

Udskriftsdato: 10. januar 2026

VEJ nr 9503 af 25/06/2021 (Gældende)

Vejledning om opkrævning af betaling for akut og fortsat sygehusbehandling af visse personer uden bopæl i Danmark

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundhedsmin., j.nr. 1908287

Vejledning om opkrævning af betaling for akut og fortsat sygehusbehandling af visse personer uden bopæl i Danmark

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
 - 1.1 Vejledningens opbygning
 - 1.2 Lov nr. 272 af 26. marts 2019
 - 1.3 Lov nr. 1184 af 8. juni 2021
 - 1.4 Forholdet til patientmobilitetsdirektivet
2. Sygehusydelser og generelle forhold
 - 2.1 Akut sygehusbehandling
 - 2.2 Fortsat sygehusbehandling
 - 2.3 Medicinsk nødvendig behandling (det blå EU-sygesikringskort)
 - 2.4 Rimelighedsvurdering
 - 2.5 Informeret samtykke
3. Personkreds
 - 3.1 Personer med bopæl i Danmark
 - 3.1.1 Ret til alle sundhedslovens ydelser
 - 3.1.2 Ingen opkrævning af betaling fra herboende dansk sikrede
 - 3.1.3 Refusion for behandling af herboende udenlandsk sikrede
 - 3.2 Personer fra Færøerne og Grønland
 - 3.2.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling
 - 3.2.2 Ingen opkrævning af betaling
 - 3.3 Personer med bopæl i et nordisk land
 - 3.3.1 Ret til medicinsk nødvendig behandling under opholdet
 - 3.3.2 Ingen opkrævning af betaling og ingen refusion med de nordiske lande
 - 3.3.3 Særligt om merudgifter ved hjemrejse
 - 3.4 Dansk sikrede med bopæl i et andet EU/EØS-land eller Schweiz
 - 3.4.1 Ret til alle sundhedslovens ydelser
 - 3.4.2 Ingen opkrævning af betaling
 - 3.5 EU/EØS/schweiziske statsborgere med et EU-sygesikringskort
 - 3.5.1 Ret til medicinsk nødvendig behandling under opholdet
 - 3.5.2 Refusion opkræves fra det pågældende EU/EØS-land eller Schweiz
 - 3.5.3 Ingen refusion med de nordiske lande, Irland, Portugal og Storbritannien
 - 3.6 EU/EØS/schweiziske statsborgere uden et EU-sygesikringskort
 - 3.6.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling eller medicinsk nødvendig behandling
 - 3.6.2 Opkrævning af betaling
 - 3.7 Personer fra lande, som Danmark har bilaterale aftaler om social sikring med – Quebec og Israel
 - 3.7.1 Ret til sundhedsydelser?
 - 3.7.2 Opkrævning af betaling?
 - 3.8 Tredjelandssstatsborgere med et EU-sygesikringskort
 - 3.8.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling eller medicinsk nødvendig behandling?
 - 3.8.2 Opkrævning af betaling fra selvstændigt forsikrede
 - 3.8.3 Opkrævning af refusion for medforsikrede familiemedlemmer og flygtninge og statsløse

- 3.8.4 Ingen afregning med de nordiske lande, Irland, Portugal og Storbritannien
- 3.9 Tredjelandsborgere uden et EU-sygesikringskort
 - 3.9.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling
 - 3.9.2 Opkrævning af betaling
- 3.10 Udenlandske statsborgere, der er beskæftiget her i landet af en udenlandsk stat eller en international organisation, og som har fået opholdstilladelse fra Udenrigsministeriet
- 4. Særlige persongrupper
 - 4.1 Gravide
 - 4.1.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling
 - 4.1.2 Ret til medicinsk nødvendig behandling
 - 4.1.3 Opkrævning af betaling? Opkrævning af refusion
 - 4.2 Børn og unge under 18 år
 - 4.2.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling eller medicinsk nødvendig behandling
 - 4.2.2 Ingen opkrævning af betaling. Opkrævning af refusion
 - 4.3 Udlændinge under Udlændigestyrelsens forsørgelse
 - 4.3.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling
 - 4.3.2 Ingen opkrævning af betaling fra person. Refusion fra Udlændigestyrelsen?
 - 4.4 Uregistrerede migranter
 - 4.4.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling
 - 4.4.2 Opkrævning af betaling?
 - 4.5 Indsatte i Kriminalforsorgens institutioner
 - 4.5.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling
 - 4.5.2 Opkrævning af betaling eller refusion
- 5. Opkrævning af betaling – fremgangsmåden
 - 5.1 Opkrævning af refusion fra andre EU/EØS-lande og Schweiz
 - 5.1.1 Indhentning af patientoplysninger
 - 5.1.2 Afkaldsaftaler
 - 5.1.3 Indberetning af udgifter til Styrelsen for Patientsikkerhed
 - 5.2 Opkrævning af betaling direkte fra patienten
 - 5.2.1 Indhentning af oplysninger
 - 5.2.2 Informeret samtykke
 - 5.2.3 Iværksættelse af behandling
 - 5.2.4 Beregning af pris
 - 5.2.5 Opkrævning af betaling for akut og fortsat sygehusehandling
 - 5.2.6 Rimelighedsbetragtning
 - 5.2.7 Inddrivelse
 - 5.3 Afregning mellem regionerne
 - 5.4 Afregning med Udlændigestyrelsen
- 6. Klageadgang

1. Indledning

Denne vejledning henvender sig primært til regioner, offentlige sygehuse, almen praksis m.fl. Vejledningen kan bruges, når et behandlingssted eller region skal vurdere, hvilken behandling den pågældende person har ret til, og på hvilke vilkår der eventuelt skal opkræves betaling eller refusion.

Vejledningen kan også læses af personer, som har brug for at vide, hvilken akut og fortsat sygehusbehandling den gældende ud fra en lægefaglig vurdering er berettiget til, og om det er en sygehusbehandling, der opkræves betaling for.

Vejledningen knytter sig til følgende lovgivning:

- Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 med senere ændringer
- Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lovbekendtgørelse nr. 995 af 14. juni 2018
- Bekendtgørelse nr. 657 af 28. juni 2019 om ret til sygehusbehandling m.v. med senere ændringer
- Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger (EU-forordningen)
- EU-forordning nr. 987/2009 om de nærmere regler til gennemførelse af EU-forordning nr. 883/2004
- Nordisk Konvention om Social Sikring
- Bekendtgørelse nr. 564 af 29. april 2015 om refusion af offentlige sundhedsudgifter og udgifter til visse sociale ydelser i henhold til overenskomster med andre stater eller til EU-retten
- Bekendtgørelse nr. 279 af 20. marts 2017 om adgang til ydelser efter sundhedsloven for udenlandske statsborger, der er beskæftiget her i landet af en udenlandsk stat eller en international organisation
- Bekendtgørelse nr. 170 af 5. februar 2017 om regionsrådenes levering af sygehuse ydelser m.v. til og samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder
- Bekendtgørelse nr. 290 af 16. april 2018 om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen
- Bekendtgørelse nr. 565 af 29. april 2015 om ydelser i praksissektoren mv. til personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland under midlertidigt ophold her i landet
- Cirkulære nr. 9079 af 22. februar 2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet.

Vejledningen erstatter vejledning nr. 9610 af 4. juli 2019 om opkrævning af betaling for akut og fortsat sygehusbehandling af visse personer uden bopæl i Danmark.

1.1 Vejledningens opbygning

I vejledningens kapitel 2 bliver de vigtigste begreber introduceret. I kapitel 3 beskrives, hvilke persongrupper har ret til hvilke sundhedsydelser, og om der opkræves betaling eller refusion for. Kapitel 4 omhandler særlige persongrupper, hvor beskrivelse af adgang til sundhedsydelser ikke begrænser sig til akut og fortsat sygehusbehandling og opkrævning af betaling herfor. Det har været et ønske fra regionerne og Styrelsen for Patientklager om at skabe mere klarhed over, hvad der gælder de gravide, herunder de gravide med en herboende ægtefælle, registreret partner eller fast samlever, børn, udlændinge under Udlændingestyrelsens forsørgelse, uregistrerede migranter og indsatte. Kapitel 5 handler om regionernes tilrettelæggelse af administrationen i forbindelse med opkrævning af betaling for akut og fortsat sygehusbehandling. Kapitel 6 beskriver klageadgang.

1.2 Lov nr. 272 af 26. marts 2019

Folketinget vedtog d. 14. marts 2019 lov nr. 272 om ændring af sundhedsloven (Betaling for akut og fortsat sygehusbehandling af visse personer uden bopæl i Danmark). Det helt klare udgangspunkt efter loven er, at regionerne opkræver betaling for både akut og fortsat sygehusbehandling, som personer uden bopæl i Danmark modtager under midlertidigt ophold her i landet, og at behandlingen kun i undtagelsestilfælde ydes vederlagsfrit. Betalingen opkræves dog under forudsætning af, at ingen akut syge eller tilskadekomne personer skal kunne nægtes behandling i det offentlige sundhedsvæsen med henvisning til krav om betaling.

Det forudsættes med den foreslåede ordning, at betalingen opkræves direkte fra personen efter modtagelse af behandlingen, og at opkrævning af betaling er en administrativ opgave, som holdes adskilt fra

den sundhedsfaglige behandling. Det medfører, at der forud for behandlingen indhentes alle de oplysninger, der er nødvendige for den efterfølgende opkrævning af betalingen, medmindre der er tale om et øjeblikkeligt behandlingsbehov, hvor det ikke er muligt at indhente oplysningerne forud for behandlingen, f.eks. fordi personen er bevidstløs og/eller bliver bragt ind med ambulance. I disse tilfælde indhentes de nødvendige betalingsoplysninger umiddelbart efter behandlingen. Betaling vil også kunne opkræves fra personens forsikringsselskab, hvis personen har en privat sygeforsikring.

Regionerne skal opkræve betaling for både akut og fortsat sygehusbehandling. Det skal i forbindelse med betaling som udgangspunkt ikke længere være nødvendigt for regionen at skelne mellem akut og fortsat sygehusbehandling.

Loven træder i kraft den 1. juli 2019. Det betyder, at der opkræves betaling for akut og fortsat sygehusbehandling, som påbegyndes på et sygehus den 1. juli 2019 eller senere. Loven finder ikke anvendelse på akut og fortsat sygehusbehandling af personer uden bopæl her i landet, som er påbegyndt før lovens ikrafttrædelse. For sådanne sygehusbehandlinger finder de hidtil gældende regler anvendelse.

1.3 Lov nr. 1184 af 8. juni 2021

Folketinget vedtog d. 11. maj 2021 lov nr. 1184 om ændring af sundhedsloven (Vederlagsfri fortsat sygehusbehandling til personer fra Færøerne og Grønland mv.), som indebærer, at regionerne ikke længere opkræver betaling for fortsat sygehusbehandling af personer fra Færøerne og Grønland.

Loven træder i kraft den 1. juli 2021. Det betyder, at der ikke længere opkræves betaling for fortsat sygehusbehandling af personer fra Færøerne og Grønland, som påbegyndes på et sygehus den 1. juli 2021 eller senere. Loven finder ikke anvendelse på fortsat sygehusbehandling af personer fra Færøerne og Grønland, som er påbegyndt før lovens ikrafttrædelse. For sådanne sygehusbehandlinger finder de hidtil gældende regler anvendelse.

1.4 Forholdet til patientmobilitetsdirektivet

Denne vejledning berører ikke de rettigheder, der følger af Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser.

2. Sygehusydelser og generelle forhold

2.1 Akut sygehusbehandling

Med akut sygehusbehandling forstås den behandling, der gives i medfør af sundhedslovens § 80, stk. 1, og § 5, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 657 af 28. juni 2019. Heraf fremgår, at regionen yder akut sygehusbehandling til personer, som ikke har bopæl her i landet, men som midlertidigt opholder sig i regionen, ved sit eller ved andre regioners sygehusvæsen. Akut sygehusbehandling m.v. ydes i opholdsregionen i tilfælde af ulykke, pludseligt opstået sygdom og fødsel eller forværring af kronisk sygdom m.v.

Vurderingen af, hvorvidt et behandlingsbehov er akut, beror på en konkret lægefaglig vurdering af den enkelte person. Den akutte sygehusbehandling kan omfatte både behandling i akutmodtagelse og indlæggelse på sygehus, herunder akut fødsel, dvs. fødsel uden for termin.

Hvornår det akutte behov er overstået, beror ligeledes på en konkret lægefaglig vurdering af den enkelte person. I mange tilfælde vil der være tale om en glidende overgang. Bestemmelserne overlader dermed et vist rum for fortolkning til den behandlingsansvarlige læge.

2.2 Fortsat sygehusbehandling

Med fortsat sygehusbehandling forstås den behandling, der gives i medfør af sundhedslovens § 80, stk. 2, og § 5, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 675 af 28. juni 2019. Heraf fremgår, at regionen yder

sygehusbehandling til personer, som ikke har bopæl her i landet, men som midlertidigt opholder sig i regionen, når det under de foreliggende omstændigheder ikke skønnes rimeligt at henvise personen til behandling i hjemlandet, herunder Færøerne og Grønland, eller personen ikke tåler at blive flyttet til et sygehus i hjemlandet. Bestemmelsen omfatter efter fast fortolkning fortsat behandling ud over det akutte stadie.

Denne fase vedvarer, til personen (principielt) vil kunne transporteres til behandling i hjemlandet på faglig forsvarlig vis. Dette beror på en lægefaglig vurdering i det konkrete tilfælde, som foretages af regionen, det vil sige sygehuset.

Planlagt sygehusbehandling er ikke omfattet af denne vejledning. Med planlagt behandling forstås behandling, som hverken er akut eller fortsat i henhold til sundhedslovens § 80.

2.3 Medicinsk nødvendig behandling (det blå EU-sygesikringskort)

Med medicinsk nødvendig behandling forstås den behandling, der gives i medfør af EU-forordningens artikel 19.

EU/EØS/schweiziske statsborgere og deres medforsikrede familiemedlemmer, som har et gyldigt EU-sygesikringskort eller en erstatningsattest, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet, har under et midlertidigt ophold i Danmark ret til den behandling, som bliver medicinsk nødvendig, idet der tages hensyn til opholdets længde og behandlingens karakter. Se afsnit 3.5 og 3.8.

Ud over akut og fortsat sygehusbehandling indebærer retten til medicinsk nødvendig behandling, at personer, der har en bestående eller kronisk lidelse, også har ret til ydelser, der relaterer sig til den bestående eller kroniske lidelse, f. eks. en kontrolundersøgelse, fjernelse af gips e.l., der bliver nødvendig under et ophold. Behovet for en given behandling skal opstå, mens man er i landet. Personen kan dog i visse situationer bestille tid til f. eks. en kontrolundersøgelse inden ankomst til landet, hvis formålet med rejsen er andet end at modtage behandlingen her i landet.

Hensigten er, at personen ikke skal være tvunget til at afbryde et ophold og tage til hjemlandet før forventet for at modtage en nødvendig behandling. Formålet er, at personen skal kunne fortsætte sit ophold på sundhedsmæssigt forsvarlige vilkår.

Af kapacitetsgrunde skal nogle livsnødvendige behandlinger, som kun kan ydes på specialiserede medicinske afdelinger og/eller af specialiseret personale og/eller med specialudstyr, aftales mellem personen og det behandlende sygehus i hjemlandet og det relevante sygehus eller myndighederne her i landet i god tid forud for rejsen. Dette gælder bl.a. for dialyse- og oxygenbehandling, særlig astmabehandling og kemoterapi.

Behandlingen, herunder akut og fortsat sygehusbehandling, gives på samme vilkår som til personer med bopæl i Danmark. Regionen opkræver de faktiske udgifter fra det sikringsland, der har udstedt EU-sygesikringskortet.

2.4 Rimelighedsvurdering

Regionen har mulighed for undtagelsesvis at yde sygehusbehandling vederlagsfrit, når regionen under de foreliggende omstændigheder skønner det rimeligt, jf. sundhedslovens § 81, stk. 2. Sådanne undtagelsestilfælde kan f.eks. være hjemløse, uregistrerede migranter og personer, som åbenlyst ikke er i stand til at betale for behandlingen, da betaling opkræves under hensyntagen til, at ingen akut syge eller tilskadekomne personer skal kunne nægtes behandling i det offentlige sundhedsvæsen med henvisning til krav om betaling.

Regionen kan ud over de ovennævnte tilfælde yde akut og fortsat sygehusbehandling vederlagsfrit, når regionen undtagelsesvis under de foreliggende omstændigheder skønner det rimeligt.

Der henvises til kapitel 3 for nærmere beskrivelse af, hvilke persongrupper der som udgangspunkt skal opkræves betaling eller refusion for.

2.5 Informeret samtykke

Den grundlæggende hovedregel er, at al behandling i sundhedsvæsenet skal være baseret på patientens informerede samtykke.

Efter sundhedslovens § 15, stk. 1, må ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre der er tale om mindreårige og patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, samt ved øjeblikkeligt behandlingsbehov.

Efter sundhedslovens § 15, stk. 3, forstås et informeret samtykke efter loven som et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. sundhedslovens § 16.

Patienter har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, jf. sundhedslovens § 16. Begreberne helbredstilstand og behandlingsmuligheder forstås som omfattende alle de oplysninger om f.eks. helbred, sygdomsprognoser og risici, der er relevante for patienten. Såfremt der tilbydes iværksættelse af en behandling, som patienten selv skal betale, skal dette indgå i informationen om behandlingsmulighederne, således at dette kan indgå i patientens samlede overvejelser inden afgivelse af informeret samtykke til behandlingen.

Prisen for akut og fortsat sygehusbehandling tager udgangspunkt i gældende DRG-takster.

Afregningen efter DRG-takst baserer sig på, at diagnosen er kendt, og det er kendt, hvilke procedurer, der skal udføres på patienten, inden der kan udregnes en pris. Det er ofte ikke til at forudse diagnose eller behandlingsbehovet og dermed den forventede udgift på det tidspunkt, hvor patienten indbringes på hospitalet, og behandlingen påbegyndes, da dette vil afhænge af en række konkrete forhold.

Patienten skal forud for behandlingen oplyses om, at patienten skal betale for den pågældende behandling, mens den endelige pris oplyses og selve betalingen opkræves efter behandlingen. Er det estimerede beløb eller interval for DRG-takster for den pågældende behandling kendt af sundhedspersonalet, kan disse naturligvis vejledende oplyses til patienten forud for behandlingen.

Efter sundhedslovens § 17, stk. 1, kan en patient, der er fyldt 15 år, selv give informeret samtykke til behandling.

Det er sundhedspersonen, der er ansvarlig for behandlingen, som er forpligtet til at drage omsorg for, at informeret samtykke til behandlingen indhentes, jf. sundhedslovens § 21, nr. 1.

Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke, jf. sundhedslovens § 15, stk. 2.

Efter sundhedslovens § 19 kan en sundhedsperson, hvis en patient, som midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, og som befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen, indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig.

3. Personkreds

Sundhedsloven sonderer mellem personer, der har bopæl her i landet, det vil sige er tilmeldt Det Centrale Personregister (CPR), og personer, der opholder sig her i landet midlertidigt, det vil sige uden at have bopæl.

Personer, der har bopæl her i landet, har ret til alle sundhedslovens ydelser. Personer, der opholder sig uden at have bopæl, har som udgangspunkt alene ret til akut og fortsat sygehusbehandling, medmindre andet følger af EU-retten og de internationale og bilaterale aftaler.

En person skal kunne dokumentere sin ret til vederlagsfri akut og fortsat sygehusbehandling. Sådant dokumentation kan f.eks. være sundhedskortet, det særlige sundhedskort, det blå EU-sygesikringskort eller en attest, som midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet, en afgørelse fra Udbetaling Danmark eller Styrelsen for Patientklager eller anden dokumentation for den pågældendes ret til vederlagsfrie sundhedsydelser.

Er personen ikke i besiddelse af dokumentationen for retten til vederlagsfri akut og fortsat sygehusbehandling, skal den pågældende som udgangspunkt opkræves betaling.

3.1 Personer med bopæl i Danmark

3.1.1 Ret til alle sundhedslovens ydelser

Personer, der har bopæl i Danmark, har ret til sundhedslovens ydelser, herunder akut og fortsat sygehusbehandling, jf. sundhedslovens § 7, stk. 1. Ved bopæl forstås folkeregistrering i CPR, jf. sundhedslovens § 7, stk. 2.

Personer, der er folkeregistrerede i CPR, har et gult sundhedskort.

Det er en forudsætning for modtagelse af sygehusbehandlingen, at sundhedskortet er gyldigt og ægte og tilhører den person, der fremviser kortet. F.eks. har personer, der er udrejst fra Danmark og frameldt CPR, men som stadig er i besiddelse af et sundhedskort, ikke bopæl i Danmark, og deres sundhedskortet er ikke længere gyldigt. Se dog afsnit 3.4 om særligt sundhedskort.

3.1.2 Ingen opkrævning af betaling fra herboende dansk sikrede

Med herboende dansk sikrede forstås personer, som har bopæl i Danmark og som efter EU-forordningen er omfattet af offentlig dansk sygesikring.

Herboende dansk sikrede personer opkræves ikke betaling for akut og fortsat sygehusbehandling.

Bopælsregionen afholder udgifter til sygehusbehandling m.v. efter sundhedslovens §§ 79, 82 a, 82 b, 83, og 85-88, § 89, stk. 1 og 3, og § 160 a. Det fremgår af sundhedslovens § 235, stk. 1.

Den region, der yder sygehusbehandlingen, kan opkræve bopælsregionen eller opholdsregionen betaling herfor efter reglerne i sundhedslovens afsnit XIX, jf. sundhedslovens § 235, stk. 2.

3.1.3 Refusion for behandling af herboende udenlandsk sikrede

Med herboende udenlandsk sikrede forstås personer, som har bopæl i Danmark, men som efter EU-forordningen er omfattet af offentlig sygesikring i et andet EU/EØS-land eller Schweiz eller som er omfattet af dansk sygesikring til udgift for sygesikringen i et EU/EØS-land eller Schweiz.

Regionen opkræver refusion af udgifter til akut og fortsat sygehusbehandling af herboende udenlandsk sikrede personer fra det EU/EØS-land/Schweiz, hvor eller til udgift for hvilket den pågældende er sygesikret.

Fra Udbetaling Danmark modtager de berørte regioner inden 15. juli i et kalenderår data for første halvår i kalenderåret om sikrede fra andre EU/EØS-lande og Schweiz, der har bopæl i Danmark, og som har ret til offentlige sygehjælpsydelser m.m. i Danmark til udgift for et andet lands sygeforsikring. Data for andet halvår af et kalenderår modtages inden den 15. januar i det efterfølgende år.

Regionerne skal opkræve refusion fra de udenlandske sygeforsikringer af alle de faktiske udgifter til offentlige sundhedsydelser, som udenlandsk sikrede, der bor i Danmark, har modtaget. Det vil sige, udgifter for alle ydelser i sundhedsloven, herunder akut og fortsat sygehusbehandling, der gives til udenlandske sikrede, der bor i Danmark.

Faktiske udgifter omfatter alle udgifter, der er knyttet til den pågældende sygehusbehandling, herunder eventuelle udgifter til ambulancetransport, helikoptertransport, lægebil, tolkebistand, befordring, befor-

dringsgodtgørelse m.v. Faktiske udgifter omfatter også regionens udgifter til behandlingsredskaber, som f.eks. udleveres i forbindelse med behandling af personen, og som kategoriseres som et behandlingsredskab i henhold til afgrænsningscirkulæret, CIR nr. 9079 af 22. februar 2013, og derfor er en del af den samlede sygehusbehandling.

Refusionskrav skal indberettes til Styrelsen for Patientsikkerhed. Der henvises til afsnit 5.1.

3.2 Personer fra Færøerne og Grønland

3.2.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling

Personer fra Færøerne og Grønland har ret til akut og fortsat sygehusbehandling under midlertidigt ophold i Danmark. Det fremgår af sundhedslovens §§ 8, 80 og 81, stk. 3, og sygehusbekendtgørelsens § 9, stk. 1. Med personer fra Færøerne og Grønland forstås personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland, men også hjemløse danske statsborgere med grønlandsk eller færøsk baggrund, der er flyttet til Danmark fra Færøerne eller Grønland, og som opholder sig i Danmark, men uden at være folkeregitrerede med bopæl i CPR i Danmark.

Personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland, der opholder sig her i landet på skoleophold eller i uddannelsesmæssigt øjemed, har ret til sygehusbehandling m.v. på samme vilkår som personer med bopæl her i landet. Det fremgår af § 9, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 657 af 28. juni 2019 om ret til sygehusbehandling m.v.

For ret til ydelser i praksissektoren henvises til bekendtgørelse nr. 565 af 29. april 2015 om ydelser i praksissektoren mv. til personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland under midlertidigt ophold her i landet.

3.2.2 Ingen opkrævning af betaling

Det fremgår af sundhedslovens § 81, stk. 3, at sygehusbehandling efter § 80 er vederlagsfri for personer fra Færøerne og Grønland. Regionen opkræver således ikke betaling for akut og fortsat sygehusbehandling, der ydes personer fra Færøerne og Grønland. Opholdsregionen afholder denne udgift efter sundhedslovens § 237, 2. pkt.

3.3 Personer med bopæl i et nordisk land

3.3.1 Ret til medicinsk nødvendig behandling under opholdet

Alle personer bosat i et nordisk land (Finland, Island, Norge eller Sverige) har under et midlertidigt ophold i Danmark ret til den behandling, som bliver medicinsk nødvendig, idet der tages hensyn til opholdets længde og behandlingens karakter. Dette for at forhindre, at personen skal være tvunget til at tage tilbage til sit bopælsland for at få den nødvendige behandling inden det planlagte opholds ophør. Det følger af Nordisk Konvention om Social Sikring, hvorved EU-forordning nr. 883/2004 også gælder for tredjelandstatsborgere med bopæl i de nordiske lande. Behandlingen, herunder akut og fortsat sygehusbehandling, gives på samme vilkår som til personer med bopæl i Danmark.

Når personer med bopæl i et af de nordiske lande bliver bedt om at dokumentere, at den pågældende er sygesikret i et nordisk land, er det typisk tilstrækkeligt at vise dokumentation for bopælen.

EU-sygesikringskort skal således ikke nødvendigvis medbringes ved rejser i de nordiske lande.

3.3.2 Ingen opkrævning af betaling og ingen refusion med de nordiske lande

Udgifterne til akut og fortsat sygehusbehandling afholdes af opholdsregionen, jf. sundhedslovens § 237, 1. pkt.

Der kan ikke opkræves refusion af udgifter til behandling af personer, der er offentligt sygesikrede som følge af bopælen i et nordisk land. Det skyldes, at Danmark har indgået bilaterale aftaler om helt eller delvist afkald på refusion med de øvrige nordiske lande (Finland, Island, Norge og Sverige). Konsekvensen af disse afkaldsaftaler er, at regionerne ikke kan opkræve refusion af udgifter til medicinsk nødvendig behandling, der ydes til personer bosat i de nordiske lande.

Der kan derfor heller ikke opkræves betaling for akut og fortsat sygehusbehandling fra personer, som har bopæl i et af de øvrige nordiske lande (Finland, Island, Norge eller Sverige).

3.3.3 Særligt om merudgifter ved hjemrejse

For en person, som har bopæl i et nordisk land og er sikret ret til behandling dér, og som under midlertidigt ophold i et andet nordisk land modtager behandling, dækker opholdslandet de merudgifter ved hjemrejse til bopælslandet, som opstår, fordi vedkommende som følge af sygdommen må benytte en rejseform, der er dyrere, end den, han eller hun ellers ville have anvendt. Med merudgifter menes de forskellige udgiftsposter, der følger af den omstændighed, at hjemrejsen af hensyn til personens helbreds-tilstand må foretages på en anden, dyrere måde, end hvad der havde været tilfældet, hvis vedkommende ikke var blevet syg før hjemrejsen. Hvis den syges tilstand kræver behandling under hjemrejsen, eller hvis den pågældende må have ledsager, indgår udgifter dertil også i begrebet merudgifter. Som udgifter regnes derimod ikke udgifter, som opstår ved, at en person anvender en dyrere rejseform end oprindeligt planlagt på grund af en forsinkelse i rejseprogrammet el. lign., der skyldes et sygdomstilfælde.

Ved beregningen af merudgifterne lægges de faktiske udgifter til hjemrejsen til grund. Fra disse udgifter trækkes som hovedregel de beregnede udgifter til det billigste rutegående transportmiddel til bestemmelsesstedet.

Hvis man undtagelsesvis selv arrangerer en særlig hjemtransport, er det myndighederne i opholdslandet, der afgør, om merudgiften kan refunderes. Der skal altid foreligge en skriftlig erklæring fra en læge i opholdslandet, som bekræfter behovet for at benytte en dyrere hjemtransportform.

Reglerne om dækning af udgifter ved hjemrejse fremgår af artikel 7 i Nordisk Konvention om Social Sikring.

3.4 Dansk sikrede med bopæl i et andet EU/EØS-land eller Schweiz

3.4.1 Ret til alle sundhedslovens ydelser

Med dansk sikrede forstås personer, som er dansk sygesikrede i medfør af EU-forordningen og Nordisk Konvention om Social Sikring. Disse personer er f.eks. grænsearbejdere, der arbejder i Danmark og har bopæl i et andet EU/EØS-land eller Schweiz, eller arbejdstagere, der er beskæftiget i Danmark, men udsendes til at udføre et arbejde i et andet EU/EØS-land eller Schweiz.

Disse personer har ret til alle sundhedslovens ydelser, herunder akut og fortsat sygehusbehandling, under ophold i Danmark på samme vilkår som personer med bopæl her i landet.

Personer, som er dansk sygesikrede men som ikke har bopæl her i landet, har et særligt sundhedskort (et gult sundhedskort med et rødt hjørne). Kortet har en udløbsdato, og kortet skal være gyldigt i behandlingsperioden.

3.4.2 Ingen opkrævning af betaling

Personer, der har det særlige sundhedskort, opkræves ikke betaling. Udgifterne afholdes af opholdsregionen efter sundhedslovens § 265.

3.5 EU/EØS/schweiziske statsborgere med et EU-sygesikringskort

3.5.1 Ret til medicinsk nødvendig behandling under opholdet

EU/EØS/schweiziske statsborgere, som har et gyldigt EU-sygesikringskort eller en erstatningsattest, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet, har under et midlertidigt ophold i Danmark ret til den behandling, som bliver medicinsk nødvendig, idet der tages hensyn til opholdets længde og behandlingens karakter. Dette for at forhindre, at personen skal være tvunget til at tage tilbage til sit bopælsland for at få den nødvendige behandling inden det planlagte opholds ophør. Behandlingen, herunder akut og fortsat sygehusbehandling, gives på samme vilkår som til personer med bopæl i Danmark.

Medmindre den pågældende er bosat i et nordisk land (Finland, Island, Norge eller Sverige) eller EU-sygesikringskortet er udstedt af myndighederne i Irland, Portugal eller Storbritannien, skal behandlingsstedet i forbindelse med sygehusbehandlingen sikre sig de nødvendige oplysninger for, at udgifterne for sygehusbehandling af EU/EØS/schweiziske statsborgere efterfølgende kan søges refunderet hos det pågældende sikringsland. Behandlingsstedet skal således som minimum registrere kortnummeret på den pågældendes EU-sygesikringskort, da manglende registrering af kortnummer kan afstedkomme vanskeligheder i at identificere den pågældende person i udenlandske sygeforsikringer og få refusion. Behandlingsstedet kan med fordel tage en kopi af personens EU-sygesikringskort til journalen.

Har personen ikke et gyldigt EU-sygesikringskort med, kan vedkommende selv eller sygehuset efter anmodning – eller hvis det i øvrigt er nødvendigt – henvende sig til sygesikringsmyndigheden i det land, hvor personen er offentligt sygesikret for at få udstedt en erstatningsattest. Denne procedure følger af artikel 25, stk. 1 i EU-forordning nr. 987/2009.

Hvis personen ikke kan fremvise dokumentation for sin sygesikring – enten et EU-sygesikringskort eller en erstatningsattest, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet – og sygehuset heller ikke kan nå at indhente eller modtage denne dokumentation fra personens sikringsland inden personen forlader sygehuset, kan der opkræves betaling fra personen.

EU-sygesikringskortet skal ikke nødvendigvis medbringes ved rejser i de nordiske lande. Når personer fra de andre nordiske lande bliver bedt om at dokumentere, at den pågældende er sygesikret i et nordisk land, er det tilstrækkeligt at vise dokumentation for bopælen.

For behandling af tredjelandsstatsborgere med et EU-sygesikringskort henvises til afsnit 3.8.

For behandling af EU/EØS/schweiziske statsborgere uden et EU-sygesikringskort henvises til afsnit 3.6.

3.5.2 Refusion opkræves fra det pågældende EU/EØS-land eller Schweiz

EU-sygesikringskortet eller erstatningsattesten, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet, dokumenterer retten til behandling på samme vilkår, som til personer med bopæl i Danmark. Det betyder, at når behandlingen er vederlagsfri for personer med bopæl her i landet, er den også vederlagsfri for EU/EØS/schweiziske statsborgere, som har et EU-sygesikringskort eller en erstatningsattest.

Selvom behandlingen er vederlagsfri for EU/EØS/schweiziske statsborgere, som har et EU-sygesikringskort eller en erstatningsattest, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet, skal regionerne opkræve refusion for behandlingsudgifter fra det EU/EØS-land eller Schweiz, der har udstedt EU-sygesikringskortet eller erstatningsattesten, medmindre der er tale om personer, som har bopæl i et af de øvrige nordiske lande (Finland, Island, Norge eller Sverige) eller personer, hvis EU-sygesikringskort er udstedt af Irland, Portugal eller Storbritannien.

Det pågældende land skal fuldt ud betale de faktiske udgifter til sygehjælp, herunder akut og fortsat sygehusbehandling, som gives til en udenlandsk sikret, der midlertidigt opholder sig i Danmark.

Faktiske udgifter omfatter alle udgifter, der er knyttet til den pågældende sygehusbehandling, herunder eventuelle udgifter til ambulancetransport, helikoptertransport, lægebil, tolkebistand, befordring, befor-

dringsgodtgørelse m.v. Faktiske udgifter omfatter også regionens udgifter til behandlingsredskaber, som fx udleveres i forbindelse med behandling af personen, og som kategoriseres som et behandlingsredskab i henhold til afgrænsningscirkulæret, CIR nr. 9079 af 22. februar 2013, og derfor er en del af den samlede sygehusbehandling.

I praksis sendes regningerne mellem landene via centrale forbindelsesorganer. Det danske forbindelsesorgan er Styrelsen for Patientsikkerhed, EU-Sygesikring. Regionerne skal indberette udgifterne elektronisk til Styrelsen for Patientsikkerhed i det såkaldte E 125-system, jf. bekendtgørelse nr. 564 af 29. april 2015 om refusion af offentlige sundhedsudgifter og udgifter til visse sociale ydelser i henhold til overenskomster med andre stater eller til EU-retten.

For opkrævning af betaling for/fra tredjelandsstatsborgere med et EU-sygesikringskort henvises til afsnit 3.8.

3.5.3 Ingen refusion med de nordiske lande, Irland, Portugal og Storbritannien

Udgifterne til akut og fortsat sygehusbehandling afholdes af opholdsregionen, jf. sundhedslovens § 237, 1. pkt.

Der kan ikke opkræves refusion af udgifter til behandling af EU-forordningens personkreds, der er offentligt sygesikrede i lande, som Danmark har bilaterale aftaler med om helt eller delvist afkald på refusion. Sådanne aftaler har Danmark indgået med de øvrige nordiske lande (Finland, Island, Norge og Sverige) samt Irland, Portugal og Storbritannien. Konsekvensen af disse afkaldsaftaler er, at regionerne ikke kan opkræve refusion af udgifter til nødvendig behandling, der ydes til EU-forordningens personkreds fra disse lande.

Der kan derfor heller ikke opkræves betaling for akut og fortsat sygehusbehandling fra personer, som har bopæl i et af de øvrige nordiske lande (Finland, Island, Norge eller Sverige) eller fra personer, hvis EU-sygesikringskort er udstedt af Irland, Portugal eller Storbritannien.

3.6 EU/EØS/schweiziske statsborgere uden et EU-sygesikringskort

Når en EU/EØS/schweizisk statsborger ikke er i besiddelse af et EU-sygesikringskort, kan det skyldes, at personen ikke har medbragt et EU-sygesikringskort, eller at personen ikke er berettiget til et EU-sygesikringskort, fordi den pågældende ikke er offentligt sygesikret og dermed heller ikke omfattet af EU-forordningens regler. Sidstnævnte kan f.eks. være en tysk arbejdstager, som vælger at lade sig privatforsikre i Tyskland, eller en pensionist, som udelukkende modtager privat pension.

3.6.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling eller medicinsk nødvendig behandling

EU/EØS/schweiziske statsborgere, som ikke har et EU-sygesikringskort, har ret til akut og fortsat sygehusbehandling under ophold i Danmark.

Personer med bopæl i et af de nordiske lande (Finland, Island, Norge eller Sverige) har ret til medicinsk nødvendig behandling under ophold i Danmark. Det er tilstrækkeligt, at disse personer dokumenterer, at de har bopæl i et nordisk land.

3.6.2 Opkrævning af betaling

Hvis personen ikke har medbragt et EU-sygesikringskort eller en erstatningsattest, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet, eller der opstår tvivl om, hvorvidt en person er sygeforsikret i et andet nordisk land, opkræver regionerne betaling fra personen.

Personen kan herefter søge refusion under ophold i Danmark mod forevisning af sit EU-sygesikringskort/dokumentation for sygesikring i et andet nordisk land el. lign. Hvis den pågældende ikke har søgt refusion under ophold i Danmark, kan den pågældende søge refusion af de betalte udgifter gennem sin hjemlige sygesikring.

Regionen opkræver betaling for akut og fortsat sygehusbehandling fra EU/EØS/schweiziske statsborgere, som ikke har et EU-sygesikringskort eller en erstatningsattest, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet – også i den situation, hvor der er anmodet om en erstatningsattest fra personens sygesikring, men hvor attesten ikke når at komme frem til sygehuset, førend personen forlader sygehuset.

Der kan ikke opkræves betaling fra personer med bopæl i et af de nordiske lande (Finland, Island, Norge og Sverige) eller som er offentligt sygesikrede i Irland, Portugal eller Storbritannien, da Danmark har indgået afkaldsaftale med disse lande. Personer fra Irland, Portugal eller Storbritannien, som ikke er omfattet af EU-forordningen, fordi den pågældende f. eks. er privatforsikret, opkræves betaling.

3.7 Personer fra lande, som Danmark har bilaterale aftaler om social sikring med – Québec og Israel

3.7.1 Ret til sundhedsydelser?

For så vidt angår Danmarks bilaterale aftaler om social sikring, afhænger det af den enkelte aftales indhold, i hvilket omfang statsborgere fra disse lande er berettigede til sundhedsydelser i Danmark.

Det er kun aftalen mellem Danmark og Québec og aftalen mellem Danmark og Israel, der indeholder bestemmelser om sygesikring ud over til personer, der er bopælsregistrerede i Danmark.

Således har visse canadiske statsborgere med bopæl i Québec, flygtninge, statsløse og enhver anden person, der er eller har været omfattet af lovgivningen i Québec, ret til sundhedsydelser i Danmark, såfremt de er på midlertidigt ophold i Danmark for at arbejde, studere eller er udsendt. Dette gælder også for de familiemedlemmer, der ledsager dem. Retten fremgår af overenskomsten mellem Danmark og Québec om social sikring af 1987.

Gravide kvinder fra Israel har under midlertidigt ophold i Danmark ret til sygehusbehandling i forbindelse med fødsel, forudsat de har ret til tilsvarende sygehjælp i Israel. Dette gælder dog kun, såfremt formålet med opholdet ikke er at føde i Danmark. Retten fremgår af konventionen mellem Danmark og Israel om social sikring af 1995.

For nærmere vejledning om aftalernes indhold henvises til Styrelsen for Patientsikkerhed, EU-sygesikring.

3.7.2 Opkrævning af betaling?

For så vidt angår Danmarks bilaterale aftaler om social sikring, er det kun aftalen mellem Danmark og Québec og aftalen mellem Danmark og Israel, der indeholder bestemmelser om ret til sygehusbehandling uden bopælsregistrering. Der kan ikke opkræves betaling for behandling, som falder inden for rammerne af disse to aftaler.

Danmarks konventioner om social sikring kan findes på borger.dk

3.8 Tredjelandssstatsborgere med et EU-sygesikringskort

Ved Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 1231/2010/EU af 24. november 2010 er bestemmelserne i EU-forordningen og forordning nr. 987/2009/EF udvidet til også at gælde for tredjelandssstatsborgere, der ikke er flygtninge, statsløse eller medforsikrede familiemedlemmer. Forordningen er imidlertid ikke bindende for og finder ikke anvendelse i Danmark, idet den er vedtaget med hjemmel i traktaten om den Europæiske Unions funktionsmåde, artikel 79, stk. 2, litra b, der er omfattet af Danmarks retlige forbehold.

Konsekvenserne heraf med hensyn til ret til behandling og opkrævning af betaling herfor er beskrevet nedenfor.

3.8.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling eller medicinsk nødvendig behandling?

Selvstændigt sikrede

Tredjelandssstatsborgere, som er selvstændigt offentligt sygesikrede i et andet EU/EØS-land eller Schweiz, f.eks. som arbejdstagere, og til hvem der er udstedt EU-sygesikringskort eller erstatningsattest, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet, har under ophold i Danmark alene ret til akut og fortsat sygehusbehandling.

Tredjelandssstatsborgere, som har bopæl i et nordisk land (Finland, Island, Norge eller Sverige), har under ophold i Danmark ret til medicinsk nødvendig behandling, idet der tages hensyn til opholdets længde og behandlingens karakter.

Medforsikrede familiemedlemmer

Med ”medforsikret familiemedlem” på sygehjælpsområdet forstås en person, som er omfattet af EU-forordningens regler for familiemedlemmer, i det omfang den pågældende ikke er selvstændig sikret, f. eks. fordi den pågældende ikke udøver lønnet beskæftigelse i et medlemsland.

Tredjelandssstatsborgere, som er medforsikrede familiemedlemmer til en offentligt sygesikret EU/EØS/schweizisk statsborger i et andet EU/EØS-land eller Schweiz, og til hvem der er udstedt EU-sygesikringskort eller erstatningsattest, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet, har under ophold i Danmark ret til medicinsk nødvendig behandling, idet der tages hensyn til opholdets længde og behandlingens karakter.

Medmindre den pågældende er bosat i et nordisk land (Finland, Island, Norge eller Sverige) eller EU-sygesikringskortet er udstedt af myndighederne i Irland, Portugal eller Storbritannien, skal behandlingsstedet i forbindelse med sygehusbehandlingen sikre sig de nødvendige oplysninger for, at udgifterne for sygehusbehandling af EU/EØS/schweiziske statsborgere efterfølgende kan søges refunderet hos det pågældende sikringsland. Behandlingsstedet skal således som minimum registrere kortnummeret på den pågældendes EU-sygesikringskort, da manglende registrering af kortnummer kan afstedkomme vanskeligheder i at identificere den pågældende person i udenlandske sygeforsikringer og få refusion. Behandlingsstedet kan med fordel tage en kopi af personens EU-sygesikringskort til journalen.

Flygtninge og statsløse

Med flygtninge og statsløse forstås personer, som er omfattet af hhv. artikel 1 i konventionen om flygtnings retsstilling, undertegnet i Geneve i 1951 og med en protokoltilføjelse i 1967, og artikel 1 i konventionen om statsløse personers retsstilling, undertegnet i New York i 1954.

Flygtninge og statsløse bosat i et EU/EØS-land eller Schweiz og deres familiemedlemmer, til hvem der er udstedt et EU-sygesikringskort eller en erstatningsattest, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet, har under ophold i Danmark ret til medicinsk nødvendig behandling, idet der tages hensyn til opholdets længde og behandlingens karakter.

Medmindre personen er bosat i et nordisk land (Finland, Island, Norge eller Sverige) eller deres EU-sygesikringskort er udstedt af myndighederne i Irland, Portugal eller Storbritannien, skal behandlingsstedet i forbindelse med sygehusbehandlingen sikre sig de nødvendige oplysninger for, at udgifterne for sygehusbehandlingen efterfølgende kan søges refunderet hos det pågældende sikringsland. Behandlingsstedet skal således som minimum registrere kortnummeret på den pågældendes EU-sygesikringskort, da manglende registrering af kortnummer kan afstedkomme vanskeligheder i at identificere den pågældende person i udenlandske sygeforsikringer og få refusion. Behandlingsstedet kan med fordel tage en kopi af personens EU-sygesikringskort til journalen.

3.8.2 Opkrævning af betaling fra selvstændigt sikrede

Tredjelandssstatsborgere, som er selvstændigt offentligt sygesikrede i et andet EU/EØS-land eller Schweiz, opkræves betaling for akut og fortsat sygehusbehandling, fordi regionerne ikke kan opkræve refusion af udgifter til behandling af disse tredjelandssstatsborgere fra det EU/EØS-land eller Schweiz, der har udstedt EU-sygesikringskortet. Det kan f. eks. være en canadisk statsborger, som er gift med en belgisk statsborger, og som begge bor og arbejder i Belgien, eller en australsk statsborger, som bor i Frankrig og modtager social pension fra Frankrig. Har personen bopæl i et nordisk land (Finland, Island, Norge eller Sverige), afholder opholdsregionen udgiften efter sundhedslovens § 237, 1. pkt.

3.8.3 Opkrævning af refusion for medforsikrede familiemedlemmer og flygtninge og statsløse

For tredjelandssstatsborgere, som er medforsikrede familiemedlemmer, og flygtninge og statsløse bosat i et EU/EØS-land eller Schweiz og deres familiemedlemmer, skal regionerne opkræve refusion for behandlingen fra det EU/EØS-land eller Schweiz, der har udstedt EU-sygesikringskortet eller erstatningsattesten, medmindre der er tale om personer, som har bopæl i et af de øvrige nordiske lande (Finland, Island, Norge eller Sverige) eller personer, hvis EU-sygesikringskort er udstedt af Irland, Portugal eller Storbritannien. I disse tilfælde afholder opholdsregionen udgiften efter sundhedslovens § 237, 1. pkt.

Det pågældende land skal fuldt ud betale de faktiske udgifter til sygehjælp, herunder akut og fortsat sygehusbehandling, som gives til en udenlandsk sikret, der opholder sig i Danmark.

Faktiske udgifter omfatter alle udgifter, der er knyttet til den pågældende sygehusbehandling, herunder eventuelle udgifter til ambulancetransport, helikoptertransport, lægebil, tolkebistand, befordring, befordringsgodtgørelse m.v. Faktiske udgifter omfatter også regionens udgifter til behandlingsredskaber, som fx udleveres i forbindelse med behandling af personen, og som kategoriseres som et behandlingsredskab i henhold til afgrænsningscirkulæret, CIR nr. 9079 af 22. februar 2013, og derfor er en del af den samlede sygehusbehandling.

I praksis sendes regningerne mellem landene via centrale forbindelsesorganer. Det danske forbindelsesorgan er Styrelsen for Patientsikkerhed, EU-Sygesikring. Regionerne skal indberette udgifterne elektronisk til Styrelsen for Patientsikkerhed i det såkaldte E 125-system, jf. bekendtgørelse nr. 564 af 29. april 2015 om refusion af offentlige sundhedsudgifter og udgifter til visse sociale ydelser i henhold til overenskomster med andre stater eller til EU-retten.

For opkrævning af betaling fra tredjelandssstatsborgere uden et EU-sygesikringskort henvises til afsnit 3.9.

3.8.4 Ingen afregning med de nordiske lande, Irland, Portugal og Storbritannien

Der kan ikke opkræves betaling for akut og fortsat sygehusbehandling fra personer, som har bopæl i et af de øvrige nordiske lande (Finland, Island, Norge eller Sverige) eller fra personer, hvis EU-sygesikringskort er udstedt af Irland, Portugal eller Storbritannien.

Der kan ikke opkræves refusion af udgifter til behandling af EU-forordningens personkreds, der er offentligt sygesikrede i lande, som Danmark har bilaterale aftaler med om helt eller delvist afkald på refusion. Sådanne aftaler har Danmark indgået med de øvrige nordiske lande (Finland, Island, Norge og Sverige) samt Irland, Portugal og Storbritannien. Konsekvensen af disse afkaldsaftaler er, at regionerne ikke kan opkræve refusion af udgifter til nødvendig behandling, der ydes til EU-forordningens personkreds fra disse lande.

Udgifterne til akut og fortsat sygehusbehandling af disse personer afholdes af opholdsregionen, jf. sundhedslovens § 237, 1. pkt.

3.9 Tredjelandsborgere uden et EU-sygesikringskort

Med tredjelandsborgere forstås personer, som ikke er omfattet af EU-forordningen.

3.9.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling

Tredjelandsborgere uden et EU-sygesikringskort har ret til akut og fortsat sygehusbehandling.

Personer med bopæl i et af de nordiske lande (Finland, Island, Norge eller Sverige) har ret til medicinsk nødvendig behandling under ophold i Danmark. Det er tilstrækkeligt, at disse personer dokumenterer, at de har bopæl i et nordisk land.

3.9.2 Opkrævning af betaling

Regionen opkræver betaling fra tredjelandsborgere uden et EU-sygesikringskort eller en erstatningsattest. Det kan f.eks. være turister fra USA eller Kina, men også danskere med bopæl i f.eks. Thailand, som er på familiebesøg i Danmark.

Der kan ikke opkræves betaling for behandling af tredjelandsborgere, der er eller har været omfattet af offentlig sygesikring i et andet EU/EØS-land/Schweiz, hvis de er medforsikrede til et familiemedlem, der har registreret sin bopæl i Danmark og fået udstedt et sundhedskort. Tredjelandsborgeren har ret til et særligt sundhedskort, mens denne afventer bopælsregistrering.

3.10 Udenlandske statsborgere, der er beskæftiget her i landet af en udenlandsk stat eller en international organisation, og som har fået opholdstilladelse fra Udenrigsministeriet

Udgangspunktet er, at udenlandske statsborgere, der er beskæftiget her i landet af en udenlandsk stat eller en international organisation, og som har fået opholdstilladelse fra Udenrigsministeriet, mod betaling har ret til akut og fortsat sygehusbehandling. Reglerne gælder tilsvarende for medfølgende familiemedlemmer, der også har fået opholdstilladelse fra Udenrigsministeriet.

Som undtagelse hertil har disse personer dog ret til alle sundhedslovens ydelser, når de er berettigede til det særlige sundhedskort eller er omfattet af kildeskattelovens § 1 (fuldt skattepligtige til Danmark), jf. bekendtgørelse nr. 279 af 20. marts 2017 om adgang til ydelser efter sundhedsloven for udenlandske statsborgere, der er beskæftiget her i landet af en udenlandsk stat eller en international organisation. Reglerne gælder tilsvarende for medfølgende familiemedlemmer, der også har fået opholdstilladelse fra Udenrigsministeriet. Denne behandling er ikke pålagt en betalingsforpligtelse, og disse personer skal således ikke opkræves betaling.

Udbetaling Danmark træffer afgørelse om disse personers sygesikringsforhold.

Om personer med et EU-sygesikringskort samt om opkrævning af refusion af udgifter til behandling af personer med et EU-sygesikringskort henvises til afsnit 3.5.

4. Særlige persongrupper

4.1 Gravide

4.1.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling

Alle gravide har adgang til hjælp til akut fødsel, dvs. fødsel uden for termin. Efter praksis betragtes en fødsel som til termin, når den finder sted fra uge 37 + 0 til uge 41 + 6.

Kvinder, som ikke har bopæl i Danmark, har dog ret til fødselshjælp, hvis de kommer til et sygehus og er i fødsel, selvom fødslen finder sted til planlagt tid.

De gravide, som har en herboende ægtefælle, registreret partner eller fast samlever, og som har søgt om familiesammenføring, og som føder her i landet, inden der er truffet afgørelse om, hvorvidt der kan meddeles opholdstilladelse, har ret til vederlagsfri fødselshjælp – også til termin – under forudsætning af, at den pågældende har ret til at være i landet under sagens behandling, dvs. er meddelt processuelt ophold.

De gravide skal som dokumentation over for sygehusene forevise det kvitteringsbrev, som Udlændingestyrelsen udarbejder efter modtagelsen af en ansøgning om familiesammenføring. Hvis ansøgningen om familiesammenføring er indgivet i Danmark, vil det fremgå af kvitteringsbrevet, at den pågældende har ret til at blive her i landet på processuelt ophold, indtil styrelsen har truffet afgørelse i sagen.

Sygehuspersonalet/regionen kan kontakte Udlændingestyrelsen efter behov, dvs. særligt i tilfælde, hvor der kan opstå tvivl om, hvorvidt den gravide har ret til at opholde sig her i landet.

4.1.2 Ret til medicinsk nødvendig behandling

En gravid kvinde, der er forsikret i et andet EU-/EØS-land eller Schweiz og dermed har et EU-sygesikringskort, har under ophold i Danmark ret til ydelser i forbindelse med graviditet og fødsel på samme vilkår som herboende kvinder, men der skal foretages en afvejning af det medicinske behov for ydelser under hensyn til længden af den gravide kvindes ophold i landet. Dette har særlig betydning for vurderingen af behovet for graviditetsundersøgelser under ophold i landet. En gravid kvinde, der er på 1-2 ugers besøg i landet, vil typisk ikke have behov for (ikke-akutte) graviditetsundersøgelser, mens en kvinde, der skal være 2-3 måneder her i landet, typisk vil have behov for (ikke-akutte) graviditetsundersøgelser. Vurderingen af behovet afhænger dog også af, hvornår i graviditetsforløbet kvinden opholder sig her i landet.

4.1.2 Opkrævning af betaling? Opkrævning af refusion

Der opkræves ikke betaling for sygehusbehandling i forbindelse med akut fødsel, dvs. fødsel uden for termin. Efter praksis betragtes en fødsel som til termin, når den finder sted fra uge 37 + 0 til uge 41 + 6.

I situationer, hvor fødslen sker til termin og således ikke er akut, opkræver regionen betaling, medmindre det under de foreliggende omstændigheder skønnes rimeligt at yde behandlingen vederlagsfrit. Sådanne undtagelsestilfælde kan f.eks. hjemløse, uregistrerede migranter og personer, som åbenlyst ikke er i stand til at betale for behandlingen. Det gælder endvidere de gravide, som har søgt om opholdstilladelse i forbindelse med familiesammenføring og som har en herboende ægtefælle, registreret partner eller fast samlever, og som afventer bopælsregistrering og føder her i landet inden bopælsregistreringen. Der kan herudover være konkrete tilfælde, hvor regionen vurderer, at behandlingen ydes vederlagsfrit.

Regionen opkræver refusion fra det pågældende EU/EØS-land eller Schweiz i tilfælde, hvor graviditetsundersøgelser og fødselshjælp er givet som medicinsk nødvendig behandling. I tilfælde, hvor det kan godtgøres, at en gravid kommer til Danmark alene med det formål at føde her, kan der stilles krav om en blanket S 2 fra kvindens sikringsland, såfremt kvinden ønsker udgifterne til undersøgelse og fødsel dækket af sin offentlige sygesikring. Det faktum, at en gravid kommer til Danmark for at tilbringe en del af sin barselsorlov her, indebærer ikke, at formålet med opholdet er at føde her, selvom tidspunktet for den forventede fødsel indtræder under opholdet.

4.2 Børn og unge under 18 år

4.2.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling eller medicinsk nødvendig behandling

Alle børn og unge under 18 år har ret til akut og fortsat sygehusbehandling.

EU/EØS/schweiziske statsborgere med et EU-sygesikringskort har ret til medicinsk nødvendig behandling under ophold i Danmark.

4.2.2 Ingen opkrævning af betaling. Opkrævning af refusion

Regionen opkræver ikke betaling for akut og fortsat sygehusbehandling af børn og unge under 18 år.

Fylder den pågældende 18 år under et behandlingsforløb, vil det være naturligt, at regionen afholder udgiften for færdiggørelse af den påbegyndte behandling.

Der kan imidlertid godt opkræves refusion for behandling af børn under 18 år efter EU-reglerne.

4.3 Asylansøgere og udlændinge uden lovligt ophold

4.3.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling

Asylansøgere og udlændinge uden lovligt ophold får udgifterne til underhold og nødvendige sundhedsmæssige ydelser dækket af Udlændingestyrelsen – den sidstnævnte gruppe dog kun, hvis det er nødvendigt af hensyn til forsørgelsen af udlændingen, jf. udlændingelovens § 42 a, stk. 1-2, dog jf. stk. 3-4. Udlændinge, der er omfattet af Udlændingestyrelsens forsørgelse, har ret til akut og fortsat sygehusbehandling i sundhedslovens forstand.

4.3.2 Ingen opkrævning af betaling fra person. Refusion fra Udlændingestyrelsen?

Udlændinge under Udlændingestyrelsens forsørgelse, herunder asylansøgere og udlændinge uden lovligt ophold m.fl., opkræves ikke betaling for akut sygehusbehandling.

Opholdsregionen afholder udgiften til akut sygehusbehandling.

Udgifterne til fortsat sygehusbehandling af disse personer dækkes af Udlændingestyrelsen, hvis Udlændingestyrelsen vurderer, at der er tale om en nødvendig sundhedsmæssig ydelse omfattet af udlændingelovens § 42 a, stk. 1-2, jf. dog stk. 3-4.

Det er en betingelse for, at Udlændingestyrelsen kan afholde udgifterne til fortsat sundhedsbehandling, at styrelsen forud for iværksættelsen heraf konkret har tilkendegivet, at styrelsen vurderer, at udlændingelovens betingelser er opfyldt. Det skal i hvert enkelt tilfælde dokumenteres, at den konkrete behandling er nødvendig i betydningen smertelindrende og/eller uopsættelig.

Udgifterne til fortsat sundhedsbehandling, som skal afholdes af Udlændingestyrelsen, skal afregnes med Udlændingestyrelsen gennem kaution, som ansøges via det asylcenter, som den konkrete udlænding er indkvarteret i eller tilknyttet.

4.4 Uregistrerede migranter

Med uregistrerede migranter i vejledningen forstås den gruppe af udlændinge, som opholder sig her i landet uden myndighedernes accept og viden.

4.4.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling

Uregistrerede migranter har ret til akut og fortsat sygehusbehandling.

4.4.2 Opkrævning af betaling?

Det fremgår af lovbemærkningerne, at regionerne opkræver betaling for akut og fortsat sygehusbehandling, medmindre regionen under de foreliggende omstændigheder skønner det rimeligt at yde behandlingen vederlagsfrit. Sådanne undtagelsestilfælde kan f.eks. være hjemløse, uregistrerede migranter og personer, som åbenlyst ikke er i stand til at betale for behandlingen. Der kan herudover være konkrete tilfælde, hvor regionen vurderer, at behandlingen ydes vederlagsfrit.

4.5 Indsatte i Kriminalforsorgens institutioner

4.5.1 Ret til akut og fortsat sygehusbehandling

Indsatte i Kriminalforsorgens institutioner, som ikke har et gyldigt sundhedskort, har ret til akut og fortsat sygehusbehandling.

4.5.2 Opkrævning af betaling eller refusion

Der opkræves betaling for akut og fortsat sygehusbehandling fra indsatte i Kriminalforsorgens institutioner uden et gyldigt sundhedskort.

Er den indsatte i besiddelse af et EU-sygesikringskort, opkræver regionerne refusion for behandlingsudgifter fra det EU/EØS-land eller Schweiz, der har udstedt EU-sygesikringskortet eller en attest, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet, medmindre der er tale om personer, som har bopæl i et af de øvrige nordiske lande (Finland, Island, Norge eller Sverige) eller personer, hvis EU-sygesikringskort er udstedt af Irland, Portugal eller Storbritannien.

5. Opkrævning af betaling – fremgangsmåden

Det klare udgangspunkt er, at regionerne opkræver betaling for akut og fortsat sygehusbehandling, som ydes til personer, som midlertidigt opholder sig i Danmark uden at være folkeregistrerede i CPR, og at behandlingen kun undtagelsesvis ydes vederlagsfrit.

5.1 Opkrævning af refusion fra andre EU/EØS-lande og Schweiz

Det følger af EU-forordningen og forordning 987/2009/EF, at regionen som udgangspunkt opkræver refusion for de faktiske udgifter til behandling, herunder akut og fortsat sygehusbehandling, af personer, som er omfattet af EU-forordningen og som er i besiddelse af et gyldigt EU-sygesikringskort. Refusionen opkræves fra det land, der har udstedt EU-sygesikringskortet. Undtagelser er lande med afkaldsaftaler, som nævnes i afsnit 5.1.2.

5.1.1 Indhentning af patientoplysninger

Medmindre personen er bosat i et nordisk land (Finland, Island, Norge eller Sverige) eller EU-sygesikringskortet er udstedt af myndighederne i Irland, Portugal eller Storbritannien, skal behandlingsstedet i forbindelse med sygehusbehandlingen sikre sig de nødvendige oplysninger for, at udgifterne for sygehusbehandling af EU/EØS/schweiziske statsborgere efterfølgende kan søges refunderet hos det pågældende sikringsland. Behandlingsstedet skal således som minimum registrere kortnummeret på den pågældendes EU-sygesikringskort, da manglende registrering af kortnummer kan afstedkomme vanskeligheder i at identificere den pågældende person i udenlandske sygeforsikringer og få refusion. Behandlingsstedet kan med fordel tage en kopi af personens EU-sygesikringskort til journalen.

Har personen ikke et gyldigt EU-sygesikringskort med, kan vedkommende selv eller sygehuset efter anmodning – eller hvis det i øvrigt er nødvendigt – henvende sig til sygesikringsmyndigheden i det land, hvor personen er offentligt sygesikret for at få udstedt en erstatningsattest.

Kan EU-sygesikringskortet eller erstatningsattesten ikke skaffes, inden personen forlader sygehuset, kan regionen opkræve betaling fra personen.

Efter EU-forordningen og forordning 987/2009/EF skal det pågældende EU/EØS-land/Schweiz fuldt ud betale de faktiske udgifter til den sygehjælp, som gives til personer, der bor eller midlertidigt opholder sig i et andet EU/EØS-land eller i Schweiz.

Faktiske udgifter omfatter alle udgifter, der er knyttet til den pågældende sygehusbehandling, herunder eventuelle udgifter til ambulancetransport, helikoptertransport, lægebil, tolkebistand, befordring, befordringsgodtgørelse m.v. Faktiske udgifter omfatter også regionens udgifter til behandlingsredskaber, som fx udleveres i forbindelse med behandling af personen, og som kategoriseres som et behandlingsredskab i henhold til afgrænsningscirkulæret, CIR nr. 9079 af 22. februar 2013, og derfor er en del af den samlede sygehusbehandling.

Der kan ikke opkræves refusion, i det omfang landene har indgået gensidige aftaler om, at der gives afkald på refusion af udgifter til sygehjælp. Afkaldsaftalerne er nærmere beskrevet i afsnit 5.1.2.

5.1.2 Afkaldsaftaler

For så vidt angår refusion af udgifter til behandling ydet i henhold til EU-sygesikringskortet, har Danmark indgået aftaler om, at der gives afkald på refusion af udgifter til sygehjælp, med de øvrige nordiske lande (Finland, Island, Norge og Sverige) samt Irland, Portugal og Storbritannien. Konsekvensen af afkaldsaftalerne er, at regionernes udgifter til sygehjælp, der ydes til sikrede fra de lande, som Danmark har en afkaldsaftale med, ikke kan opkræves fra det pågældende lands sygeforsikring.

5.1.3 Indberetning af udgifter til Styrelsen for Patientsikkerhed

Regionerne skal søge udgifterne til behandling, herunder akut og fortsat sygehusbehandling, af personer, der er omfattet af EU-forordning nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger, refunderet fra personens udenlandske sygeforsikring via Styrelsen for Patientsikkerhed. De administrative regler herfor er fastlagt i bekendtgørelse nr. 564 af 29. april 2015 om refusion af offentlige sundhedsudgifter og udgifter til visse sociale ydelser i henhold til overenskomster med andre stater eller til EU-retten.

Regionerne skal indrapportere data vedrørende de afholdte udgifter via Styrelsen for Patientsikkerheds E 125-system. Dette IT-system er web-baseret og indebærer, at regionerne kan indtaste de nødvendige oplysninger direkte i en database. Til databasen er knyttet et register over sygekasser i udlandet, og det er muligt at genbruge en persons identifikationsdata fra tidligere regninger. Kun de personer, der er oprettet som brugere af systemet, kan få adgang til det. Adgang til systemet er begrænset, så en region kun har adgang vedrørende egen region.

Ved behandling på sygehus vises EU-sygesikringskortet el. lign., hvorefter denne dokumentation danner grundlag for indberetning i E-125 systemet.

5.2 Opkrævning af betaling direkte fra patienten

Betaling opkræves under hensyntagen til, at ingen akut syge eller tilskadekomne personer skal kunne nægtes behandling i det offentlige sundhedsvæsen med henvisning til krav om betaling.

I det følgende beskrives fremgangsmåden fra en persons ankomst til behandlingsstedet til betalingen er opkrævet.

5.2.1 Indhentning af oplysninger

Personalet indhenter og verificerer adresse- og bopælsoplysninger samt evt. kontooplysninger fra personen. Der tages kopi af relevant dokumentation.

På baggrund af oplysningerne afklares personens ret til sundhedsydelser og evt. opkrævning af betaling.

Følgende dokumentation skal som udgangspunkt kunne fremvises ved stillingtagen til, om personen skal opkræves betaling: et gyldigt sundhedskort, et gyldigt særligt sundhedskort, et gyldigt EU-sygesikringskort, en afgørelse fra Udbetaling Danmark eller Styrelsen for Patientklager om retten til sundhedsydelser eller anden dokumentation for, at den pågældende har ret til ydelser på samme vilkår som herboende. Der opkræves ikke betaling fra personer, som er i besiddelse af nævnte el. lign. dokumentation.

For så vidt angår EU/EØS/schweiziske statsborgere, som hævder at være omfattet af den offentlige sygesikring i deres hjemland, kan sygehuset forsøge at indhente en attest, der midlertidigt erstatter EU-sygesikringskortet. Hvis sygehuset ikke kan nå at indhente eller modtage denne dokumentation fra personens sikringsland inden personen forlader sygehuset, opkræves betaling af personen.

Det er ikke muligt for en person under Udlændingestyrelsens forsørgelse at fremvise dokumentation for at være under dennes forsørgelse. En asylansøger vil som udgangspunkt være i besiddelse af et asyl-ID-kort, men dette er ikke i sig selv tilstrækkelig dokumentation for, at personen er under styrelsens

forsørgelse. En person under styrelsens forsørgelse vil som det klare udgangspunkt være indkvarteret eller tilknyttet til et asylcenter, hvor pågældende også vil være kendt på sundhedsklinikken/af personalet.

Det er dog ikke muligt at dokumentere ved fremvisning af ID-kort eller lignende, at man er knyttet til et asylcenter. Det kan være nødvendigt at kontakte fx personalet på det asylcenter, som personen oplyser at være indkvarteret i eller tilknyttet.

Ved øjeblikkeligt behandlingsbehov, det vil sige i situationer, hvor det vurderes nødvendigt, at behandlingen iværksættes hurtigst muligt, indhentes relevant patientinformation, så snart det vurderes hensigtsmæssigt. Informeret samtykke, herunder oplysning om, at der opkræves betaling for behandlingen, gives så snart, det er muligt.

Hvis patienten er opkrævet betaling for behandling, og det efterfølgende viser sig, at der ikke skulle opkræves betaling, vejledes patienten om at søge refusion for udgiften enten under ophold i Danmark eller efter hjemkomst til sit bopælsland.

Personer, der ikke kan eller vil fremvise relevante oplysninger, behandles under hensyntagen til, at ingen akut syge eller tilskadekomne patienter skal kunne nægtes behandling i det offentlige sundhedsvæsen med henvisning til krav om betaling.

5.2.2 Informeret samtykke

Patienter har ret til at få information om deres helbredstilstand og om behandlingsmulighederne. Denne information omfatter alle de oplysninger om f.eks. helbred, sygdomsprognoser og risici, der er relevante for patienten.

Såfremt der tilbydes iværksættelse af en behandling, som patienten selv skal betale, skal dette indgå i informationen om behandlingsmulighederne, således at dette kan indgå i patientens samlede overvejelser inden afgivelse af informeret samtykke til behandlingen.

Patientens samlede udgift fastsættes først endeligt, når patienten er blevet behandlet.

Hvis patienten er midlertidigt inhabil og derfor ikke har mulighed for at give et informeret samtykke til behandlingen, inden behandlingen iværksættes, gives det informerede samtykke, når det er muligt. Regionen kan i den forbindelse også opkræve betaling for den del af behandlingen, der ligger forud for det informerede samtykke.

5.2.3 Iværksættelse af behandling

Sundhedspersonalet skal under behandlingen ikke foretage en vurdering af behandlingstilbud ud fra økonomiske hensyn.

5.2.4 Beregning af pris

Prisen for akut og fortsat sygehusbehandling tager udgangspunkt i gældende DRG-takster og inkluderer lønsumsafgift.

5.2.5 Opkrævning af betaling for akut og fortsat sygehusbehandling

Det forudsættes, at betalingen opkræves direkte fra patienten eller dennes forsikringsselskab efter modtagelse af behandlingen.

I forbindelse med opkrævningen udleveres informationsmateriale vedr. patientens klagemuligheder til Styrelsen for Patientklager. Patienten kan klage til Styrelsen for Patientklager, hvis patienten f. eks. ikke er tilfreds med, at patienten er blevet bedt om at betale for behandling på et offentligt sygehus.

Betaling skal foregå elektronisk.

Patienter kan ikke tilbageholdes på sygehuset mod deres vilje med henvisning til krav om betaling.

Sygehuset kan opkræve betaling, inden patienten forlader sygehuset. Heri ligger, at sygehuset kan opkræve et beløb, der vurderes at svare til den modtagne behandling, med mulighed for efterregulering, når beløbet er kendt. Det skyldes, at det ikke altid er muligt at beregne det præcise beløb, inden patienten forlader sygehuset.

Sygehuset kan løbende opkræve betaling for gennemført behandling, såfremt behandlingen er længerevarende.

Hvis patienten ikke kan eller vil betale for gennemført behandling, kan den fortsatte behandling afsluttes.

Såfremt det ikke vurderes muligt eller hensigtsmæssigt at opkræve betaling for sygehusbehandlingen inden personen forlader sygehuset, kan betalingen opkræves efter udskrivelse af patienten.

Regionen kan fremsende opkrævningen til patientens forsikringsselskab, hvis personen har en privat sygeforsikring. Regionen skal i den forbindelse være opmærksom på, at patienten muligvis selv skal betale en selvrisiko og dele af udgiften til f.eks. transport.

5.2.6 Rimelighedsbetragtning

Regionen kan administrativt, og efter at behandlingen er afsluttet, vælge at frafalde hele eller dele af opkrævningen, såfremt det under de foreliggende omstændigheder skønnes rimeligt at yde behandlingen vederlagsfrit.

5.2.7 Inddrivelse

For patienter, der ikke betaler for modtaget akut og fortsat sygehusbehandling, og hvor regionen ikke ønsker at frafalde en opkrævning, bør der igangsættes en rykkerprocedure. Betaler patienten fortsat ikke, overgår sagen til inkasso i det omfang det vurderes, at beløbet har en størrelse, der kan retfærdiggøre omkostningerne ved inddrivelse.

5.3 Afregning mellem regionerne

I tilfælde, hvor en person uden bopæl i Danmark starter behandlingen i en region og overføres under behandlingsforløbet til anden region, opkræver hver region betaling for deres andel af udgifterne forbundet med behandlingen.

5.4 Afregning med Udlændingestyrelsen

Asylansøgere og udlændinge uden lovligt ophold, som får udgifterne til underhold og nødvendige sundhedsmæssige ydelser dækket af Udlændingestyrelsen – den sidstnævnte gruppe dog kun, hvis det er nødvendigt af hensyn til forsørgelsen af udlændingen, jf. udlændingelovens § 42 a, stk. 1-2, jf. dog stk. 3-4, opkræves ikke betaling for akut sygehusbehandling.

Opholdsregionen afholder udgiften til akut sygehusbehandling.

Udgifterne til fortsat sygehusbehandling af disse personer dækkes af Udlændingestyrelsen, hvis Udlændingestyrelsen vurderer, at der er tale om en nødvendig sundhedsmæssig ydelse omfattet af udlændingelovens § 42 a, stk. 1-2, jf. dog stk. 3-4. Det er en betingelse for, at Udlændingestyrelsen kan afholde udgifterne til fortsat sundhedsbehandling, at styrelsen forud for iværksættelsen heraf konkret har tilkendegivet, at styrelsen vurderer, at udlændingelovens betingelser er opfyldt. Det skal i hvert enkelt tilfælde dokumenteres, at den konkrete behandling er nødvendig i betydningen smertelindrende og/eller uopsættelig.

Udgifterne til fortsat sundhedsbehandling, som skal afholdes af Udlændingestyrelsen, skal afregnes med Udlændingestyrelsen gennem kaution, som ansøges via det asylcenter, som den konkrete udlænding er indkvarteret i eller tilknyttet.

6. Klageadgang

Regionernes afgørelser vedrørende betaling for sygehusbehandling kan indbringes for Styrelsen for Patientklager, jf. bekendtgørelse nr. 995 af 14. juni 2018 af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (klage- og erstatningsloven).

I medfør af klage- og erstatningslovens § 6, stk. 1, nr. 3, kan regionens afgørelser m.v. påklages til Styrelsen for Patientklager, når de vedrører vilkår for en persons ret til sygehusbehandling efter sundhedslovens § 78 a og § 81.

En klage skal indgives inden for 4 uger, efter at klageren har fået meddelelse om afgørelsen. Fristen løber således fra det tidspunkt, hvor der opkræves betaling for behandling, idet en sådan opkrævning må anses som en afgørelse i forvaltningslovens forstand. Såfremt patienten forud for opkrævningen er meddelt afgørelse om, at der vil ske opkrævning, er det på denne dato, der er truffet afgørelse.

I det omfang, der ikke er givet klagevejledning i forbindelse med afgørelsen, begynder fristen først at løbe på det tidspunkt, hvor klageren fik at vide eller blev opmærksom på, at der kan klages over afgørelsen til Styrelsen for Patientklager.

Styrelsen for Patientklagers prøvelse omfatter alene klager, der relaterer sig til et krav om betaling eller afholdelse af udgifter for sygehusbehandling. Afgørelser om øvrige vilkår for sygehusbehandling, som ikke relaterer sig til en egentlig udgift for patienten, kan således ikke behandles i styrelsen efter klage- og erstatningslovens § 6, stk. 1, nr. 3.

Sundhedsministeriet, den 25. juni 2021

LENE BRØNDUM JENSEN

/ Signe Struberga