forsvarlig, baseret på en objektiv medicinsk vurdering af patientens helbredstilstand, baggrunden for og den forventede udvikling af patientens sygdom, omfanget af patientens smerter og/eller arten af vedkommendes handicap på tidspunktet for ansøgningen om forhåndsgodkendelse.

2) Patienten vil i henhold til en klinisk vurdering med rimelig vished blive udsat for en patientsikkerhedsrisiko, der ikke kan betragtes som acceptabel, idet der tages hensyn til den ønskede behandlings mulige gavn for patienten.

3) Befolkningen vil med rimelig vished blive udsat for en væsentlig sikkerhedsrisiko som følge af den pågældende behandling.

4) Den pågældende behandling leveres af en sundhedstjenesteyder, som giver anledning til alvorlig og konkret bekymring for så vidt angår standarder for sundhedsydelsernes kvalitet og patientsikkerheden, herunder bestemmelser om tilsyn.

Et regionsråd kan vælge at meddele forhåndstilsagn i tilfælde, hvor forhåndsgodkendelse er påkrævet, selvom regionsrådet kan tilbyde patienten rettidig behandling.

6.1.4.5. Frist for regionens afgørelse og information til patienten om afgørelsen

Regionsrådet skal træffe afgørelse om refusion senest 2 uger efter, at ansøgningen er modtaget af regionen og i øvrigt under hensyntagen til patientens behov for fremskyndet behandling, jf. § 32, stk. 2, og § 33, stk. 3, i sygehusbekendtgørelsen. Dette gælder således både i tilfælde, hvor forhåndsgodkendelse er en betingelse for refusion og i øvrige tilfælde, hvor en patient har valgt at søge forhåndsgodkendelse forud for behandlingen.

Såfremt patienten ikke med ansøgningen har indsendt alle de påkrævede oplysninger, som er anført i sygehusbekendtgørelsens § 40, stk. 1, kan regionsrådet anmode patienten om de manglende oplysninger og udsætte afgørelsen med det antal dage, det tager patienten at fremsende disse oplysninger til regionsrådet.

Regionsrådet informerer patienter, som får en forhåndsgodkendelse til behandling i et andet EU/EØS-land, om det beløb, som patienten efter behandlingen vil få refunderet.

Et afslag på forhåndsgodkendelse skal begrundes i overensstemmelse med forvaltningslovens regler. Hvis regionsrådet giver afslag med henvisning til, at regionen kan tilbyde patienten rettidig behandling, indebærer det, at regionsrådet i afslaget skal anføre et tidspunkt for, hvornår regionen kan tilbyde patienten behandling.

6.1.5. Refusion af udgifter til behandling af komplikationer

Hvis der i forbindelse med behandling, som en patient har fået forhåndsgodkendelse til, opstår komplikationer under indlæggelsen/det ambulante besøg, som medfører et behov for yderligere behandling, vil denne behandling som udgangspunkt også være omfattet af forhåndsgodkendelsen, jf. afsnit 6.1.4. Patienten vil således som udgangspunkt få refunderet det beløb, regionsrådet har oplyst i forbindelse med forhåndsgodkendelsen, idet refusionsbeløbet er baseret på takster, der omfatter alle udgifter forbundet med en ambulant behandling eller indlæggelse. Patienter bør informeres herom i forbindelse med forhåndsgodkendelse.

Hvis patienten har været udskrevet (eller har afsluttet den ambulante behandling) og skal genindkaldes mhp. behandling af komplikationen, skal patienten søge separat refusion/forhåndsgodkendelse til denne behandling.

Såfremt behandlingsbehovet er akut, kan der ikke stilles krav om forhåndsgodkendelse efter direktivet, jf. sygehusbekendtgørelsens § 33, stk. 1. Det gælder, uanset om det akutte behandlingsbehov opstår, mens patienten er under indlæggelse til behandling for en anden sygdom i et andet EU/EØS-land, eller om det opstår, efter patienten er udskrevet, men dog fortsat befinder sig i et andet EU/EØS-land. Hvis komplikationen ikke har nogen årsagssammenhæng med behandlingen/grundsygdommen, vil behandlingen kunne betragtes som nødvendig medicinsk behandling, som kan dækkes efter artikel 19 i forordningen (det blå EU-sygesikringskort), medmindre patienten ønsker dækning efter direktivets regler. Hvis patienten ikke opfylder betingelserne for at få et blå EU-sygesikringskort, eller hvis behandlingen foregår på et privat hospital, kan udgifterne alene refunderes efter direktivets regler.

6.1.6. Behandling der både kan ske ved indlæggelse og ambulant

Der kan være forskellig praksis for om visse typer af behandlinger både kan varetages under indlæggelse eller ambulant.

Ved afgørelse af, om der forudsættes forhåndsgodkendelse på grund af, at behandlingen indebærer mindst én nats indlæggelse er det ikke afgørende, hvilken praksis der er i patientens bopælsregion. Hvis behandlingen i Danmark kan varetages ambulant, vil refusion af udgifter til behandlingen i et andet EU/EØS-land ikke være betinget af en forhåndsgodkendelse som følge af, at behandlingen i patientens bopælsregion varetages ved indlæggelse. Refusionen opgøres i så fald i overensstemmelse med udgifterne ved ambulant behandling. Ambulant behandling kan dog forudsætte forhåndsgodkendelse, såfremt det er en specialfunktion, jf. ovenfor.

6.1.7. Krav til ansøgningen om refusion

Det fremgår af sygehusbekendtgørelsens § 40, hvilke oplysninger en patient skal fremsende i forbindelse med ansøgning om forhåndsgodkendelse og efterfølgende refusion, mens det fremgår af § 41, hvilke oplysninger en patient skal fremsende i forbindelse med en ansøgning om refusion, når patienten ikke har søgt om en sådan forhåndsgodkendelse.

6.1.7.1. Oplysninger i forbindelse med ansøgning om forhåndsgodkendelse

Ved ansøgning om refusion af udgifter forud for behandling efter §§ 32 eller 33 i sygehusbekendtgørelsen skal der medfølge følgende oplysninger:

- 1) Kopi af lægehenvielse til sygehusbehandling.
- 2) Patientens tilladelse til, at regionsrådet kan indhente yderligere oplysninger om helbredsforhold m.v., som er nødvendige for vurdering af ansøgningen.
- 3) Beskrivelse fra det udenlandske behandlingssted af den behandling, som ansøgningen omfatter.
- 4) Pristilbud fra det udenlandske sygehus.
- 5) Dato for behandlingen på det udenlandske sygehus.

- 6) For personer, der er dansk sygesikrede efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, vedlægges ansøgningen en kopi af ansøgerens særlige sundhedskort.
- 7) For pensionister og deres familiemedlemmer, som har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, vedlægges ansøgningen en kopi af ansøgerens EU-sygesikringskort.
- 8) For grænsearbejderes familiemedlemmer, som har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, vedlægges ansøgningen en kopi af grænsearbejderens særlige sundhedskort og en kopi af ansøgerens EU-sygesikringskort.

6.1.7.2. Oplysninger i forbindelse med refusion efter forhåndsgodkendelse

En patient, der har fået godkendt ansøgning om refusion forud for behandlingen, jf. sygehusbekendtgørelsens § 32 eller § 33, skal for at få udbetalt refusionen efter § 31 i sygehusbekendtgørelsen, indsende følgende oplysninger til regionsrådet:

- 1) Beskrivelse fra det udenlandske sygehus af den behandling, som patienten har modtaget.
- 2) Specificeret og kvitteret regning.
- 3) Oplysninger til brug for udbetalingen.

Regionsrådet bør orientere borgeren om, hvilket beløb der kan refunderes i forbindelse med en behandling, der bevilges forhåndsgodkendelse til.

6.1.7.3. Oplysninger i forbindelse med refusion, når der ikke er ansøgt om forhåndsgodkendelse

Ved ansøgning om refusion til behandling efter § 31, når der ikke er ansøgt om forhåndsgodkendelse efter § 32 eller § 33 i sygehusbekendtgørelsen, skal der medfølge følgende oplysninger:

- 1) Kopi af henvisning til sygehusbehandling.
- 2) Patientens tilladelse til, at regionsrådet kan indhente yderligere oplysninger om helbredsforhold m.v., som er nødvendige for vurdering af ansøgningen.
- 3) Beskrivelse fra det udenlandske behandlingssted af den behandling, som patienten har modtaget.
- 4) Dato for behandlingen på det udenlandske sygehus.
- 5) For personer, der er dansk sygesikrede efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, vedlægges ansøgningen en kopi af ansøgerens særlige sundhedskort.
- 6) For pensionister og deres familiemedlemmer, som har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, vedlægges ansøgningen en kopi af ansøgerens EU-sygesikringskort.
- 7) For grænsearbejderes familiemedlemmer, som har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, vedlægges ansøgningen en kopi af grænsearbejderens særlige sundhedskort og en kopi af ansøgerens EU-sygesikringskort.
- 8) Specificeret og kvitteret regning.
- 9) Oplysninger til brug for udbetalingen.

Regionsrådet kan bede borgeren om andre oplysninger end ovenstående, herunder om behandlingen var planlagt.

Regionsrådet, der træffer afgørelse om refusion, skal - eventuelt i samarbejde med det relevante udenlandske kontaktpunkt - bidrage til at søge regningsmaterialets indhold afklaret.

6.1.8. Beregning og udbetaling af refusion

Regionsrådet refunderer et beløb, der svarer til, hvad samme eller lignende behandling koster i det offentlige sygehusvæsen her i landet. I de tilfælde, hvor der er fastsat takster for den pågældende behandling i bekendtgørelse nr. 1355 af 6. december 2010 om betaling for sygehusbehandling ved en

anden regions sygehusvæsen, anvendes disse takster (inkl. lønsumsafgift), jf. sygehusbekendtgørelsens § 38, stk. 1.

I det omfang der ikke er fastsat takster for mellemregional afregning af sundhedsydelser, skal beregningen af refusion for grænseoverskridende sundhedsydelser ske i overensstemmelse med bestemmelserne i bekendtgørelse nr. 326 af 7. april 2016 om kommunernes budget- og regnskabsvæsen, revision m.v. og den tilhørende vejledning om omkostningskalkulationer.

Refusion af udgifter til sygehusbehandling kan ikke overstige personens faktiske udgifter, jf. sygehusbekendtgørelsens § 38, stk. 2. Hvor patienten har afholdt udgifter til sygehusbehandling, som overstiger den takst, hvorefter der ydes refusion, afholder patienten selv differencen.

Tolkning og oversættelse af journal refunderes som udgangspunkt ikke.

Se endvidere afsnit 6.1.2. vedr. ydelser, der både leveres på sygehus og i speciallægepraksis samt afsnit 6.1.5. vedr. refusion af udgifter i forbindelse med komplikationer.

Afregning og udbetaling af tilskud til sikredes Nemkonto sker på grundlag af dagskursen for den pågældende valuta for den dag, der træffes afgørelse i kommunen/regionen.

6.1.10. Den kompetente myndighed

6.1.10.1. Personer bosat i Danmark

For personer med bopæl i Danmark, er det bopælsregionen, som træffer afgørelse om forhåndsgodkendelse af refusion af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser, jf. § 39, stk. 1, i sygehusbekendtgørelsen, og som afholder disse udgifter. For så vidt angår genoptræning efter sundhedslovens § 140, er det dog kommunen, som træffer afgørelse og udbetaler refusion, uanset om genoptræningen finder sted på sygehus.

Det bemærkes, at personer, der har bopæl i Danmark og dermed har et gult sundhedskort, men som ifølge forordningen har ret til sundhedsydelser i Danmark til udgift for et andet EU-land, ikke er omfattet af de danske regler, jf. afsnit 3.2.

6.1.10.2. Personer, der ikke er bosat i Danmark

For personer, der er bosat i et andet EU/EØS-land, gælder nedenstående regler vedr. kompetencen til at træffe afgørelse vedr. forhåndsgodkendelse og refusion.

For personer, der er dansk sygesikrede efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, træffes afgørelse om forhåndsgodkendelse og refusion af regionsrådet i den region, hvor kommunen, der har udstedt det særlige sundhedskort til den sikrede, er beliggende, jf. sygehusbekendtgørelsens § 39, stk. 2.

For pensionister og deres familiemedlemmer, som har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger træffes afgørelse om forhåndsgodkendelse og refusion af regionsrådet i pensionistens seneste bopælsregion, jf. sygehusbekendtgørelsens § 39, stk. 3.

For grænsearbejderes familiemedlemmer, som har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, træffes afgørelse om forhåndsgodkendelse og refusion af regionsrådet i den region, hvor kommunen, der har udstedt grænsearbejderens særlige sundhedskort, er beliggende, jf. sygehusbekendtgørelsens § 39, stk. 4.

6.1.11. Befordring

Reglerne om befordring til alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge, genoptræning og sygehus er fastsat i sundhedslovens §§ 170-174 og bekendtgørelse nr. 973 af 28. juni 2016 om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven (befordringsbekendtgørelsen).

Patienter, som i medfør af sundhedslovens § 89 a, modtager refusion fra regionsrådet til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land, har ret til godtgørelse af befordringsudgifter svarende til, hvis behandlingen fandt sted i Danmark, jf. befordringsbekendtgørelsens § 20, stk. 4. Regionsrådet yder godtgørelse som minimum svarende til udgifterne til befordring til det behandlingssted i Danmark, hvortil vedkommende ville være berettiget til befordring eller befordringsgodtgørelse efter befordringsbekendtgørelsens kapitel 3.

Såfremt en patient fremsender regningsmateriale for befordringsudgifter, må dette anses for at være en ansøgning om godtgørelse af befordringsudgifter i medfør af ovennævnte regler.

6.1.12. Klageadgang

En afgørelse truffet af et regionsråd om, hvorvidt en person kan få refusion af udgifter til behandling i et andet EU/EØS-land, kan indbringes for Styrelsen for Patientsikkerhed, jf. § 6, stk. 1, nr. 16, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 med senere ændringer. Klagen skal indgives inden 4 uger efter, at sikrede har fået meddelelse om afgørelsen, jf. klage- og erstatningslovens § 10.

6.2. Sygehusbehandling i Danmark af patienter fra andre EU/EØS-lande m.v.

6.2.1. Personkreds

Regionsrådet skal mod betaling yde sygehusbehandling af patienter, som er sygeforsikret i et andet EU/EØS-land, Færøerne eller Grønland, jf. sundhedslovens § 78 a, og nærmere bestemmelser herom i sygehusbekendtgørelsens §§ 7 og 8. Regionsrådet kan dog i visse tilfælde afvise patienter, jf. afsnit 6.2.4. nedenfor.

Sundhedslovens § 78 a og sygehusbekendtgørelsens §§ 7 og 8 berører ikke patienters adgang til at modtage medicinsk nødvendige sundhedsydelser under ophold i Danmark eller patienters mulighed for at modtage behandling, de henvises til i medfør af forordning (EF) nr. 883/2004.

Ligeledes berører sundhedslovens § 78 a og sygehusbekendtgørelsens §§ 7 og 8 ikke patienters ret til at modtage akut sygehusbehandling efter sygehusbekendtgørelsens § 5.

Regionsrådet kan efter sygehusbekendtgørelsens § 6 mod betaling yde behandling til personer, der har *tilknytning* til et EU/EØS-land, Grønland eller Færøerne, og som ikke har adgang til behandling efter sygehusbekendtgørelsens § 7 som beskrevet ovenfor. Der kan fx være tale om danske statsborgere med bopæl uden for EU/EØS, som ønsker at benytte et dansk sygehus mod privat betaling, fx i forbindelse med fødsel eller anden planlagt sygehusbehandling. Det er dog en forudsætning, at sygehusbehandlingen kan ydes inden for den eksisterende kapacitet, og såfremt der ikke er private virksomheder, der kan dække efterspørgslen efter disse ydelser i den pågældende region.

I direktivet er der fastsat særlige bestemmelser om ret til behandling under ophold i Danmark for pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsearbejderes familiemedlemmer, som har bopæl i et andet EU/EØS-land. Disse regler er beskrevet i afsnit 9.

6.2.2. Ydelser

Regionsrådet skal til patienter fra andre EU/EØS-lande, Færøerne og Grønland yde sygehusbehandling efter sundhedslovens afsnit VI, jf. sundhedslovens § 78 a. Behandling omfatter ikke tildeling af organer mhp. organtransplantationer, jf. sygehusbekendtgørelsens § 7, stk. 2.

6.2.3. Information, frit sygehusvalg m.v.

Regionsrådet skal senest 8 hverdage efter, at et af regionsrådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient eller har udredt en patient, oplyse patienten om dato og sted for undersøgelse og behandling, jf. § 12, stk. 1, i sygehusbekendtgørelsen. Dette gælder også patienter fra andre EU/EØS-lande, Færøerne eller Grønland, som behandles i medfør af sygehusbekendtgørelsens § 7.

Sygehusbekendtgørelsens bestemmelser i § 12, stk. 1, nr. 2-11, og § 12, stk. 2, og 3, og kapitel 4-9 finder ikke anvendelse i forbindelse med behandling af patienter fra andre EU/EØS-lande, Færøerne eller Grønland i medfør af sygehusbekendtgørelsens § 7. Dette indebærer bl.a., at disse patienter ikke er omfattet af reglerne om udvidet frit sygehusvalg, udredning inden for 1 måned, og retten til et beløb til dækning af personlige fornødenheder.⁷⁾

Om nødvendigt kan regionsrådet sørge for tolk og inkludere udgiften hertil i prisen. Er det ikke muligt at tilvejebringe tolkebistand, og vil det være i strid med normen for almindeligt anerkendt faglig standard at behandle den pågældende person fra et andet EU/EØS-land, Færøerne eller Grønland uden tolk, er der tale om en fagligt begrundet afvisning, og det vil ikke være diskrimination at afvise at yde behandlingen.

6.2.4. Afvisning af patienter

Et regionsråd kan ud fra en konkret vurdering afvise patienter, der søger behandling i medfør af sygehusbekendtgørelsens § 7, herunder såfremt sygehusafdelingen har betydelig ventetid til den pågældende behandling, og væsentlige hensyn til andre patienter ellers vil blive tilsidesat, jf. § 8, stk. 1, i sygehusbekendtgørelsen.

En eventuel begrænsning kan alene omfatte konkrete afdelinger og kun i det tidsrum, hvor der konkret er et kapacitetsproblem. Betingelserne er således de samme som for afvisning af fritvalgspatienter fra andre regioner, og der kan ikke diskrimineres mellem de to grupper. En afvist patient har mulighed for at vælge en anden afdeling i regionen eller i de andre regioner, hvor disse ikke måtte have tilsvarende kapacitetsmæssige udfordringer.

Regionsrådet skal offentliggøre information om de behandlingsområder, hvortil adgangen begrænses, snarest muligt og senest i forbindelse med den konkrete afgørelse, jf. § 8, stk. 2.

6.2.5. Henvisning

Medmindre behandling sker akut, hvor henvisning ikke kan indhentes forinden, skal en patient være henvist til sygehusbehandling af en læge, tandlæge eller anden autoriseret sundhedsperson eller myndighed, hvor regionsrådet forinden har offentliggjort, at disse har adgang til henvisning, jf. sygehusbekendtgørelsens § 11, stk. 1 og 2.

Regionsrådet kan endvidere yde sygehusbehandling til en patient, der ikke er henvist til behandling, når omstændighederne taler derfor, jf. § 11, stk. 3, i sygehusbekendtgørelsen.

Henvisningen skal være udtryk for patientens konkrete og aktuelle tilstand og behandlingsbehov.

Det er ikke en betingelse, at patienten er henvist til sygehusbehandling i Danmark, ligesom det ikke er en betingelse, at henvisningen er udfærdiget af en dansk sundhedsperson. Den pågældende sundhedsperson skal kunne sidestilles med den læge, tandlæge eller anden sundhedsperson eller offentlig myndighed, der i Danmark kan afgive en henvisning til en tilsvarende sygebehandling. Hvis der opstår tvivlsspørgsmål i forbindelse med danske myndigheders vurdering af, om en udenlandsk sundhedsperson kan sidestilles med den sundhedsperson, der kan afgive henvisning i Danmark, er der mulighed for at søge vejledning hos Styrelsen for Patientsikkerhed.

6.2.6. Betaling

Regionsrådet opkræver betaling efter reglerne i sygehusbekendtgørelsens § 50.

I de tilfælde, hvor der er fastsat takster for den pågældende behandling i bekendtgørelse nr. 1355 af 6. december 2010 om betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen, anvendes disse takster (inkl. lønsumsafgift), jf. sygehusbekendtgørelsens § 38, stk. 1.

I det omfang der ikke er fastsat takster for mellemregional afregning af sundhedsydelser, skal beregningen af prisen for grænseoverskridende sundhedsydelser ske i overensstemmelse med bestemmelserne i bekendtgørelse nr. 326 af 7. april 2016 om kommunernes budget- og regnskabsvæsen, revision m.v. og den tilhørende vejledning om omkostningskalkulationer.

I opgørelsen af betalingen kan indgå udgifter til nødvendig tolkning.

Som følge af forskelle i serviceniveauet såvel som forskellige elementer i prisfastsættelsen, fx stordriftsfordele, kan der forekomme prisforskelle regionerne imellem for ydelser efter de samme bestemmelser i sundhedsloven.

Sygehusene skal forud for behandlingen tilvejebringe klare oplysninger om priser, og ved opkrævning af betalingen skal sygehusene tilvejebringe klare fakturaer.

Ovenstående gælder også i forbindelse med private sygehuses behandling af patienter fra andre EU/EØS-lande, som behandles i medfør af sygehusbekendtgørelsens § 7.

6.2.7. Klageadgang

Regionsrådenes afgørelser efter sundhedslovens § 78a og regler udstedt i medfør heraf vedr. adgang til behandling i Danmark for personer fra eller med tilknytning til et andet EU/EØS-land, Færøerne eller Grønland kan efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 6, stk. 1, nr. 3, påklages til Styrelsen for Patientsikkerhed. Klageadgangen omfatter bl.a. klage over afvisning, prisfastsættelse samt øvrige vilkår for behandlingen.

Denne klageadgang udgør et supplement til den almindelige klageadgang over sundhedsfaglig virksomhed udøvet af de involverede autoriserede sundhedspersoner m.fl., som ligeledes kan indbringes for Styrelsen for Patientsikkerhed uanset om patienten har bopæl i Danmark eller i udlandet.

7. Primærsektoren (ydelser uden for sygehusvæsenet) – undtagen medicin

7.1. Tilskud til behandling i andet EU/EØS-land

I § 168, stk. 1, i sundhedsloven er det fastsat, at ministeren for sundhed og forebyggelse, nu sundheds- og ældreministeren, kan fastsætte nærmere regler om og vilkår for, at regionsrådet henholdsvis kommunalbestyrelsen yder tilskud til varer efter loven, der købes i et andet EU/EØS-land, og tjenesteydelser efter loven, der leveres i et andet EU/EØS-land.

Nærmere regler er fastsat i bekendtgørelse nr. 470 af 23. maj 2016 om tilskud til sundhedsydelser uden for sygehusvæsenet købt i eller leveret fra andre EU/EØS-lande (ydelsesbekendtgørelsen).

Mulighederne for tilskud, jf. § 168, stk. 1, har ingen betydning for de gældende regler om tilskud efter sundhedsloven til varer og tjenesteydelser, der købes eller modtages her i landet. Bestemmelsen har alene betydning for varer og tjenesteydelser, der købes eller leveres i et andet EU/EØS-land.

Fsva. valg af regler om tilskud til sundhedsydelser, der i Danmark både leveres på sygehus og i speciallægepraksis, henvises til vejledningens pkt. 6.1.2., hvoraf det fremgår, at tilskud til en behandling, der i Danmark både kan leveres på sygehus og i speciallægepraksis, som udgangspunkt er reguleret i ydelsesbekendtgørelsen og ikke sygehusbekendtgørelsen.

7.1.1. Ydelser og varer

7.1.1.1. Varer

Ifølge ydelsesbekendtgørelsens § 1, stk. 2, kan der efter ansøgning ydes tilskud til varer, der leveres fra et andet EU/EØS-land, som svarer til følgende varer efter sundhedsloven:

- 1) Ernæringspræparater, jf. sundhedslovens § 159.
- 2) Brillor til børn under 16 år, jf. sundhedslovens § 70.

7.1.1.2. Ydelser

Ifølge ydelsesbekendtgørelsens § 1, stk. 2, kan der efter ansøgning ydes tilskud til tjenesteydelser, der leveres fra et andet EU/EØS-land, som svarer til følgende tjenesteydelser efter sundhedsloven:

- 1) Almenlægehjælp til gruppe 1- og 2-sikrede personer, jf. sundhedslovens 59, stk. 1, og § 60, stk. 1, og § 60, stk. 2.
- 2) Speciallægehjælp til gruppe 1- og 2-sikrede personer, jf. sundhedslovens § 64, stk. 1 og 2.
- 3) Forebyggende helbredsundersøgelser ved alment praktiserende læge til børn under den undervisningspligtige alder, jf. sundhedslovens § 63, stk. 1.
- 4) Tandpleje og tandbehandling omfattet af tilskud efter sundhedslovens § 65 og regler fastsat i medfør af sundhedslovens § 71.
- 5) Kiropraktisk behandling, jf. sundhedslovens § 66.
- 6) Fysioterapeutisk behandling, jf. sundhedslovens § 67.
- 7) Fodterapeutisk behandling, jf. sundhedslovens § 68.
- 8) Psykologbehandling, jf. sundhedslovens § 69.
- 9) Høreapparatbehandling i privat regi til personer over 18 år, jf. sundhedslovens § 70 a.
- 10) Forebyggelse og sundhedsfremme i praksissektoren, jf. sundhedslovens § 119, stk. 3.
- 11) Regionstandpleje, jf. sundhedslovens § 162.
- 12) Tandbehandling til visse patientgrupper, jf. sundhedslovens § 166.
- 13) Forebyggelse og sundhedsfremme, jf. sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2.
- 14) Forebyggende sundhedsydelser, herunder sundhedsvejledning, bistand, funktionsundersøgelser, samt forebyggende helbredsundersøgelser til børn og unge, jf. sundhedslovens §§ 121 og 122.
- 15) Børne- og ungdomstandpleje, jf. sundhedslovens § 127, stk. 1.
- 16) Omsorgstandpleje, jf. sundhedslovens § 131, stk. 1.
- 17) Specialtandpleje, jf. sundhedslovens § 133, stk. 1.
- 18) Støtte til tandproteser ved ulykkesbetingede tandskader og tandskader som følge af epileptiske anfald, jf. sundhedslovens § 135.
- 19) Hjemmesygepleje, herunder behandlingsredskaber eller hjælpemidler, jf. sundhedslovens § 138.
- 20) Vederlagsfri genoptræning efter udskrivning fra sygehus, herunder behandlingsredskaber eller hjælpemidler, jf. sundhedslovens § 140.
- 21) Vederlagsfri fysioterapi, jf. sundhedslovens § 140 a.
- 22) Sundhedsfaglig behandling for alkoholmisbrug, jf. sundhedslovens § 141.
- 23) Lægelig behandling for stofmisbrug, jf. sundhedslovens § 142.

I forhold til sundhedsydelserne hjemmesygepleje, jf. sundhedslovens § 138, og vederlagsfri genoptræning efter udskrivning fra sygehus, jf. sundhedslovens § 140, bemærkes, at der som led i disse ydelser, når de leveres i Danmark, også kan indgå behandlingsredskaber og hjælpemidler.

For nærmere oplysninger om behandlingsredskaber og hjælpemidler som led i hjemmesygepleje henvises til bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje og i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 102 af 11. december 2006 om hjemmesygepleje.

For nærmere oplysninger om behandlingsredskaber og hjælpemidler som led i genoptræning uden for sygehus henvises til cirkulære nr. 9079 af 22. februar 2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet.

7.1.2. Krav til den udenlandske behandler

Ved behandling i Danmark kan der i mange tilfælde alene udbetales tilskud efter sundhedslovgivningen, såfremt den sikrede har søgt behandling hos en læge, tandlæge m.fl., der er tilsluttet en overenskomst. Dette overenskomstkraav stilles ikke ved behandling modtaget i et andet EU/EØS-land.

Af regningsmaterialet vil det sædvanligvis med tilstrækkelig klarhed og sikkerhed fremgå, at behandleren er offentligt autoriseret eller i besiddelse af anden retlig anerkendelse i et andet EU/EØS-land, hvilket kan udgøre tilstrækkelig dokumentation. Hermed henses til de bestemmelser om gensidig anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer, som er fastsat i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2005/36/EF om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer, som er implementeret i dansk ret bl.a. ved bekendtgørelse nr. 49 af 13. januar 2010 om EU- og EØS-statsborgeres adgang til udøvelse af virksomhed som autoriseret sundhedsperson. I tvivlstilfælde kan det dog kræves, at den sikrede fremlægger dokumentation fx i form af kopi af behandlerens udenlandske autorisationsbevis eller uddannelsesbevis. Kan behandlerens kvalifikationer i sådanne tilfælde ikke dokumenteres at svare til de krav, der stilles for at blive meddelt den relevante autorisation i Danmark, har den sikrede ikke ret til at modtage tilskud.

Hvis der i forbindelse med en myndigheds behandling af en ansøgning om tilskud opstår tvivl om, hvorvidt den udenlandske behandleres kvalifikationer svarer til de kvalifikationer, der i Danmark ville give adgang til at levere en tilsvarende tilskudsberettiget ydelse som sundhedsperson, er der mulighed for at søge vejledning hos Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen for Patientsikkerhed behandler ansøgninger om dansk autorisation som sundhedsperson fra statsborgere i andre EU/EØS-lande.

For personer, der søger om tilskud til en af de nedennævnte tjenesteydelser, stilles der særlige krav, jf. ydelsesbekendtgørelsens § 8, stk. 2.

- Forebyggende sundhedsydelser, herunder sundhedsvejledning, bistand, funktionsundersøgelser, samt forebyggende helbredsundersøgelser til børn og unge, jf. sundhedslovens §§ 121 og 122.
- Forebyggelse og sundhedsfremme, jf. sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2.
- Forebyggelse og sundhedsfremme i praksissektoren, jf. sundhedslovens § 119, stk. 3.

Tilskud til ovennævnte tjenesteydelser er betinget af, at den ydelse, som personen er berettiget til i Danmark, leveres af en sundhedsperson. Endvidere skal den ydelse modtaget i udlandet, der søges tilskud til, være leveret af en sundhedstjenesteyder, der har kvalifikationer svarende til en sundhedsperson, der ville have leveret ydelsen i Danmark.

Hvor der efter bestemmelser i sundhedslovgivningen eller overenskomster indgået i medfør af sundhedslovens § 227 som betingelse for tilskud til en sundhedsydelse i Danmark stilles krav om henvisning fra en læge eller andre, fortabes retten til tilskud i Danmark ikke af, at henvisningen er afgivet af en læge eller andre i et andet EU/EØS-land, jf. ydelsesbekendtgørelsens § 9, stk. 2.

Den pågældende læge eller andre i et andet EU/EØS-land, der har foretaget henvisningen til en bestemt sundhedsydelse, skal kunne sidestilles med den læge eller andre, der i Danmark kan afgive en henvisning til en tilsvarende tilskudsberettiget sundhedsydelse.

Det kan endelig oplyses, at der i ydelsesbekendtgørelsen ikke stilles krav om, at danske myndigheder i forbindelse med behandling af ansøgning om tilskud til høreapparatbehandling i et andet EU/EØS-land foretager en prøvelse af, om høreapparatsbehandlingen i det andet EU/EØS-land lever op til de krav, der i Danmark stilles til private høreapparatsleverandører som betingelse for at levere tilskudsberettigede høreapparater, jf. bekendtgørelse nr. 1438 af 23. december 2012 om høreapparatsbehandling.

7.1.3. Almindelige betingelser for tilskud

Tilskud til tjenesteydelser er betinget af, at den modtagne ydelse er tilskudsberettiget eller vederlagsfri efter sundhedslovgivningen eller overenskomster indgået i medfør heraf, jf. sundhedslovens § 227. Tilskuddet ydes, uanset om sundhedstjenesteyderen har tilsluttet sig en overenskomst, jf. ydelsesbekendtgørelsens § 8, stk. 1.

En række af de krav, der i Danmark stilles som betingelse for en vederlagsfri eller tilskudsberettiget sundhedsydelse gælder også for sundhedsydelser modtaget i et andet EU/EØS-land, jf. ydelsesbekendtgørelsens § 9.

Begrænsninger i personkredsen efter danske regler

De begrænsninger, som er fastlagt i sundhedslovgivningen eller i overenskomster indgået i medfør heraf i den kreds af sikrede, som kan få tilskud til en ydelse, der gives her i landet, fx til psykologbehandling eller vederlagsfri fysioterapi, gælder også i forhold til den kreds af sikrede, der kan få tilskud til en ydelse, der leveres i et andet EU/EØS-land.

Krav om henvisning efter danske regler

I sundhedslovgivningen eller i overenskomster, der er indgået i medfør heraf, er der i flere tilfælde et krav om lægehenviisning, lægeordination eller anden visitation, som forudsætning for ret til tilskud. Krav om lægehenviisning eller lægeordination gælder også for varer eller tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU/EØS-land.

En gruppe 1-sikret skal derfor almindeligvis være henvist fra en læge for at kunne få tilskud til behandling, der er modtaget hos en speciallæge i et andet EU/EØS-land. En gruppe 1-sikret skal også henvises fra en læge til behandling ved en fysioterapeut, fodterapeut eller psykolog i et andet EU/EØS-land.

I forhold til de ydelser, hvor der i Danmark ikke gælder et krav om lægehenviisning, gælder der tilsvarende ikke et krav om lægehenviisning for ret til tilskud til tilsvarende ydelser modtaget i et andet EU/EØS-land. Dette er bl.a. tilfældet for behandling hos øjenlæge eller øre-næse-halslæge.

Der stilles ikke krav om henvisning til behandling hos en alment praktiserende læge i et andet EU/EØS-land.

Hvor der som betingelse for tilskud stilles krav om en henvisning fra læge eller andre, kan der ikke stilles krav om, at en henvisning skal være givet af en læge eller andre tilknyttet det danske sundhedsvæsen. Krav om lægehenviisning eller henvisning fra andre vil således også være opfyldt, hvis henvisningen er givet af en læge eller andre i et andet EU/EØS-land. Den pågældende læge eller anden i et andet EU/EØS-land, der har foretaget henvisningen til en bestemt sundhedsydelse, skal kunne sidestilles med den læge eller andre, der i Danmark kan afgive en henvisning til en tilsvarende tilskudsberettiget sundhedsydelse. Lægehenviisningen eller henvisningen fra andre skal endvidere være givet som led i en sundhedsydelse, der er tilskudsberettiget efter ydelsesbekendtgørelsen.

Henvisningskravet til speciallægebehandling for en gruppe 1-sikret indebærer et krav om, at der foreligger en henvisning fra en alment praktiserende læge. En patient, der er henvist af en alment praktiserende læge til behandling hos en speciallæge, kan dog være berettiget til refusion af udgifter til behandling, som speciallægen anser for nødvendig, uanset om speciallægens behandling er omfattet af den alment praktiserende læges henvisning.

Krav om begrænsninger i antal ydelser m.v.

Bestemmelser i sundhedslovgivningen eller i overenskomster mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og foreninger af sundhedspersoner om tidsmæssige rammer for udstedelse af en lægehenviisning (fx til psykologbehandling) og for en henvisnings gyldighed (fx for vederlagsfri fysioterapi) og om

begrænsninger i antallet af konsultationer eller behandlinger, der ydes tilskud til, gælder også for ydelser, der er leveret i et andet EU/EØS-land.

7.1.4. Særlige krav for tilskud i Danmark, der kan fraviges

I sundhedslovgivningen eller i overenskomster, der er indgået i medfør heraf, er det i visse tilfælde fastsat, at ydelse af et tilskud er betinget af, at der anvendes en særlig afregningsform, ordinationsblanketter, eller der stilles krav om elektronisk henvisning. Disse krav kan, jf. ydelsesbekendtgørelsens § 10, ikke stilles ved ydelse af tilskud til varer og tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU/EØS-land.

7.1.5. Økonomisk støtte til tandproteser ved ulykkesbetingede tandskader m.v.

Sundhedslovens § 135, bekendtgørelse nr. 179 af 28. februar 2012 om tandpleje og Sundhedsstyrelsen vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje 2006 om kommunalbestyrelsens bevilling af økonomisk støtte til tandproteser ved ulykkesbetingede tandskader og tandskader som følge af epileptiske anfald og om vilkårene herfor finder også anvendelse ved økonomisk støtte til levering af ydelsen i et andet EU/EØS-land. Opmærksomheden henledes på, at kommunalbestyrelsens bevilling af økonomisk støtte skal foreligge, inden behandling indledes.

7.1.6. Tandplejetilskud til visse patientgrupper

Ifølge § 166 i sundhedsloven yder regionsrådet særligt tilskud til tandpleje for visse patientgrupper. Der er fastsat nærmere bestemmelser i bekendtgørelse nr. 179 af 28. februar 2012 om tandpleje samt i Sundhedsstyrelsens vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje 2006 og Tillæg til vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje 2012.

Sundhedsstyrelsens vejledning finder også anvendelse, når der søges tilskud til tandpleje leveret i et andet EU/EØS-land. Bemærk, at patienterne skal godkendes af regionsrådet til den særlige tilskudsordning, inden behandlingen igangsættes. Patienterne modtager en særlig tilskudsbevilling fra regionsrådet. De nærmere vilkår for tilskuddet fremgår af tilskudsbevillingen.

7.1.7. Børn- og ungdomstandpleje

Bestemmelserne om tandreguleringsbehandling for børn og unge i børne- og ungdomstandplejen, jf. bekendtgørelse nr. 179 af 28. februar 2012 om tandpleje, finder også anvendelse, når der søges tilskud til tandpleje leveret i et andet EU/EØS-land.

Børn og unge under 16 og børn og unge på 16 og 17 år, der vælger at modtage behandling i privat tandlægepraksis i udlandet, kan få refunderet et beløb svarende til taksten/honoraret for den tilsvarende ydelse, når den gives her i landet.

Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at tandregulering samt andre særligt kostbare behandlingsydelser, der ydes i privat praksis, først må iværksættes, når kommunalbestyrelsen har godkendt iværksættelsen samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud. Kommunalbestyrelsen kan nærmere fastsætte, hvilke ydelser der kan iværksættes uden forhåndsgodkendelse.

Det samme gør sig gældende ved visitation til tandplejetilbud i den kommunale omsorgstandpleje og specialtandpleje.

Det indebærer, at tandregulering og tandplejetilbud i den kommunale omsorgstandpleje og specialtandpleje, som forudsætter en godkendelse fra Kommunalbestyrelsen, også vil forudsætte en sådan godkendelse, når det vedrører behandling på et privat behandlingssted i et andet EU/EØS-land.

7.1.8. Den kompetente myndighed

7.1.8.1. Personer bosat i Danmark

Det er bopælsregionen, som træffer afgørelse om tilskud for så vidt angår ydelserne 1-12 og varerne nævnt under pkt. 7.1.1. Bopælskommunen træffer afgørelse om tilskud for så vidt angår ydelserne 13-23, der er nævnt under pkt. 7.1.1. Der henvises til ydelsesbekendtgørelsens § 14.

Det bemærkes, at personer, der bor i Danmark, men som arbejder i et andet EU/EØS-land og derfor er sygesikrede i Danmark til udgift for et andet EU/EØS-land, ikke er omfattet af den berettigede personkreds. Der henvises til vejledningens pkt. 3.2.

7.1.8.2. Personer, der ikke er bosat i Danmark

For personer, der er dansk sygesikrede efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, og som søger om tilskud til en kommunal ydelse, træffes afgørelse om adgang til tilskud og udbetaling heraf af den kommunalbestyrelse, der har udstedt et særligt sundhedskort til den sikrede, jf. § 14, stk. 1.

For personer, der er dansk sygesikrede efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, og som søger om tilskud til en regional ydelse, træffes afgørelse om adgang til tilskud og udbetaling heraf af regionsrådet i den region, hvor den kommunalbestyrelse, der har udstedt et særligt sundhedskort til den sikrede, ligger, jf. ydelsesbekendtgørelsens, § 14, stk. 2, 2. pkt.

For pensionister og deres familiemedlemmer, der er dansk sygesikrede efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, træffes afgørelse om adgang til tilskud og udbetaling heraf af kommunalbestyrelsen/regionsrådet i pensionistens seneste bopælskommune/bopælsregion, jf. § 14, stk. 3.

For grænsearbejderes familiemedlemmer, der er dansk sygesikrede efter reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger, træffes afgørelse om adgang til tilskud og udbetaling heraf af kommunalbestyrelsen/regionsrådet i den kommune/region, hvorfra grænsearbejderen modtager sit særlige sundhedskort, jf. § 14, stk. 4.

7.1.9. Beregning og udbetaling af tilskud

Den sikrede skal i første omgang selv betale den udenlandske behandler for behandlingen og kan derefter søge kommunen/regionen om tilskud efter sundhedsloven, jf. ydelsesbekendtgørelsens § 13.

Ydelser, der både kan leveres som sygehusbehandling efter sundhedslovens afsnit VI og som behandling i speciallægepraksis efter sundhedslovens § 64, er som udgangspunkt omfattet af bekendtgørelse nr. 470 af 23. maj 2016 om tilskud til sundhedsydelser uden for sygehusvæsenet købt i eller leveret fra andre EU/EØS-lande. Der henvises endvidere til afsnit 6.1.2. og 6.1.8.

I de tilfælde, hvor tilskud efter sundhedslovgivningen eller overenskomster indgået i medfør heraf til ydelser her i landet, udbetales som et fast kronetilskud, skal dette også udbetales, når varen eller tjenesteydelsen er købt eller leveret i et andet EU/EØS-land. Det faste kronetilskud udbetales uanset, hvilken pris der faktisk er betalt for varen eller tjenesteydelsen i det andet EU/EØS-land. Et tilskud kan dog aldrig overstige den faktiske pris, der er betalt for en vare eller tjenesteydelse i udlandet. Der henvises til ydelsesbekendtgørelsens § 16, stk. 1 og 4.

I de tilfælde, hvor tilskud efter sundhedslovgivningen eller overenskomster indgået i medfør heraf til ydelser eller varer her i landet er fastlagt ved en procentsats af prisen, beregnes tilskud til en ydelse eller vare modtaget i et andet EU/EØS-land som en procentsats af prisen for en tilsvarende vare eller tjenesteydelse i Danmark. Et tilskud kan dog aldrig overstige den faktiske pris, der er betalt for en vare eller tjenesteydelse i udlandet. Der henvises til ydelsesbekendtgørelsens § 16, stk. 2, 1. pkt., og stk. 4.

I tilfælde, hvor en ydelse gives vederlagsfrit i Danmark, kan der ydes et tilskud, der svarer til taksten/honoraret for den tilsvarende ydelse, når den gives her i landet.

For ydelser i praksissektoren, hvor der er fastsat takst/honorar i overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Taksnævn og den relevante organisation, anvendes denne takst som beregningsgrundlag. For gruppe 1-sikrede personer gælder dog, at der i beregning af tilskud til almen lægehjælp i et andet EU/EØS-land ikke indgår det basishonorar, der ydes til en gruppe 1-sikrets valgte læge i almen praksis, jf. bestemmelser i sundhedsloven eller overenskomster indgået i medfør heraf.

For ydelser uden for praksissektoren, hvor ydelsen typisk leveres af kommunen eller regionen selv, og hvor der er fastsat takster for mellemkommunal eller mellemregional afregning, anvendes denne takst som beregningsgrundlag.

Hvis en patient fx har modtaget genoptræning i et andet EU/EØS-land, kan patientens tilskud til ydelsen beregnes ud fra de vejledende takster for genoptræning, som anvendes ved den mellemkommunale afregning for genoptræningsydelser her i landet. Til brug for en patients stillingtagen til et behandlingstilbud i et andet EU/EØS-land, kan patienten bede bopælskommunen oplyse størrelsen af det tilskud, som patienten vil være berettiget til, dvs. svarende til bopælskommunens genoptræningstilbud på baggrund af den foreliggende genoptræningsplan.

For ydelser uden for praksissektoren, hvor ydelsen leveres af kommunen eller regionen selv, og hvor der ikke er fastsat takster for mellemkommunal eller mellemregional afregning, fastsætter regionsrådet eller kommunalbestyrelsen en pris svarende til regionens eller kommunens faktiske udgifter ved at levere den pågældende ydelse.

Prisfastsættelsen skal ske på en gennemsigtig måde ud fra på forhånd fastlagte og kendte objektive kriterier. Denne prisfastsættelse skal ske i overensstemmelse med bestemmelserne i bekendtgørelse nr. 326 af 7. april 2016 om kommunernes budget- og regnskabsvæsen, revision m.v. og den tilhørende vejledning om omkostningskalkulationer.

Som følge af forskelle i serviceniveauet såvel som forskellige elementer i prisfastsættelsen, fx stordriftsfordele, kan der forekomme prisforskelle mellem regioner og mellem kommuner for ydelser efter de samme bestemmelser i sundhedsloven.

Der henvises til ydelsesbekendtgørelsens § 16, stk. 3 og 4.

Afregning og udbetaling af tilskud til sikredes NemKonto sker på grundlag af dagskursen for den pågældende valuta for den dag, der sker afregning i kommunen/regionen.

7.1.10. Krav til ansøgningen om tilskud

En ansøgning om tilskud skal indeholde følgende:

- 1) Specificeret og kvitteret regningsmateriale, der angiver, hvad patienten har købt, og hvor og hvornår det er købt. Der skal således af materialet fremgå dato for købet, hvilket land købet er foretaget i, og om varen eller ydelsen er betalt.
- 2) En beskrivelse af den modtagne vare eller tjenesteydelse, således at kommunen/regionen kan foretage en vurdering af, om den købte vare eller ydelse svarer til en vare eller ydelse, der gives tilskud til efter sundhedsloven eller i overenskomster indgået i medfør heraf. Som et eksempel kan nævnes, at det ved tandfyldning i et andet EU/EØS-land af regningsmaterialet skal fremgå, hvilket tandfyldningsmateriale der er anvendt, hvilken tand der er fyldt, hvor mange flader fyldninger dækker over, og hvorvidt Sundhedsstyrelsens vejledning om anvendelse af tandfyldningsmaterialer er overholdt.
- 3) Oplysning om, hvorvidt der allerede er ydet helt eller delvist offentligt tilskud.
- 4) Lægehenvielse, hvis der efter regler i sundhedsloven eller i overenskomster indgået i medfør heraf stilles krav herom som betingelse for at modtage varen eller ydelsen i Danmark, jf. pkt. 7.1.3.
- 5) Godkendelse af behandlingstilbud ved særligt kostbare behandlinger, ved den kommunale børne- og ungdomstandpleje og visitation til tandregulering.

- 6) Godkendelse af behandlingstilbud ved særligt kostbare behandlinger, ved visitation til tandplejetilbud i den kommunale omsorgstandpleje og specialtandpleje.
- 7) Ved ansøgning om tilskud til tandproteser ved ulykkesbetingede tandskader og tandskader som følge af epileptiske anfald, jf. sundhedslovens § 135, eller tilskud til tandbehandling til visse patientgrupper, jf. sundhedslovens § 166 skal kopi af kommunalbestyrelsens/regionsrådets tilskudsbevilling vedlægges. Der henvises til pkt. 7.1.5. og 7.1.6.
- 8) For personer, som ikke har bopæl her i landet, jf. ydelsesbekendtgørelsens § 4, nr. 1, som omtalt under pkt. 3.3. og 7.1.7., skal der vedlægges kopi af den sikredes særlige sundhedskort.
- 9) For pensionister og deres familiemedlemmer, der ikke har bopæl her i landet, og som er omfattet af ydelsesbekendtgørelsens § 4, nr. 2, som omtalt under pkt. 3.3. og 7.1.7., vedlægges kopi af den sikredes EU-sygesikringskort.
- 10) For grænsearbejderes familiemedlemmer, der ikke har bopæl her i landet, og som omfattet af ydelsesbekendtgørelsens § 4, nr. 3, som omtalt under pkt. 3.3. og 7.1.7. vedlægges kopi af den sikredes EU-sygesikringskort.

Regionsrådet/kommunalbestyrelsen kan bede borgeren om andre oplysninger end ovenstående, herunder om behandlingen var planlagt.

Den myndighed, der træffer afgørelse om tilskud, skal - eventuelt i samarbejde med det relevante udenlandske kontaktpunkt - bidrage til at søge regningsmaterialets indhold afklaret.

7.1.11. Eksempler på udbetaling af tilskud

Nedenfor angives eksempler på beregning af tilskud. Det bemærkes, at beregningen skal foretages for hver enkelt ydelse på en regning, hvis regningen indeholder flere ydelser, da tilskuddet til den enkelte ydelse ikke kan overstige udgiften til den enkelte ydelse, hvis den blev givet af det offentlige sundhedsvæsen her i landet.

De priser, der er anført i nedennævnte eksempler, er fiktive.

Eksempel 1: Speciallægebehandling af gruppe 1-sikret i Tyskland.

Sikrede bliver den 1. marts 2014 henvist af sin praktiserende læge til en speciallæge i hudsygdomme. Sikrede konsulterer den 5. marts 2014 en speciallæge i Tyskland og betaler lægen 65 Euro for konsultation og 40 Euro for fjernelse af en negl. Ved en omregningskurs på 7,45 DKK bliver det i alt 782,25 DKK.

Sikrede søger regionen om tilskud til speciallægebehandlingen i Tyskland.

Regionen konstaterer, at den sikrede er henvist til speciallægebehandling. Efter de gældende takster i speciallægeoverenskomsten for ydelser hos en dermatolog, udbetaler regionen sikrede et tilskud til konsultation på 431,84 DKK (ydelsesnr. 0110) og et tillægsydelsestilskud på 159,28 DKK (ydelsesnr. 3104) på grundlag af den fremlagte dokumentation for konsultationen og behandlingen.

Eksempel 2: Tandbehandling i Sverige.

Sikrede har den 5. juli 2014 fået foretaget en tandrensning og en flerfladet plastfyldning i Sverige, og sikrede har betalt tandlægen henholdsvis 500 SEK og 450 SEK for behandlingerne. I december 2014 søger sikrede regionsrådet om tilskud efter sundhedslovens § 168.

Ved en omregningskurs på 0,80 DKK bliver det i alt 760 DKK.

Tilskud til tandrensning a (ydelsesnr. 1301) i Danmark udgør 40 % af den gældende takst for tandrensning, hvilket er 127,32 DKK. Da tilskud, der er fastlagt ved en procentsats, beregnes på baggrund af prisen for en tilsvarende vare eller tjenesteydelse i Danmark, udbetaler regionen dette beløb. Der ydes kun tilskud til almindelig tandrensning efter særlige regler jf. overenskomst om tandlægehjælp. Betingelserne skal således være opfyldt.

Endvidere udbetaler regionen et fast tilskud på 98,07 DKK til tandfyldning, så der i alt udbetales 225,39 DKK. Det forudsættes, at den nødvendige dokumentation for behandlingen foreligger.

Eksempel 3: Tandbehandling i Tyskland.

Sikrede har på grund af tandsmerter konsulteret en tandlæge i Tyskland forbindelse med en ferie, uden at det har udløst en behandling. Sikrede har for denne konsultation betalt den tyske tandlæge 75 Euro.

Da der ikke efter sundhedslovgivningen ydes tilskud til tandlægekonsultation uden behandling, kan sikrede ikke få tilskud til denne konsultation efter de danske regler, som implementerer direktivet, jf. de gældende betalingstakster for tandlægehjælp (ydelsesnr. 3020). Sikrede kan søge Styrelsen for Patientsikkerhed om refusion efter forordningens regler om behandling, som bliver medicinsk nødvendig under et midlertidigt ophold i udlandet.

Eksempel 4: Børnetandpleje i Tyskland.

En ung på 16 år ønsker at modtage børne- og ungdomstandpleje hos en privatpraktiserende tandlæge i Tyskland. Der er tale om et førstegangsbesøg, hvor der oprettes journal og den unge får samtidig foretaget en klinisk undersøgelse, en røntgenundersøgelse og en tandrensning. Den samlede regning fra tandlægen lyder på 130 Euro, hvilket svarer til 968,50 DKK ved en omregningskurs på 7,45 Euro. Da behandlingen er vederlagsfri i Danmark betaler kommunen den takst for ydelserne, der er fastsat i overenskomst om tandpleje for børn og unge under 18 år hos alment praktiserende tandlæge. Barnet/den unge får derfor af kommunen refunderet 424,64 kr. førstegangsydelse, 131,84 kr. røntgenundersøgelse, 301,14 kr. tandrensning = 857,62 kr. af 951,55 DKK, som er taksten.

Eksempel 5: Børnetandpleje i Sverige.

Et barn på 12 år vælger at modtage børne- og ungdomstandplejetilbuddet hos en praktiserende tandlæge i Sverige. Den svenske tandlæge udfører en kombineret fyldning i kindtand til en pris af 230 SEK svarende til 184 DKK ved en omregningskurs på 0,80. Da ydelsen leveres vederlagsfrit i Danmark, kan der ydes et tilskud, der svarer til taksten/honoraret for den tilsvarende ydelse, når den gives her i landet.

Eksempel 6: Tilskud til særlig tandpleje i Tyskland.

Sikrede får en tandrensning hos en tandlæge i Tyskland svarende til tandrensning a (ydelse 1301). Sikrede betaler 50 Euro for behandlingen, hvilket svarer til 372,50 DKK ved en omregningskurs på 7,45 DKK. Tilskud til tandrensning a i Danmark udgør 40 % af den gældende takst for tandrensning a, hvilket er 127,33 DKK. Tilskuddet udbetales i sin helhed, da det er mindre end regningens beløb for ydelsen i Tyskland. Der ydes kun tilskud til almindelig tandrensning efter særlige regler jf. overenskomst om tandlægehjælp. Betingelserne skal således være opfyldt.

Eksempel 7: Tilskud til undersøgelse hos praktiserende læge

Sikrede er gruppe 1-sikret og har forhøjet blodtryk og højt kolesteroltal. Under et besøg i Holland i februar 2014 ønsker sikrede at blive undersøgt af en praktiserende læge i Holland. Sikrede betaler for behandlingen hos den hollandske læge, og sender derefter regningen til sin bopælsregion. Regningen lyder på 650 DKK. Regionen konstaterer, at sikrede ville have ret til tilsvarende undersøgelse i Danmark, og udbetaler et beløb svarende til de gældende danske takster i praksisoverenskomsten. Hvis konsultationshonoraret efter overenskomsten fx er fastsat til 135 DKK, og der derudover er ydet tillægsydelser, laboratorieundersøgelser eller andre ydelser, der honoreres efter overenskomsten, fx til et beløb, der i alt honoreres med 150 DKK efter overenskomsten, vil regionen på grundlag af den fremlagte dokumentation for konsultationen og behandlingen udbetale et tilskud på 285 DKK. Patienten må derfor selv afholde de resterende udgifter.

Den sikrede kan have ret til tilskud til/refusion af udgifter til sygehjælp modtaget i udlandet både efter sundhedsloven og efter EF-reglerne/de nordiske regler, jf. afsnit 2.

7.1.12. Befordring

En gruppe 1-sikret, der har ret til befordringsgodtgørelse i forbindelse med behandling ved den valgte praktiserende læge, kan få tilsvarende befordringsgodtgørelse, når personen i medfør af sundhedslovens § 168, stk. 1, modtager tilskud fra regionsrådet til behandling hos alment praktiserende læge i et andet EU/EØS-land, jf. befordringsydelsesbekendtgørelsens § 8, stk. 2. Kommunalbestyrelsen yder godtgørelsen på samme vis, som når behandlingen finder sted ved den valgte læge i Danmark.

Kommunalbestyrelsen yder endvidere befordringsgodtgørelse til personer, der i medfør af sundhedslovens § 168, stk. 1, modtager tilskud fra regionsrådet til behandling hos speciallæge i et andet EU/EØS-land. Kommunalbestyrelsen yder befordringsgodtgørelse svarende til udgifterne til befordring til den speciallæge inden for vedkommende speciale, der har konsultation nærmest ved patientens opholdssted. Søger patienten fjernere beliggende speciallæge, kan der ydes befordringsgodtgørelse med det beløb, patienten havde ret til, hvis denne havde søgt den nærmeste beliggende speciallæge. Denne begrænsning omfatter også personer, som i medfør af sundhedslovens § 168, stk. 1, modtager tilskud til behandling hos speciallæge i et andet EU/EØS-land.

Tilsvarende yder kommunalbestyrelsen befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning efter endt behandling på sygehus, når genoptræningen med kommunalbestyrelsens tilskud foretages i et andet EU/EØS-land, jf. § 21, stk. 3, i befordringsbekendtgørelsen. Kommunalbestyrelsen yder således befordringsgodtgørelse som minimum svarende til det behandlingssted, som patienten ville være henvist til efter kommunalbestyrelsens visitationskriterier.

7.1.13. Klageadgang

En afgørelse truffet af en kommunalbestyrelse eller et regionsråd om, hvorvidt en person kan få tilskud til en vare eller tjenesteydelse, der er købt eller leveret i et andet EU/EØS-land, kan indbringes for Styrelsen for Patientsikkerhed, jf. hhv. § 5, nr. 8, og § 6, stk. 1, nr. 13, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovebekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 med senere ændringer. Klagen skal indgives inden 4 uger efter, at sikrede har fået meddelelse om afgørelsen, jf. klage- og erstatningslovens § 10.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan alene tage stilling til, om sikrede i henhold til ydelsesbekendtgørelsen har ret til tilskud til en vare eller tjenesteydelse, der er købt eller leveret i et andet EU/EØS-land, men ikke til visse andre spørgsmål, som alene hører under kommunalbestyrelsens kompetence, herunder eksempelvis kommunalbestyrelsens skønsmæssige vurdering af behovet for omfanget af en ydelse. Styrelsen for Patientsikkerhed kan fx ikke tage stilling til omfanget af en kommunes tilbud om genoptræning uden for sygehusregi efter en genoptræningsplan og det på grundlag heraf beregnede tilskud til genoptræning søgt i et andet EU/EØS-land, da omfanget af kommunale genoptræningstilbud alene fastlægges af kommunerne.

7.2. Behandling i Danmark af patienter fra andre EU/EØS-lande

Direktivets regler om adgang for personer fra andre EU/EØS-lande til sundhedsydelser i Danmark, der ikke er sygehusbehandling, er implementeret ved sundhedslovens §§ 57 a, 118 a og 164 a, jf. lovens § 7, stk. 3, og uddybet ved bekendtgørelse nr. 1658 af 27. december 2013 om adgang til kommunale og regionale sundhedsydelser, der ikke er sygehusbehandling, til personer fra andre EU/EØS-lande, Færøerne og Grønland.

Med bestemmelserne er tilvejebragt hjemmel til, at regionsråd og kommunalbestyrelser mod betaling yder behandling i primærsektoren til personer fra andre EU/EØS-lande, der ikke har bopæl i Dan-

mark. Tilsvarende adgang gælder for personer fra Færøerne og Grønland. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen kan dog i visse tilfælde afvise patienter, jf. afsnit 7.2.3 nedenfor.

Bestemmelserne berører ikke patienternes adgang til at modtage medicinsk nødvendige sundhedsydelser i primærsektoren under ophold i Danmark, eller patienters mulighed for at modtage behandling, som de henvises til, i medfør af forordning (EF) nr. 883/2004.

7.2.1. Ydelser

Regionsråd og kommunalbestyrelser skal som det altovervejende udgangspunkt - mod betaling - give personer fra andre EU/EØS-lande, der ikke har bopæl i Danmark, adgang til at benytte de sundhedsydelser, som regionsråd og kommunalbestyrelser efter sundhedsloven har etableret som tilbud til personer med bopæl i Danmark.

Forpligtelsen omfatter regionsrådenes og kommunalbestyrelsernes egne tilbud efter sundhedsloven samt forebyggende helbredsundersøgelser til gravide og vejledning om svangerskabsforebyggende metoder, jf. listen nedenfor.

Hvor regionsrådet eller kommunalbestyrelsen køber sundhedsydelsen af privatpraktiserende sundhedspersoner, private klinikker m.v., har regionsrådet eller kommunalbestyrelsen ikke pligt til at købe et sådan tilbud til personer fra andre EU/EØS-lande. Levering via private sundhedsudbydere kendes bl.a. fra kommunalbestyrelseres tilbud om tandpleje til børn og unge efter sundhedslovens §§ 127 og 128, omsorgstandpleje efter §§ 131-132, støtte til tandpleje efter §§ 135 og 166, hjemmesygepleje efter sundhedslovens § 138, genoptræning efter sundhedslovens § 140, fysioterapi efter sundhedslovens § 140 a, stk. 2, og alkoholbehandling efter § 141 i sundhedsloven, herunder hvor der er fastsat en frit-valgs-ordning med valgfrihed mellem et evt. kommunalt tilbud og tilbud i praksissektoren.

Sundhedsydelser, der leveres efter overenskomst med praksissektoren, jf. lovens § 227, stk. 1, eller efter udbud efter § 227, stk. 3, er ikke omfattet af regionsrådenes og kommunalbestyrelsernes forpligtelse, da der ikke er tale om, at regionsrådet eller kommunalbestyrelsen selv udbyder ydelsen. Dette betragtes i stedet som behandling på privat grundlag, og EU/EØS-borgeren kan vejledes om selv at etablere kontakt til en evt. ønsket sundhedsudbyder for selv at indgå aftale om behandling. Overenskomsten regulerer ikke en sådan behandling, der således leveres på rent privatretlig aftale mellem den privatpraktiserende sundhedsperson/private klinik og den pågældende EU/EØS-borger uden for overenskomsten.

De omfattede ydelser efter sundhedsloven er (med ovenstående begrænsende forbehold):

- Behandling ved læge på regionsrådets egne lægeklinikker etableret i medfør af sundhedslovens § 227, stk. 5 og stk. 6, for at sikre regionens borgere tilbud om behandling hos alment praktiserende læge. Sundhedsydelserne omfatter bl.a. tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet, der efter § 61 ydes hos læge uden for overenskomst, og tilbud om vejledning om svangerskabsforebyggende metoder, der efter § 63 ligeledes ydes af læge uden for overenskomst.
- Kommunalbestyrelser og regionsråds tilbud om forebyggelse efter § 119 ydet af autoriserede sundhedspersoner.
- Den kommunale sundhedstjenestes forebyggende sundhedsydelser til børn og unge efter §§ 120-126.
- Den kommunale tandpleje til børn og unge efter sundhedslovens §§ 127-130.
- Omsorgstandpleje efter sundhedslovens §§ 131-132.
- Støtte til tandpleje efter §§ 135 og 166 i sundhedsloven.
- Kommunalbestyrelsens tilbud om specialtandpleje efter §§ 133-134.
- Kommunalbestyrelsens tilbud om hjemmesygepleje efter §§ 138-139.
- Kommunalbestyrelsens tilbud om genoptræning efter § 140.
- Kommunalbestyrelsens tilbud om fysioterapi efter § 140 a, stk. 2.

- Regionsrådets og kommunalbestyrelsens tilbud om fysioterapi efter regler fastsat i medfør af § 140 b, stk. 2, herunder ridefysioterapi, jf. bekendtgørelse nr. 710 af 27. juni 2008 om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og i kommunen.
- Kommunalbestyrelsens tilbud om alkoholbehandling, jf. § 141-141 g, i det omfang der er tale om en sundhedsydelse.
- Kommunalbestyrelsens tilbud om lægelig behandling for stofmisbrug, jf. § 142, i det omfang der er tale om en sundhedsydelse.
- Regionsrådets tilbud om tandpleje efter §§ 162-164, herunder på regionsrådets klinikker.

De offentlige vaccinationsprogrammer efter sundhedslovens kapitel 43, herunder børnevaccinationsprogrammet, er ikke omfattet.

Der henvises endvidere til §§ 2 og 3 i bekendtgørelse nr. 1658 af 27. december 2013 om adgang til kommunale og regionale sundhedsydelser, der ikke er sygehusbehandling, til personer fra andre EU/EØS-lande, Færøerne og Grønland.

7.2.2. Særlige omstændigheder forbundet med sundhedsydelser til personer fra andre EU/EØS-lande

Når regionsrådet eller kommunen leverer sundhedsydelser til personer, der ikke har bopæl her i landet efter ovenstående regler, er der ikke krav om, at den faktiske levering af sundhedsydelserne skal tilpasses de særlige omstændigheder, der kan være knyttet til at levere til disse personer. Bortset fra at der skal opkræves betaling for ydelsen, skal regionsrådet eller kommunalbestyrelsen blot levere ydelsen i overensstemmelse med sundhedslovgivningens almindelige regler for ydelsen og almindelig praksis.

7.2.2.1. Tolk

Om nødvendigt kan regionsrådet eller kommunalbestyrelsen sørge for tolk og inkludere udgiften hertil i prisen. Er det ikke muligt at tilvejebringe tolkebistand og vil det være i strid med normen for almindeligt anerkendt faglig standard at behandle den pågældende person fra et andet EU/EØS-land uden tolk, er der tale om en fagligt begrundet afvisning, og det vil ikke være diskrimination at afvise at yde behandlingen.

7.2.2.2. Samlede forløb o.l.

Hvor sundhedsydelsen er tilrettelagt som et samlet forløb eller som et samspil mellem sundhedsfaglig og anden indsats, kan regionsrådet eller kommunalbestyrelsen på tilsvarende vis undlade at yde enkeltstående sundhedsfaglige elementer i indsatsen til en person fra et andet EU/EØS-land, hvis den sundhedsfaglige indsats herved ikke længere vil leve op til normen for almindeligt anerkendt faglig standard. Det kan fx være tilfældet for nogle tilbud om stofmisbrugsbehandling eller alkoholbehandling, hvor den sundhedsfaglige indsats forudsætter en støttende psykosocial indsats, samt genoptræning. Undladelse af at yde behandlingen med henvisning hertil skal ske på baggrund af en konkret vurdering fra regionsrådet eller kommunalbestyrelsen.

Hvor normen for almindeligt anerkendt faglig standard forudsætter en sundhedsfaglig opfølgning på behandlingen, kan regionsrådet eller kommunalbestyrelsen betinge behandlingen af, at der planlægges et samlet forløb for personen fra et andet EU/EØS-land. Også her skal regionsrådet eller kommunalbestyrelsen foretage en konkret vurdering.

7.2.2.3. Forudgående faglig vurdering, visitation og henvisning

Hvor det efter sundhedslovgivningen m.v. generelt er en forudsætning, at patienter skal igennem en forudgående faglig vurdering, samt hvor der stilles krav om henvisning eller visitation fra regionsrådet eller kommunalbestyrelsen forud for leveringen af sundhedsydelsen, vil tilsvarende gøre sig gældende

for personer fra andre EU/EØS-lande. Der henvises endvidere til § 6 i bekendtgørelse nr. 1658 af 27. december 2013 om adgang til kommunale og regionale sundhedsydelser, der ikke er sygehusbehandling, til personer fra andre EU/EØS-lande, Færøerne og Grønland.

Der kan dog ikke stilles krav om, at fx en lægehenviisning er givet af en alment praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge i Danmark. Den pågældende sundhedsperson skal kunne sidestilles med den læge, tandlæge eller anden sundhedsperson eller offentlig myndighed, der i Danmark kan afgive en henviisning til en tilsvarende behandling. Hvis en patient på baggrund af en lægehenviisning er undersøgt og afsluttet på et tilsvarende behandlingssted, eksempelvis fordi der ikke er indikation for yderligere, eller hvis patienten ikke ønsker at modtage den foreslåede behandling, er der ikke grundlag for at anse henviisningen som aktuel, hvorfor henviisningen ikke kan anvendes på ny. Såfremt patienten igen måtte ønske at blive udredt eller behandlet, vil behandlingen af patienten derfor forudsætte, at patienten har en ny henviisning.

7.2.3. Afvisning af patienter

Et regionsråd eller en kommunalbestyrelse kan ud fra en konkret vurdering afvise patienter, der søger behandling i medfør af sundhedslovens §§ 57 a, 118 a, 164 a eller regler, der er fastsat med hjemmel heri, af kapacitetsmæssige årsager. Vurderingen skal foretages ud fra konkrete overvejelser af, om begrænsningen er nødvendig og rimelig. Herunder såfremt regionen eller kommunen har betydelig ventetid til den pågældende behandling og væsentlige hensyn til andre patienter ellers ville blive væsentligt tilsidesat, jf. § 1, stk. 5 og 6, i bekendtgørelse nr. 1658 af 27. december 2013 om adgang til kommunale og regionale sundhedsydelser, der ikke er sygehusbehandling, til personer fra andre EU/EØS-lande, Færøerne og Grønland.

En eventuel begrænsning kan kun omfatte konkrete tilbud og kun i det tidsrum, hvor der konkret er udfordringer. Et regionsråd eller en kommunalbestyrelse kan efter et konkret skøn beslutte, at patienten ikke optages på venteliste til behandling ved et konkret tilbud, men patienten har mulighed for at vælge et andet tilbud i regionen eller kommunen eller i en anden region eller kommune, hvor disse ikke måtte have tilsvarende kapacitetsmæssige udfordringer.

Regionsrådet eller kommunalbestyrelsens skal offentliggøre information om de tilbud, hvortil adgangen begrænses, snarest muligt og senest i forbindelse med den konkrete afgørelse, jf. § 1, stk. 6 i den nævnte bekendtgørelse.

7.2.4. Betaling

Regionsrådet henholdsvis kommunalbestyrelsen opkræver betaling efter reglerne i § 5 i bekendtgørelse nr. 1658 af 27. december 2013 om adgang til kommunale og regionale sundhedsydelser, der ikke er sygehusbehandling, til personer fra andre EU/EØS-lande, Færøerne og Grønland. Betalingen opkræves direkte fra modtageren af sundhedsydelsen.

I de tilfælde, hvor der er fastsat takster for mellemregional eller mellemkommunal afregning af sundhedsydelser, skal prisfastsættelsen ske efter taksten (inkl. evt. lønsumsafgift). I prisfastsættelsen kan indgå udgifter til nødvendig tolkning i det omfang udgifterne hertil ikke er inkluderet i den mellemregionale eller mellemkommunale afregningstakst.

Er der ikke fastsat en mellemregional eller mellemkommunal afregningstakst for ydelsen fastsætter regionsrådet eller kommunalbestyrelsen en pris svarende til regionens eller kommunens faktiske udgifter ved at levere den pågældende ydelse. Prisfastsættelsen skal ske på en gennemsigtig måde ud fra på forhånd fastlagte og kendte objektive kriterier, der ikke må indebære forskelsbehandling af personer uden bopæl i Danmark. Denne prisfastsættelse skal ske i overensstemmelse med bestemmelserne i bekendtgørelse nr. 326 af 7. april 2016 om kommunernes budget- og regnskabsvæsen, revision m.v. og

den tilhørende vejledning om omkostningskalkulationer eller senere bekendtgørelser, der træder i stedet for denne.

Som følge af forskelle i serviceniveauet såvel som forskellige elementer i prisfastsættelsen, fx stordriftsfordele, kan der forekomme prisforskelle mellem regioner og mellem kommuner for ydelser efter de samme bestemmelser i sundhedsloven.

Regionsrådene og kommunalbestyrelserne skal forud for behandlingen tilvejebringe klare oplysninger om priser. Betalingen skal opgøres og afkræves endeligt i forbindelse med eller umiddelbart efter behandlingens afslutning, og ved opkrævning af betalingen skal regionsrådene og kommunalbestyrelserne tilvejebringe klare fakturaer.

7.2.5. Klageadgang

Regionsrådenes og kommunalbestyrelsernes afgørelser efter sundhedslovens §§ 57 a, 118 a og 164 a og regler udstedt i medfør heraf, vedr. adgang til behandling i Danmark for personer fra andre EU/EØS-lande, kan efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 5, nr. 11 og § 6, stk. 1, nr. 17, påklages til Styrelsen for Patientsikkerhed. Klageadgangen omfatter bl.a. klage over afvisning, prisfastsættelse samt øvrige vilkår for behandlingen.

Denne klageadgang udgør et supplement til den almindelige klageadgang over sundhedsfaglig virksomhed udøvet af de involverede autoriserede sundhedspersoner m.fl., som ligeledes kan indbringes for Styrelsen for Patientsikkerhed uanset om patienten har bopæl i Danmark eller i udlandet.

8. Medicin

8.1. Direktivets regler om tilskud til medicin købt i et andet EU/EØS-land

Af direktivets art. 7, stk. 1, følger, at forsikringsmedlemsstaten skal sikre, at den forsikredes udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser godtgøres, hvis den forsikrede har ret til de pågældende sundhedsydelser i forsikringsmedlemsstaten. Udgifterne skal, jf. direktivets art. 7, stk. 4, godtgøres af forsikringsmedlemsstaten op til et beløb, der svarer til de udgifter, der ville være blevet godtgjort af forsikringsmedlemsstaten, hvis disse sundhedsydelser var blevet leveret på forsikringsmedlemsstatens område, uden at beløbet dog kan overstige de faktiske udgifter til de modtagne sundhedsydelser.

8.1.1. De almindelige regler om tilskud til medicin købt i Danmark

De almindelige regler om tilskud til medicin købt i Danmark findes i sundhedslovens afsnit X. Det danske tilskudssystem er et såkaldt behovsafhængigt tilskudssystem, hvor størrelsen af den enkelte persons tilskud afhænger af personens samlede udgift til tilskudsberettiget medicin, som den pågældende har købt inden for en periode på 1 år, der regnes fra første indkøbsdato. En ny periode indledes første gang, en person køber medicin med tilskud efter udløbet af den forrige periode. Tilskuddet udgør fra 0 til 100 pct. af medicinens tilskudspris. Og det årlige egenbetalingsloft udgør 3.880 kr. (2016). Lægemiddelstyrelsen fører et elektronisk register, det Centrale Tilskuds Register (CTR), over de oplysninger, der er nødvendige for beregningen af tilskud til medicin efter sundhedslovens regler. Registeret er indrettet til at håndtere beregning af tilskud til medicin på baggrund af dagsaktuelle data, hvorved det sikres, at tilskuddets størrelse beregnes korrekt i det øjeblik, hvor tilskudsberettiget medicin købes på et dansk apotek.

8.1.2. Regler om tilskud til medicin købt i et andet EU/EØS-land

Reglerne om tilskud til medicin købt i et andet EU/EØS-land er fastsat i bekendtgørelse nr. 470 af 23. maj 2016 om tilskud til sundhedsydelser uden for sygehusvæsenet købt i eller leveret fra andre EU/EØS-lande (ydelsesbekendtgørelsen), som har hjemmel i sundhedslovens § 168, stk. 1, samt i sundhedslovens § 168, stk. 3 og 4.

8.1.3. Tilskudsberettiget medicin

Betingelserne for, at en patient kan få tilskud til medicin købt i et andet EU/EØS-land, er de samme, som hvis patienten køber sin medicin i Danmark. Hvis patienten ikke har ret til tilskud i Danmark, kan patienten heller ikke få tilskud til medicinen, hvis det er købt i et andet EU/EØS-land.

Det indebærer eksempelvis:

- Medicinen skal være ordineret til patienten på recept.
- Medicinen skal være tilskudsberettiget i Danmark enten via generelt tilskud (der skal i Danmark findes en identisk tilskudsberettiget medicin (samme aktive indholdsstof, styrke og lægemiddelform), eller patienten skal have en bevilling af enkelttilskud til den pågældende medicin. På www.medicinpriser.dk, kan man se, hvilke lægemidler der har generelt tilskud, dvs. automatisk er tilskudsberettigede i Danmark. For medicin, der har generelt klausuleret tilskud i Danmark, skal lægen på recepten erklære, at patienten opfylder tilskudsklausulen.
- Hvis det er en betingelse for at få enkelttilskud til medicinen i Danmark, at medicinen er ordineret af en speciallæge inden for et bestemt speciale, gælder tilsvarende begrænsning for tilskud til medicin, købt i et andet EU- eller EØS-land.
- Hvis den medicin, patienten har købt, ville have været en del af en sygehusbehandling i Danmark, kan patienten ikke få tilskud efter sundhedslovens almindelige regler om medicin. I disse tilfælde skal patienten ikke ansøge om tilskud hos Lægemiddelstyrelsen, men hos den region patienten bor i, og som administrerer reglerne om ret til sygehusbehandling i andre EU/EØS-lande.

8.1.4. Lægemiddelstyrelsen behandler ansøgninger om tilskud

For at få udbetalt tilskud til medicin købt i et andet EU/EØS-land, skal patienten søge om det i Lægemiddelstyrelsen.

Lægemiddelstyrelsen behandler patientens ansøgning om tilskud og sender patienten en afgørelse. Hvis patienten er berettiget til tilskud, vil afgørelsen indeholde Lægemiddelstyrelsens beregning af størrelsen af patientens tilskud. Lægemiddelstyrelsen indberetter den danske tilskudspris til det Centrale Tilskuds Register (CTR), så det tæller med i patientens CTR-saldo, ligesom hvis patienten havde købt medicinen på et dansk apotek. Hvis afgørelsen fører til, at der skal udbetales et tilskud til patienten, sender Lægemiddelstyrelsen besked til den region, som patienten bor i, om at refundere patienten beløbet. Regionen indsætter beløbet på patientens NemKonto.

8.1.5. Krav til ansøgning om tilskud

En ansøgning om tilskud skal indeholde følgende:

- Kopi af sundhedskort (i særlige tilfælde EU-sygesikringskort eller særligt sundhedskort, jf. afsnit 7.1.9. pkt. 6-8).
- Kopi af recepten
- Specificeret og kvitteret regningsmateriale. Af kvitteringen skal det fremgå, hvilken medicin patienten har købt, hvor det er købt, og hvornår det er købt.
- Kopi eller foto af lægemiddelpakningen. Kopi eller foto af lægemiddelpakningen skal medsendes med henblik på at fastslå lægemidlets indholdsstof, pakningsstørrelse, styrke og lægemiddelform.

Lægemiddelstyrelsen beder i forbindelse med ansøgningen om refusion patienten oplyse, om medicinen er købt i forbindelse med medicinsk nødvendig behandling under et midlertidigt ophold (op til et år) i et andet EU/EØS-land, jf. afsnit 2.

Hvis en medicin har generelt klausuleret tilskud i Danmark, er det en betingelse for at få tilskud til medicinen, at lægen har skrevet "tilskud" på recepten og dermed erklæret, at patienten opfylder tilskudsklausulen for den ordinerede medicin. Hvis patienten søger om tilskud til en medicin, der har generelt

klausuleret tilskud, og recepten ikke er påtegnet "tilskud", vil Lægemiddelstyrelsen bede patienten om at indhente og fremsende lægens erklæring om, hvorvidt patienten opfylder tilskudsklausulen. Hvis patienten har en enkelttilskudsbevilling, giver denne bevilling også ret til tilskud til den pågældende medicin købt i et andet EU/EØS-land.

8.1.6. Beregning og udbetaling af tilskud

Tilskuddet beregnes som udgangspunkt på samme måde, som hvis patienten havde købt sin medicin på et dansk apotek.

Tilskuddet beregnes på baggrund af tilskudsprisen på medicinen i Danmark dog maksimalt forbrugerprisen på den medicin, patienten har købt i et andet EU/EØS-land. Man kan læse mere om tilskudspriser på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside.

Hvis den medicin, som patienten har købt i et andet EU/EØS-land, ikke markedsføres i tilsvarende pakningsstørrelser i Danmark, beregnes tilskuddet på baggrund af den laveste enhedstilskudspris for samtlige pakningsstørrelser på markedet i Danmark, dog maksimalt forbrugerprisen på den medicin, som patienten har købt i det andet EU/EØS-land. Hvis medicinen, som er købt i et andet EU/EØS-land, ikke markedsføres i samme styrke eller med samme aktive indholdsstof i Danmark, vil der ikke være tilskud til medicinen i Danmark. Der kan dog i disse situationer søges om enkelttilskud efter sundhedslovens § 145. Hvis lægemidlet, som er købt i et andet EU/EØS-land, ikke markedsføres i samme lægemiddelform i Danmark, vil der som udgangspunkt ikke være tilskud til medicinen i Danmark. Der kan dog også her søges om enkelttilskud.

En læge i et andet EU/EØS-land kan, hvis der ikke er generelt eller generelt klausuleret tilskud til en medicin i Danmark, på samme måde som en dansk læge ansøge om enkelttilskud til patienten hos Lægemiddelstyrelsen. Dette gælder også de øvrige individuelle tilskud, nemlig kronikertilskud, terminaltilskud og forhøjet tilskud.

Der gælder samme tilskudsprocenter og beløbsgrænser, som gælder for beregning af tilskud til medicin købt i Danmark. Læs mere om de gældende procentsatser og beløbsgrænser på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside under Medicintilskudsgrænser.

Beregning af tilskud sker på grundlag af dagskursen for den pågældende valuta for den dag, Lægemiddelstyrelsen foretager beregningen. Tilskuddet udbetales af regionen til patientens NemKonto.

8.1.7. Eksempel på tilskudsberegning

Patientens CTR-saldo er 4000 kr., og patienten er derfor berettiget til 85 % tilskud. Patienten køber en medicin til et beløb svarende til 110 danske kroner i et andet EU/EØS-land. I Danmark er tilskudsprisen på medicinen 100 kr. Patienten får derfor 85 kr. refunderet af sin region. Patientens CTR saldo efter købet bliver 4100 kr.

Patientens CTR-saldo er 4000 kr., og patienten er derfor berettiget til 85 % tilskud. Patienten køber en medicin til et beløb svarende til 70 danske kroner i et andet EU/EØS-land. I Danmark er tilskudsprisen 100 kr. Patienten får derfor 70 kr. refunderet af sin region. Patientens CTR-saldo efter købet er 4070 kr.

8.1.8. Klageadgang

Lægemiddelstyrelsens afgørelser om tilskud til medicin købt i et andet EU/EØS-land kan ikke påklages til anden administrativ myndighed, jf. sundhedslovens § 168, stk. 3. Lægemiddelstyrelsens afgørelser kan dog indbringes for domstolene.

8.1.9. Forældelse

En ansøgning om tilskud til medicin købt i et andet EU/EØS-land skal være indgivet til Lægemiddelstyrelsen inden 1 år fra det tidspunkt, hvor medicinen blev købt. 1 års fristen beregnes således, at man ikke

medregner den månedsdag, der svarer til den dag, hvorfra fristen regnes. Er ansøgningen ikke indgivet inden for denne 1-årige frist, anses kravet for forældet, jf. sundhedslovens § 168, stk. 4.

I en situation, hvor lægemidlet er købt den 1. september 2014, vil kravet være forældet den 1. september 2015. Det betyder konkret, at kravet skal være indgivet til Lægemiddelstyrelsen senest den 31. august 2015. Dog forkortes fristen til den sidste hverdag inden fristens udløb, hvis fristen udløber i en weekend, på en helligdag, grundlovsdag, den 24. eller den 31. december.

8.2. Direktivets regler om anerkendelse af recepter udstedt i et andet EU/EØS-land

Af direktivets art. 11 fremgår, at hvis et lægemiddel er godkendt på medlemsstatens område, skal medlemsstaten sikre, at recepter udstedt for et sådant lægemiddel i en anden medlemsstat til en bestemt patient kan udleveres på dens område i overensstemmelse med deres gældende nationale lovgivning, og at der ikke er hindringer for anerkendelsen af recepten med mindre disse hindringer er begrænset til det, der er nødvendigt og rimeligt af hensyn til folkesundheden, og ikke udgør et middel til forskelsbehandling, eller baseret på legitim og berettiget tvivl om den pågældende recepts ægthed, indhold eller forståelighed.

8.2.1. Regler om anerkendelse af recepter

Reglerne om anerkendelse af recepter er implementeret med bekendtgørelse om recepter nr. 1671 af den 12. december 2013. Efter reglerne vil recepter udstedt af læger eller tandlæger i andre EU/EØS-lande kunne indløses på et dansk apotek, og recepter udstedt af danske læger eller tandlæger vil kunne indløses på apoteker i andre EU/EØS-lande, når de som minimum indeholder nedenstående oplysninger m.v.

1. Patientens efternavn, fornavn og fødselsdato.
2. Dato for udstedelse af recepten.
3. Lægens eller tandlægens efternavn, fornavn, stillingsbetegnelse, kontaktoplysninger (e-mail og telefonnummer eller fax med landekode), arbejdsadresse (inkl. navn på den pågældende medlemsstat), samt lægens eller tandlægens underskrift (håndskreven eller digital).
4. Det ordinerede lægemiddels INN-navn eller handelsnavn, hvis
 - a) det ordinerede lægemiddel er et biologisk lægemiddel, eller
 - b) lægen eller tandlægen har fundet det medicinsk nødvendigt. Baggrunden herfor skal være anført.
5. Lægemiddelform (tablet, opløsning, etc.), mængde, styrke (udtrykt i mængde pr. dosisenhed, rumfangsenhed eller vægtenhed) og dosering.

Kravene svarer til de krav, der stilles til indholdet af almindelige danske recepter. Den eneste forskel er, at sådanne recepter som hovedregel skal indeholde lægemidlets INN-navn, dvs. aktivstoffet i lægemidlet.

9. Særligt om telemedicin

For sundhedsydelser, der leveres som telemedicin gælder, at ydelserne anses for at være leveret i den EU-medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret. Det gælder såvel ydelser i sygehussektoren som i primærsektoren.

10. Særligt om pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsearbejderes familiemedlemmer med bopæl i et andet EU/EØS-land, som er sygesikrede til udgift for Danmark

Pensionister⁸⁾ og deres familiemedlemmer samt grænsearbejderes familiemedlemmer, som bor i et andet EU/EØS-land og har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter forordningens regler, er også omfattet af reglerne i denne vejledning. Disse persongrupper har således ret til refusion af udgifter til sygehusbehandling og sundhedsydelser uden for sygehusvæsenet, som de modtager i andet land end bopælslandet/Danmark på samme vilkår og betingelser, som gælder for danske sikrede.

I bopælslandet har disse persongrupper ret til tilskud til offentlige sundhedsydelser på samme vilkår som andre offentlige syge(for)sikrede i det pågældende land, men principielt til udgift for Danmark efter

andre regler, nemlig forordningens regler. Reglerne i denne vejledning om tilskud til sundhedsydelser efter direktivets regler, kan derfor ikke anvendes ved modtagelse af sundhedsydelser i bopælslandet, jf. § 18 i ydelsesbekendtgørelsen EU/EØS-land samt § 37, stk. 3, i sygehusbekendtgørelsen.

10.1. Behandling i et andet EU/EØS-land end bopælslandet og Danmark

Pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsearbejderes familiemedlemmer, som bor i et andet EU/EØS-land og har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter forordningens regler, har ret til refusion af udgifter til sygehusbehandling og tilskud til behandling i primærsektoren, når de søger behandling i et andet EU/EØS-land end bopælslandet og Danmark. Dette gælder dog ikke følgende persongrupper:

Pensionister og deres familiemedlemmer med bopæl i Cypern, Irland, Finland, Nederlandene, Norge, Portugal, Spanien, Storbritannien eller Sverige.

Ret til refusion fra Danmark af udgifter til sygehusbehandling og tilskud til ydelser i primærsektoren, der modtages i et andet EU/EØS-land end bopælslandet og Danmark, gælder ikke for pensionister og deres medforsikrede familiemedlemmer, der bor i ovennævnte EU/EØS-lande, som fra Danmark opkræver udgifter til sundhedsydelser ydet i bopælslandet ved årlige faste beløb.⁹⁾ Disse personer skal i stedet søge om tilskud til sundhedsydelser efter direktivet efter lovgivningen i det land, de bor i. Dette følger af artikel 3, c) i direktivet og § 5 i ydelsesbekendtgørelsen samt § 37, stk. 2, i sygehusbekendtgørelsen.

10.2 Behandling i Danmark

Pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsearbejderes familiemedlemmer, som har bopæl i et andet EU/EØS-land, og har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter forordningens regler, har under ophold her i landet ret til alle ydelser efter sundhedsloven, dvs. både planlagt og ikke planlagt behandling i såvel sygehusvæsenet som uden for sygehusvæsenet. Undtagelsen hertil er begravelseshjælp og som hovedregel er planlagt sygehusbehandling også undtaget. Dette følger af § 2, stk. 1 og stk. 3, jf. § 1 i bekendtgørelse nr. 1657 af 27. december 2013 om ret til ydelser i sundhedsloven til visse personer med bopæl i et andet EU/EØS-land. Se afsnit 10.2.1. nedenfor vedr. planlagt sygehusbehandling.

Ydelserne gives af opholdskommunen eller opholdsregionen på samme vilkår som til herboende gruppe 1-sikrede.

Dette betyder bl.a., at disse personer kan rejse til Danmark mhp. at få vederlagsfri behandling hos alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, som har tilsluttet sig en overenskomst.

De har ligeledes ret til befordring eller befordringsgodtgørelse efter reglerne i sundhedslovens §§ 170-172 og befordringsbekendtgørelsen. Befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven ydes mellem patientens bopæl og behandlingsstedet, jf. befordringsbekendtgørelsens § 28, stk. 1. For den nævnte persongruppe anses opholdsstedet her i Danmark som personens bopæl.

Retten til behandling i Danmark dokumenteres som følgende:

- *Pensionister og deres familiemedlemmer:*

EU-sygesikringskortet fra Danmark samt evt. anden relevant dokumentation for, at personen tilhører den berettigede persongruppe.

- *Medforsikrede familiemedlemmer til en dansk sikret grænsearbejder:*

EU-sygesikringskortet fra Danmark samt en kopi af grænsearbejderens særlige sundhedskort.

10.2.1. Planlagt sygehusbehandling i Danmark

Pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsearbejderes familiemedlemmer, som har bopæl i et andet EU/EØS-land, og har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter forordnin-

gens regler, har under ophold her i landet tillige ret til planlagt sygehusbehandling efter sundhedsloven, hvis;

- der er tale om nødvendig medicinsk behandling under midlertidigt ophold i Danmark (se mere om EU-rettens koordineringsregler i afsnit 10.1.) eller
- den pågældende patient efter forordningens regler er henvist til behandling i Danmark, dvs. har en blanket E 112/S2,¹⁰⁾ eller
- den pågældende behandling ifølge bopælslandets lovgivning ikke forudsætter en forhåndsgodkendelse som betingelse for refusion af udgifterne til sygehusbehandlingen, når behandlingen ydes uden for bopælslandet, jf. § 2, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 1657 af 27. december 2013 om ret til ydelser i sundhedsloven til visse personer med bopæl i et andet EU/EØS-land, der implementerer artikel 7,2, b) i direktivet. Se afsnit 10.2.2. nedenfor om lovgivningen i de andre EU/EØS-lande.

Hvis betingelserne for at modtage planlagt sygehusbehandling i Danmark er opfyldt, er patienten omfattet af reglerne om information, frit og udvidet frit sygehusvalg, udredning inden for 1 måned m.v., jf. sygehusbekendtgørelsens bestemmelser i § 12, stk. 1, nr. 2-11, og § 12, stk. 2, og 3, og kapitel 4-9.

10.2.2. Lovgivningen vedr. forhåndsgodkendelse i andre EU/EØS-lande

Som nævnt ovenfor under punkt 9.2.1 afhænger retten til planlagt sygehusbehandling i Danmark efter sundhedsloven af, om den pågældende behandling ifølge bopælslandets lovgivning er omfattet af et forhåndsgodkendelseskrav.

Det beskrives nedenfor, hvilke ordninger de enkelte EU/EØS-lande har:

10.2.2.1. Lande som ikke har forhåndsgodkendelsesordning

Bopæl i Estland, Finland, Island, Lichtenstein, Litauen, Norge, Sverige eller Tjekkiet

Ovennævnte lande har *ikke* indført en ordning med forhåndsgodkendelse i forbindelse med godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser ved landenes implementering af direktivet i den nationale lovgivning eller har endnu ikke implementeret direktivet i deres nationale lovgivning og har derfor ikke en lovgivning, der forudsætter en forhåndsgodkendelse. Sidstnævnte gælder for Island og Lichtenstein.

Pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsarbejderes familiemedlemmer, som har bopæl i disse lande, har derfor under ophold her i landet ret til planlagt sygehusbehandling efter sundhedsloven på samme vilkår som danske sikrede.

10.2.2.2. Lande som har forhåndsgodkendelsesordning

Bopæl i Belgien, Bulgarien, Cypern, Frankrig, Grækenland, Irland, Italien, Kroatien, Letland, Luxembourg, Malta, Nederlandene (Holland), Polen, Portugal, Rumænien, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Tyskland, Ungarn eller Østrig

Ovennævnte lande har indført en ordning med forhåndsgodkendelse i forbindelse med godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser ved landenes implementering af direktivet i den nationale lovgivning.

Pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsarbejderes familiemedlemmer, som har bopæl i disse lande, må derfor fremlægge dokumentation fra sundhedsmyndighederne i bopælslandet for, at den konkrete behandling *ikke er* omfattet af en forhåndsgodkendelsesordning, hvis de skal have vederlagsfri planlagt sygehusbehandling i Danmark.

Hvis dokumentationen fra sundhedsmyndighederne i bopælslandet fastslår, at den konkrete behandling *er omfattet* af en forhåndsgodkendelsesordning i bopælslandet, har patienten *ikke* ret til at modtage

behandlingen vederlagsfrit i Danmark. Det skyldes, at direktivet ikke regulerer dette forhold, der heller ikke er reguleret i den danske sundhedslovgivning.

Hvis der er krav om forhåndsgodkendelse, eller der ikke foreligger dokumentation for, at der ikke er krav om forhåndsgodkendelse, kan der evt. ydes behandling mod betaling efter sygehusbekendtgørelsens § 6. Regionerne kan efter denne bestemmelse yde sygehusbehandling mod betaling for sygehusbehandling til personer, der har tilknytning til et EU/EØS-land, Grønland eller Færøerne, såfremt sygehusbehandlingen kan ydes inden for den eksisterende kapacitet, og såfremt der ikke er private virksomheder, der kan dække efterspørgslen efter disse ydelser i den pågældende region.

Der gælder særlige regler for pensionister og deres familiemedlemmer, som har bopæl i et af de lande, som fra Danmark opkræver udgifter til sundhedsydelser ydet i bopælslandet ved årlige faste beløb. Disse lande omfatter Cypern, Irland, Nederlandene (Holland), Spanien eller Storbritannien. Pensionister og deres familiemedlemmer, som har bopæl i et af disse lande, og som modtager behandling mod betaling efter sygehusbekendtgørelsens § 7 kan efterfølgende søge om refusion af udgifterne efter lovgivningen i bopælslandet.

Pensionister og deres familiemedlemmer som er bosat i et af de øvrige lande med forhåndsgodkendelsesordninger (Belgien, Bulgarien, Cypern, Frankrig, Grækenland, Italien, Kroatien, Letland, Litauen, Luxembourg, Malta, Polen, Portugal, Rumænien, Slovakiet, Slovenien, Tyskland, Ungarn eller Østrig) har derimod ikke ret til refusion af udgifterne hverken i Danmark eller i bopælslandet, hvis de har modtaget planlagt sygehusbehandling mod betaling i Danmark.

Tilsvarende har grænsearbejders familiemedlemmer ikke ret til refusion af udgifterne hverken i Danmark eller i bopælslandet, hvis de har modtaget planlagt sygehusbehandling mod betaling i Danmark.

11. Andre regler om behandling i udlandet og behandling her i landet af patienter fra andre EU/EØS-lande samt Færøerne og Grønland

Reglerne om tilskud til behandling i et andet EU/EØS-land i medfør af patientmobilitetsdirektivet skal som nævnt administreres i sammenhæng med forordning (EF) 883/2004.

Ud over EU-rettens regler om behandling i udlandet er der en række muligheder for at blive henvist til behandling i udlandet i medfør af sundhedslovens § 89 og sygehusbekendtgørelsens kapitel 5 samt sundhedslovens § 167 og bekendtgørelse nr. 945 af 27. august 2014 om offentlig rejsesygesikring ved rejse til Færøerne eller Grønland.

Reglerne er kort beskrevet nedenfor.

11.1. EU-rettens koordineringsregler

I Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger er der fastsat regler om forsikrede personers adgang til sundhedsydelser, der bliver medicinsk nødvendige under et ophold i en anden medlemsstat end forsikrings- eller bopælsstaten. Endvidere indeholder EU-forordningen regler om forsikrede personers ret til at få en tilladelse til behandling i en anden medlemsstat end bopælsstaten.

EU-forordningen koordinerer medlemsstaternes offentlige (lovpligtige) sygesikringsordninger.

Koordineringen indebærer, at forsikrede personer har ret til ydelser i et andet EU/EØS-land på samme vilkår som offentligt sikrede i det land, hvor der søges behandling. En evt. egenbetaling for sundhedsydelser i behandlingslandet, gælder således også for sikrede fra andre EU/EØS-lande.

Forordningens regler omfatter som udgangspunkt sygehuse og klinikker, der er en del af den offentlige sygesikring, eller som det offentlige har aftaler med. Der er derimod kun adgang til ydelser på private klinikker og private hospitaler i det omfang den offentlige sygesikring i det land, hvor der søges behandling, også dækker udgifter til sundhedsydelser, der søges på private klinikker og private hospitaler.

Udgifter til sundhedsydelser, der søges under ophold i et andet EU/EØS-land, afregnes efter forordningens regler som udgangspunkt direkte mellem landenes kompetente myndigheder. En dansk sikret person, der får behov for sygehjælp under ophold i fx Spanien, har således adgang til behandling hos sundhedspersoner i Spanien, der er dækket af en aftale med den spanske offentlige sygesikring, samt til offentlige hospitaler. Udgifterne til sundhedsydelser i Spanien afregnes direkte mellem den danske stat og de spanske myndigheder. Den danske sikrede skal alene betale en eventuel egenbetaling ved fx køb af medicin på samme vilkår som spanske offentligt sygesikrede.

Har en dansk sikret person betalt mere end egenbetalingen for sygehjælp i et andet EU/EØS-land, kan personen henvende sig til Styrelsen for Patientsikkerhed efterfølgende for at få undersøgt mulighederne for at få hel eller delvis refusion af udgifterne efter EF-reglerne. Der skal udfyldes et ansøgningsskema, som skal fremsendes til Styrelsen for Patientsikkerhed sammen med de originale og betalte regninger samt eventuelt bilagsmateriale til Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen for Patientsikkerhed spørger herefter kontaktorganet i det pågældende land, om et beløb kan refunderes. I bekræftende fald udbetaler Styrelsen for Patientsikkerhed refusionsbeløbet direkte til den danske sikrede.

I kraft af reglerne i den nordiske konvention om social sikring gælder de ovenfor omtalte regler for alle borgere, som er bosat og sikret i et nordisk land, også borgere fra 3. lande, når disse rejser mellem de nordiske lande.

11.2. Regionsrådets generelle mulighed for at henvise til behandling i udlandet

Et regionsråd kan altid vælge at tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet, jf. § 25 i sygehusbekendtgørelsen. Dette gælder dog ikke alternativ behandling. Henvisning til højt specialiseret, forskningsmæssig og eksperimentel behandling skal ske i henhold til reglerne herfor, jf. nedenfor.

11.3. Højt specialiseret behandling i udlandet

Et regionsråd skal tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet, hvis patienten forinden har været undersøgt eller behandlet på den sygehusafdeling her i landet, der inden for det pågældende sygdomsområde besidder den højeste indenlandske specialkundskab, og patienten af denne afdeling er indstillet til en nødvendig behandling på en nærmere angivet specialafdeling m.v. i udlandet, når denne behandling ikke kan ydes på et dansk sygehus, jf. sygehusbekendtgørelsens § 26, stk. 1. Henvisningen skal forelægges for Sundhedsstyrelsen til godkendelse, før behandlingen påbegyndes. Det bemærkes, at der efter denne bestemmelse ikke kan henvises til forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling.

11.4. Forskningsmæssig behandling i udlandet

Et regionsråd kan tilbyde en patient henvisning til forskningsmæssig behandling i udlandet, hvis patienten forinden har været undersøgt eller behandlet på en relevant dansk sygehusafdeling med specialfunktion på det pågældende sygdomsområde, og patienten af denne afdeling er indstillet til forskningsmæssig behandling på en nærmere angivet sygehusafdeling m.v. i udlandet, og relevant behandling ikke kan tilbydes på et dansk sygehus, jf. sygehusbekendtgørelsens § 29, stk. 1. Den forskningsmæssige behandling skal opfylde almindeligt anerkendte krav til videnskabelige forsøg og foregå i et samarbejde med et dansk sygehus.

11.5. Eksperimentel behandling i udlandet

Et regionsråd kan tilbyde en patient henvisning til eksperimentel behandling i udlandet, hvis patienten har en livstruende kræftsygdom eller anden lignende livstruende sygdom, hvor etablerede behandlingsmuligheder vurderes udtømte, jf. § 30, stk. 2 og 4. Sundhedsstyrelsens rådgivende panel vedr. eksperimentel behandling rådgiver den behandlende sygehusafdeling om behandling af patienten, herunder om eventuel konkret eksperimentel behandling på et nærmere angivet behandlingssted i udlandet. Forinden

behandling påbegyndes, skal en henvisning med indstilling fra den behandlende sygehusafdeling forelægges for Sundhedsstyrelsen til godkendelse.

For ovenstående regler om behandling i udlandet gælder, at de ikke berøres af reglerne om grænseoverskridende sundhedsydelser i medfør af direktivet.

11.6. Den offentlige rejsesygesikring ved rejse til Færøerne og Grønland

Personer med bopæl i Danmark, der er berettiget til ydelser efter sundhedslovens § 7, stk. 1, dvs. personer, der har bopæl her i landet samt personer, der ikke har bopæl i landet, men som ifølge overenskomster med andre stater eller EF-retten er dansk socialt sikrede, og som derfor er tildelt et særligt sundhedskort, er dækket af den offentlige rejsesygesikring ved midlertidigt ophold på Færøerne eller i Grønland. Det følger af § 3, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 945 af 27. august 2014 om offentlig rejsesygesikring ved rejse til Færøerne eller Grønland. Undtaget er udgifter i forbindelse med sygdom, ulykkestilfælde og dødsfald, der er omfattet af lov om sundhedsvæsenet på Færøerne, samt Grønlands Hjemmestyres landstingsforordning om sundhedsvæsenets ydelser, jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 2.

Den offentlige rejsesygesikring omfatter dækning af udgifter i forbindelse med akut opstået sygdom, ulykkestilfælde eller dødsfald, der indtræder under den første måned af den sikredes ferie- eller studierejse, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 1, samt udgifter til behandling af en eksisterende eller kronisk lidelse, dog ikke hvis det med rimelighed kunne forventes, at sygdommen ville medføre et behov for behandling under udlandsopholdet, jf. § 2, stk. 2. Vurderingen af, om et behandlingsbehov med rimelighed kunne forventes, foretages af den offentlige rejsesygesikring på baggrund af behandlingsforløbet af den konkrete sygdom. Borgeren skal derfor kontakte SOS International, der kan give en konkret, bindende forhåndstilsgagn om, hvorvidt vedkomne vil være omfattet af den offentlige rejsesygesikring.

Den offentlige rejsesygesikring omfatter fuld refusion af udgifter til bl.a. lægehjælp, lægeordineret ophold og behandling på almindeligt sygehus (inkl. operationer og ambulancetransport), indtil den sikrede kan udskrives samt lægeordineret medicin, jf. bekendtgørelsens § 4, stk. 1, nr. 1-7. Ved tilskadekomst skal borgeren rette henvendelse til SOS International alarmcentral på 70 10 50 50.

11.7. Behandling af patienter fra Færøerne og Grønland

Personer med bopæl på Færøerne og i Grønland har efter § 1 i bekendtgørelse nr. 565 af 29. april 2015 om ydelser i praksissektoren m.v. til personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland under midlertidigt ophold her i landet, ret til bl.a. praksissektorens ydelser, jf. sundhedslovens afsnit V. Bekendtgørelsen er udstedt med hjemmel i sundhedslovens § 8, stk. 2. Retten gælder i tilfælde af pludseligt opstået eller forværret sygdom, ulykkestilfælde o. lign., og ydes på samme vilkår som for herboende gruppe 1-sikrede, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 1. Herunder er ydelserne vederlagsfri eller tilskudsberettigede også for færøske og grønlandske patienter.

12. Yderligere information

Styrelsen for Patientsikkerhed (koordinerende nationalt kontaktpunkt)

Styrelsen for Patientsikkerhed vejleder regioner og kommuner samt patientkontorerne i spørgsmål vedr. reglerne om behandling i andre EU/EØS-lande og behandling her i landet af patienter.

Styrelsen for Patientsikkerhed
International Sygesikring
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg
Tlf. 72 28 66 00
Fax: 72 28 66 01

E-mail: pob@patientombuddet.dk

Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside: www.stps.dk

Regionale patientkontorer (nationale kontaktpunkter)

(Kontaktinformation til de regionale patientkontorer kan også findes på www.sum.dk.)

Region Hovedstaden:

Enhed for patientvejledning

Tlf. : 38 64 99 00

Mail: fritvalg@rh.regionh.dk

Amager Hospital

Tlf. : 38 66 66 31

Mail: patientkontoramager@regionh.dk

Bispebjerg Hospital

Tlf. : 38 66 66 32

Mail: patientkontorbispebjerg@regionh.dk

Bornholms Hospital

Tlf. : 38 66 66 33

Mail: patientkontorbornholm@regionh.dk

Frederiksberg Hospital

Tlf. : 38 66 66 34

Mail: patientkontorfrederiksberg@regionh.dk

Gentofte Hospital

Tlf. : 38 66 66 36

Mail: patientkontorgentofte@regionh.dk

Glostrup Hospital

Tlf. : 38 66 66 37

Mail: patientkontorglostrup@regionh.dk

Herlev Hospital

Tlf. : 38 66 66 40

Mail: patientkontorherlev@regionh.dk

Hvidovre Hospital

Tlf. : 38 66 66 42

Mail: patientkontorhvidovre@regionh.dk

Nordsjællands Hospital - Frederikssund

Tlf. : 38 66 66 35

Mail: patientkontorfrederikssund@regionh.dk

Nordsjællands Hospital - Hillerød

Tlf. : 38 66 66 41

Mail: patientkontorhillerod@regionh.dk

Rigshospitalet

Tlf. : 38 66 66 44

Mail: patientkontorrigshospitalet@regionh.dk

Region Sjælland:

Tlf. : 70 15 50 01

Mail: patientvejledningen@regionsjaelland.dk

Region Nordjylland:

Tlf. : 97 64 80 10

Mail: patientkontor@rn.dk

Midtjylland:

Tlf. : 78 41 04 44

Mail: patientkontoret@rm.dk

Syddanmark:

Tlf. : 76 63 14 90

Mail: patientkontoret@rsyd.dk

Sundhedsstyrelsen

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside offentliggøres en liste over de sygehusbehandlinger, der forudsætter en forhåndsgodkendelse forud for gennemførelsen af en behandling i et andet EU/EØS-land, såfremt der ønskes refusion af udgifterne hertil.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside er der adgang til et autorisationsregister med oplysninger om alle sundhedspersoner med en dansk autorisation. Autorisationsregistret indeholder bl.a. oplysninger, om en given sundhedspersons autorisation er gyldig, og om denne er underlagt særlige vilkår som for eksempel skærpet tilsyn. Registret er tilgængeligt på dansk og engelsk.

Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.

13. Oversigt over regler

Europa-Parlamentets og Rådets direktiv nr. 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser m.v. (direktivet)

Lov nr. 1638 af 26. december 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014 af sundhedsloven.

Bekendtgørelse nr. 565 af 29. april 2015 om ydelser i praksissektoren m.v. til personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland under midlertidigt ophold her i landet.

Bekendtgørelse nr. 1355 af 6. december 2010 om betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen.

Bekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Bekendtgørelse nr. 1671 af 12. december 2013 om recepter

Bekendtgørelse nr. 1657 af 27. december 2013 om ret til ydelser i sundhedsloven til visse personer med bopæl i et andet EU-/EØS-land

Bekendtgørelse nr. 1658 af 27. december 2013 om adgang til kommunale og regionale sundhedsydelser, der ikke er sygehusbehandling, til personer fra andre EU/EØS-lande, Færøerne og Grønland

Bekendtgørelse nr. 1659 af 27. december 2013 om de regionale patientkontorers opgaver og funktioner

Bekendtgørelse nr. 470 af 23. maj 2016 om tilskud til sundhedsydelser uden for sygehusvæsenet købt i eller leveret fra andre EU/EØS-lande (ydelsesbekendtgørelsen)

Bekendtgørelse nr. 469 af 23. maj 2016 om ret til sygehusbehandling m.v. (sygehusbekendtgørelsen)

Bekendtgørelse nr. 973 af 28. juni 2016 om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven

Reglerne om koordinering af de sociale sikringsordninger:

Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer og Det Blandede EØS-udvalgs afgørelse nr. 76/2011 af 1. juli 2011 om ændring af bilag VI (social sikring) og protokol 37 til EØS-aftalen (forordningen).

Sundheds- og Ældreministeriet, den 5. juli 2016

SOPHIE LØHDE

/ Mie Damgård Petersen

- 1) Se oversigt over lovgivning, bekendtgørelser m.v. i afsnit 12).
- 2) Se afsnit 6.1. vedr. forhåndsgodkendelse.
- 3) Schweiz er ikke omfattet af direktivet.
- 4) Personer, der ikke er statsborgere i et EU/EØS-land eller Schweiz.
- 5) Tilsvarende vil gælde personer, der har bopæl i Danmark, og som har ret til sundhedsydelser her i landet til udgift for en offentlig sygesikring i et andet EØS-land, når direktivet er implementeret i EØS-landene.
- 6) Det bemærkes, at behandlinger, som ydes i medfør af § 64 i sundhedsloven og §§ 64-65 i overenskomst om speciallægehjælp er omfattet af ydelsesbekendtgørelsen. Derimod er ydelser, som leveres i speciallægepraksis i medfør af en aftale indgået med regionerne efter § 75, stk. 2, i sundhedsloven, omfattet af reglerne i sygehusbekendtgørelsen, herunder kapitel 6 om behandling i andre EU/EØS-lande.
- 7) Det bemærkes, at pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsearbejderes familiemedlemmer, som har bopæl i et andet EU/EØS-land, og som har ret til ydelser efter sundhedsloven i Danmark, som beskrevet i afsnit 9, har ret til sygehusbehandling på samme vilkår som herboende, og de er derfor omfattet af de nævnte bestemmelser om udvidet frit sygehusvalg m.v.
- 8) Førtidspensionister, folkepensionister eller modtagere af tjenestemandspension.
- 9) Jf. bilag 3 i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 987/2009 af 16. september 2009 om de nærmere regler til gennemførelse af forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer eller Det Blandede EØS-udvalgs afgørelse nr. 76/2011 af 1. juli 2011 om ændring af bilag V (social sikring) og protokol 37 til EØS-aftalen.
- 10) Hvilket land, der udsteder blanket E 112/S2, fremgår af afsnit 8.4 i vejledning nr. 9319 om koordinering af sundhedsydelser og visse sociale ydelser for borgere, der rejser mellem EU-landene (EF-forordning nr. 883/2004 om koordinering af sociale sikringsordninger). I vejledningens afsnit 8.1 er det beskrevet, hvorledes der søges om blanketten.

Oversigt over væsentligste elementer vedr. borgernes adgang til behandling i et andet EU/EØS-land efter hhv. direktivet og forordningen

Tabel 1. Væsentligste elementer vedr. borgernes adgang til behandling i et andet EU/EØS-land efter hhv. direktivet og forordningen.¹⁾

	EF-forordning	Direktiv	Bemærkning
Personkreds	Statsborgere i EU/EØS eller Schweiz, visse statsløse eller flygtninge, der er eller har været forsikret i et medlemsland, og disses familiemedlemmer, jf. artikel 2.	Personer, der er omfattet af EF-forordningens regler + 3. landeborgere, der er sygesikret i DK, jf. artikel 3, b). Direktivet gælder ikke i Schweiz.	Kredsen af personer omfattet af direktivets regler er bredere end kredsen af personer omfattet af EF-forordningens regler (3. landeborgere).
Saglige anvendelsesområder	Alle offentlige ydelser ved sygdom og moderskab, inkl. plejeydelser, art. 3.	Alle offentlige sundhedsydelser, undtaget plejeydelser, organ donation og offentlige vaccinationsprogrammer, art. 1, 3).	Omfanget af ydelser omfattet af forordningens regler er bredere end ydelser omfattet af direktivets regler.
Forsikringslandet	"den kompetente stat": Det land hvor en person er socialt sikret, typisk beskæftigelseslandet eller for ikke-erhvervsaktive, bopælslandet, art. 11 og 23-25 for udenlandspensionister.	"forsikringsmedlemsstat": Det land, der efter reglerne i forordningen er kompetent til at give en "forhåndsgodkendelse" til planlagt behandling i udlandet, art. 3, c). Der gælder særlige regler for visse persongrupper, fx udenlandspensionister.	Der er så vidt som muligt skabt parallelitet mellem de to regelsæt for så vidt angår det land, der er ansvarlig for betaling af udgifter til behandling i udlandet.
Omfattede hospitaler og ydere	Offentlige hospitaler og læger, tandlæger m.fl. omfattet af en aftale med det offentlige sundhedsvæsen i behandlingslandet	Private og offentlige hospitaler, klinikker, læger, tandlæger m.fl., art. 3, g).	Forordningen giver (typisk) ikke adgang til ydelser på private hospitaler eller hos private ydere.
Ikke planlagt behandling	En forsikringstager har ret til den behandling, der bliver medicinsk nødvendig under et ophold i et andet land end forsikringslandet (det blå EU-sygesikringskort), art. 19.	Al behandling, såvel planlagt, som ikke planlagt er omfattet af direktivets regler, art. 9. Der kan ikke stilles krav om forhåndsgodkendelse ved behov for akut behandling i udlandet.	Som udgangspunkt anvendes forordningens regler, medmindre en person anmoder om andet. Det vil typisk alene være relevant at anvende direktivets regler, hvis

			a) patienten ikke er dækket af forordningens regler, eller b) behandling gives på et privat hospital/hos en privat yder.
Planlagt behandling	Hvis formålet med en rejse til udlandet er at søge planlagt behandling, skal der søges forhåndsgodkendelse, art. 20.	Planlagt behandling dækkes under direktivets regler. Men dækning kan i visse tilfælde betinges af en forhåndsgodkendelse til modtagelse af behandlingen i udlandet, art. 8. Se afsnit 6.1.4. i vejledningen.	Krav om en forhåndsgodkendelse er mere omfattende efter forordningens regler.
Forhåndsgodkendelse	Forhåndsgodkendelse skal gives, hvis en behandling (i hjemlandet) ikke kan ydes ”inden for en frist, der er lægeligt forsvarlig under hensyn til patientens aktuelle helbreds-tilstand og udsigterne for sygdommens udvikling”.	Forhåndsgodkendelse kan alene afslås, jf. art. 8, hvis ● behandling kan tilbydes rettidigt i Danmark, ● befolkningen vil blive udsat for en væsentlig sikkerhedsrisiko som følge af behandlingen, eller ● behandlingen leveres af en yder, der kan give anledning til alvorlig/konkret bekymring vedr. behandlingens kvalitet og Patientsikkerhed.	Grundlæggende forskel at forordningen fastlægger, hvornår en forhåndsgodkendelse skal gives, direktivet fastlægger alene, hvornår en tilladelse kan afslås. Hvis betingelserne for en forhåndsgodkendelse er opfyldt efter forordningens regler, skal en tilladelse gives efter disse regler, medmindre patienten ønsker andet.
Betaling for behandlingsudgifter	Behandling i udlandet gives på samme vilkår som til offentligt sygesikrede i behandlingslandet. Patienten skal alene betale en evt. egenbetaling. De offentlige behandlingsudgifter afregnes direkte mellem forsikringslandets og behandlingslandets institutioner. Særregel om evt. dækning af en egenbetaling, i tilfælde hvor der er udstedt forhåndsgodkendelse.	Patienten skal selv betale udgifterne til behandlingen i udlandet. Patienten kan efterfølgende søge refusion af det offentlige tilskud, der ville være givet til samme eller lign. behandling, hvis den var ydet i DK. Betingelserne for at få tilskud er de samme, som hvis behandlingen var modtaget i DK. Dvs., hvis der i DK stilles krav om henvisning til en behandling, gælder dette også ved søgning af behand-	Efter direktivets regler refunderes udgifter til behandling i udlandet efter forsikringslandets (hjemlandets) regler, art. 5. Efter forordningens regler skal patienten alene betale en evt. egenbetaling. Den offentlige udgift i behandlingslandet afregnes direkte med patientens forsikringsland.

		ling i udlandet. Limitering i antal behandlinger, hvortil der kan ydes tilskud, gælder også vedr. behandling søgt i udlandet.	
--	--	---	--

- ¹⁾ Reglerne i sundhedslovgivningen, som implementer dele af Europa-Parlamentets og Rådets direktiv nr. 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser m.v. og reglerne i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer.