



Ofte stillede spørgsmål

*God formidling af oplysninger
til patienter i forbindelse med
grænseoverskridende
sundhedsydelser*

Ofte stillede spørgsmål

God formidling af oplysninger til patienter i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse¹

Udrejsende patienter*

Både forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* og direktiv 2011/24/EU* giver ret til refusion af udgifter til lægebehandling* i et andet EU*/-EØS*-land. De dækkede sundhedsydelse, betingelserne for adgang til lægebehandling* og de finansielle konsekvenser varierer dog alt efter, hvilken ordning patienten er omfattet af ved behandling i udlandet. Det er derfor vigtigt, at patienterne oplyses korrekt om de forskellige konsekvenser af behandling under hver EU-retsakt.

Det er de nationale kontaktpunkters* opgave at oplyse patienter om deres rettigheder til grænseoverskridende sundhedsydelse* i et andet EU*/-EØS*-land. De nationale kontaktpunkter skal desuden oplyse patienterne om forrangen for forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009*, når betingelserne for udstedelse af forhåndstilladelse inden for deres anvendelsesområde er opfyldt. For at kunne give patienterne sådanne oplysninger er det vigtigt, at de nationale kontaktpunkter har godt kendskab til forskellene mellem forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger og direktiv 2011/24/EU.

De nationale kontaktpunkter kan bruge modellen med ofte stillede spørgsmål nedenfor på deres websted eller som udgangspunkt for personlig rådgivning og orientering af udrejsende patienter om deres patientrettigheder og ret til grænseoverskridende sundhedsydelse* i henhold til både forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* og direktiv 2011/24/EU*.

Du er velkommen til at kopiere nedenstående helt eller delvist og indsætte teksten på dit nationale kontaktpunkts websted eller i kommunikation med patienter.

Ansvarsfraskrivelse

Dette dokument er udarbejdet under sundhedsprogrammet (2014-2020) inden for rammerne af en specifik kontrakt med Forvaltningsorganet for Forbrugere, Sundhed, Landbrug og Fødevarer (CHAFEA), der handler på mandat fra Europa-Kommissionen. Indholdet i denne rapport repræsenterer alene kontrahentens synspunkter, som alene er ansvarlig herfor. Det kan ikke på nogen måde antages at afspejle Europa-Kommissionens, CHAFEA's eller andre EU-organers holdning. Europa-Kommissionen og/eller CHAFEA garanterer ikke nøjagtigheden af data i denne rapport, og de påtager sig intet ansvar for tredjemands anvendelse heraf.

¹ Til hvert udtryk eller begreb i disse ofte stillede spørgsmål, der er efterfulgt af en asterisk (*), findes der tilsvarende definitioner og forklaringer i den medfølgende alfabetiske ordliste.

Oversigt

Patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse
Hvad forstås der ved den europæiske ret til grænseoverskridende sundhedsydelse*?
Hvad er den retlige ramme for grænseoverskridende sundhedsydelse* i henhold til EU-retten?
Hvad er direktiv 2011/24/EU om patientrettigheder?
Hvad er forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger?
Har jeg andre muligheder for at modtage behandling i udlandet bortset fra de retlige rammer i direktiv 2011/24/EU og forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger*?
Har jeg ret til grænseoverskridende sundhedsydelse?
Hvilke lande kan jeg rejse til for at få behandling?
Akut behandling under ophold i udlandet, f.eks. i forbindelse med ferie, familiebesøg, forretningsrejse eller udvekslingsstuder
Hvad gør jeg, hvis jeg pludselig bliver syg eller kommer til skade i løbet af mit ophold i udlandet?
Hvad forstås der ved medicinsk nødvendig behandling*?
Hvad nu, hvis jeg ved, at der er mulighed for, at jeg får brug for behandling under mit ophold i udlandet på grund af en kronisk sygdom eller graviditet?
Hvad er det europæiske sygesikringskort*?
Hvornår kan jeg bruge mit europæiske sygesikringskort*?
Hvilken behandling er dækket af det europæiske sygesikringskort*?
Hvad gør jeg, hvis jeg har glemt eller ikke kan anvende mit europæiske sygesikringskort*?
Skal jeg selv betale for behandlingen i udlandet, eller vil min nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* betale udgifterne direkte?
Hvilket beløb kan jeg få dækket?
Hvilke udgifter refunderes?
Hvor kan jeg finde oplysninger om, hvordan jeg gør krav på godtgørelse?
Hvad gør jeg, hvis jeg er uenig i min nationale sundhedsmyndigheds*/lovpligtige sygesikringsudbyders* afgørelse vedrørende mit krav om godtgørelse?
Skal jeg tegne privat rejseforsikring eller supplerende sundhedsforsikring?
Hvilke sundhedsydelse er dækket af min private forsikring?
Hvordan ved jeg, hvem jeg skal kontakte, og hvilken sundhedstjenesteyder eller hvilket hospital jeg skal gå til i tilfælde af pludselig opstået sygdom eller skade i udlandet?
Planlagt behandling i udlandet
Har jeg ret til at søge behandling i udlandet?
Hvad er forskellene mellem at søge behandling i udlandet i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* og i henhold til direktiv 2011/24/EU*?
Hvilken type behandling kan jeg søge i udlandet?
Er telemedicin* også omfattet?
Hvad forstås der ved <i>forhåndstilladelse</i> *?
Skal jeg altid have en forhåndstilladelse* fra min nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder*, inden jeg rejser til et andet land?
Kan jeg selv vælge, om jeg vil indgive en anmodning om en forhåndstilladelse* i henhold til enten forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* eller direktiv 2011/24/EU*?
Hvor kan jeg finde oplysninger om, hvordan jeg indgiver en anmodning om forhåndstilladelse*?
Hvilken institution er ansvarlig for at give en forhåndstilladelse*?
Hvad sker der, hvis jeg modtager behandling i udlandet, uden at jeg først har indhentet den krævede

forhåndstilladelse*?
Hvad gør jeg, hvis jeg er uenig i min nationale sundhedsmyndigheds*/lovpligtige sygesikringsudbyders* afgørelse vedrørende min anmodning om forhåndstilladelse?
Skal jeg have en henvisning for at få adgang til behandling i udlandet?
Skal jeg selv betale for behandlingen?
Hvilket beløb kan jeg få dækket?
Hvor kan jeg finde oplysninger om priserne på den behandling, jeg ønsker?
Hvilke udgifter refunderes?
Hvor kan jeg finde oplysninger om, hvordan jeg gør krav på godtgørelse?
Hvad gør jeg, hvis jeg er uenig i min nationale sundhedsmyndigheds*/lovpligtige sygesikringsudbyders* afgørelse vedrørende mit krav om godtgørelse?
Hvordan kan jeg selv finde oplysninger om behandlingsmuligheder i udlandet?
Hvordan kan jeg vide, hvilken sundhedstjenesteyder jeg skal kontakte i udlandet?
Kvalitet og sikkerhed
Hvor kan jeg finde oplysninger om behandlingskvaliteten i udlandet?
Hvor kan jeg finde flere oplysninger om specifikke sundhedstjenesteydere eller hospitaler i udlandet?
Patientjournal og sprog
Hvor kan jeg finde flere oplysninger om behandlingssproget i et andet land?
Hvordan kan jeg få min patientjournal overført til et andet land?
Opfølgende behandling
Hvad gør jeg, hvis jeg har brug for opfølgende behandling efter behandling i udlandet?
Klager og erstatning
Hvad gør jeg, hvis jeg ikke er tilfreds med den behandling, jeg har modtaget, eller hvis noget går galt?
Hvor kan jeg få flere oplysninger om mine muligheder for at indgive en klage og kræve erstatning?
Recepter i udlandet
Kan jeg indlevere en recept, der er udstedt af min sundhedstjenesteyder derhjemme, på et apotek i udlandet?
Har jeg stadig ret til refusion af udgifter til ordineret medicin, hvis jeg køber den i udlandet?
Nationale kontaktpunkter
Hvad er nationale kontaktpunkter?
Hvordan kontakter jeg et nationalt kontaktpunkt?
Sjældne sygdomme
Hvad er mine muligheder for at få ny eller alternativ behandling i udlandet, som ikke er tilgængelig i mit hjemland*?
Hvad er europæiske netværk af referencecentre?
Hvor kan jeg finde oplysninger om patientorganisationer i et andet land?
Bo i udlandet
Hvad med min socialsikringsdækning, hvis jeg bosætter mig i udlandet?
Hvem kan udstede forhåndstilladelse til grænseoverskridende sundhedsydelser, hvis jeg bor uden for det land, hvor jeg er dækket af socialsikringsordningen?
Har jeg ret til sundhedsydelser under et ophold tilbage i det land, hvor jeg er dækket af socialsikringsordningen?
Hvilket nationalt kontaktpunkt skal jeg kontakte for at få flere oplysninger? Det nationale kontaktpunkt i det land, hvor jeg er dækket af socialsikringsordningen, eller det nationale kontaktpunkt i mit bopælsland?

① Patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse

1.1. Definition og retlige rammer for grænseoverskridende sundhedsydelse

Hvad forstås der ved den europæiske ret til grænseoverskridende sundhedsydelse*?
<p>I EU-retten defineres grænseoverskridende sundhedsydelse* (ofte kaldet <i>behandling i udlandet</i>) som sundhedsydelse, der modtages uden for patientens hjemland*, men i et andet EU*/EØS*-land, idet det ikke kræves, at de to lande deler en geografisk grænse.</p> <p>Som EU*/EØS*-borger har du ret til grænseoverskridende sundhedsydelse*, dvs. <i>ret til at få adgang til lægelig diagnosticering og lægebehandling samt ordinerer og udlevering af lægemidler og medicinsk udstyr i ethvert EU*/EØS*-land og til at få refunderet udgifterne af dit hjemland*</i>. Følgelig har du ret til ikke-forskelsbehandling på grund af nationalitet i forbindelse med adgang til og priser på sundhedsydelse i hele Europa.</p>
Hvad er den retlige ramme for grænseoverskridende sundhedsydelse* i henhold til EU-retten?
<p>Der er to muligheder for at få adgang til grænseoverskridende sundhedsydelse* og for at få godtgjort udgifter af din sociale sikringsordning:</p> <ul style="list-style-type: none">• Forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009*• Direktiv 2011/24/EU om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse* <p>De to retsakter finder begge anvendelse i forbindelse med behandling i udlandet. Du kan derfor selv vælge, hvilken mulighed du vil benytte for at udøve din ret til grænseoverskridende sundhedsydelse*.</p> <p>Du skal dog sikre dig, at du har godt kendskab til de principper, der ligger bag de forskellige retsakter:</p> <ul style="list-style-type: none">• I henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* har du ret til at få godtgjort udgifter til behandling i udlandet, <i>som var du forsikret under behandlingslandets* socialsikringsordning.</i>• I henhold til direktiv 2011/24/EU har du ret til at få godtgjort udgifter til behandling i udlandet, <i>som var behandlingen ydet i dit hjemland*</i>. <p>Disse forskellige udgangspunkter fører til forskelle i omfanget af de dækkede sundhedsydelse, betingelserne for adgang til lægebehandling og de finansielle konsekvenser under de to retsakter.</p>
Hvad er direktiv 2011/24/EU om patientrettigheder?
<p>I henhold til direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse* har alle EU*/EØS*-borgere nu <i>nye muligheder for at få adgang til behandling i udlandet</i> og for at få refunderet alle eller nogle af udgifterne til lægebehandling i tillæg til de allerede eksisterende muligheder i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009*. Endvidere</p> <ul style="list-style-type: none">• gør direktiv 2011/24/EU* det <i>lettere at få adgang til information</i> om alle relevante aspekter af grænseoverskridende sundhedsydelse*, f.eks. ved at kræve, at medlemsstaterne etablerer nationale kontaktpunkter* for at sikre klare og lettilgængelige oplysninger til patienterne• fastsættes der ved direktiv 2011/24/EU* et <i>minimumssæt af patientrettigheder</i>, som vil kunne styrke mobile patienters retsstilling, garantere sikker behandling af høj kvalitet i udlandet og sikre

gennemsigtige procedurer for klage og erstatning, hvis noget går galt

- tilskynder direktiv 2011/24/EU* til *samarbejde mellem lande* (f.eks. gennem etableringen af europæiske netværk af referencecentre* eller e-Health), som har til formål at tilbyde patienter, der har behov for specialiseret behandling, eller patienter med sjældne sygdomme mulighed for at vælge mellem et større udbud af sundhedstjenesteydere og for lettere at få adgang til alternativ eller specialiseret behandling i udlandet.

I henhold til direktiv 2011/24/EU* har patienter ret til at få adgang til sundhedsydelse i ethvert EU*-/EØS*-land og til at få refunderet udgifterne, som var behandlingen ydet i patientens hjemland*.

Følgelig skal du ved behandling i udlandet i henhold til direktiv 2011/24/EU* i første omgang selv betale sundhedstjenesteyderen for behandlingen i udlandet. Efterfølgende har du ret til godtgørelse* fra din nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbydere*, når du er kommet hjem, i henhold til de regler og takster, der gælder for indenlandsk behandling, der er ydet i dit hjemland*.

Direktiv 2011/24/EU gælder kun, hvis den behandling, du har modtaget i udlandet, er dækket af den sociale sikringsordning i dit hjemland*. Hvis en behandling ikke er dækket af din offentlige sundhedsforsikring, har du heller ikke ret til godtgørelse*, når du modtager behandlingen i udlandet. Hvis behandlingen er medtaget i den række af ydelser ved sygdom, der er dækket af din socialsikringsordning, har du imidlertid også ret til godtgørelse*, hvis du modtager behandlingen i udlandet, uanset om behandlingen er ydet af en offentlig* eller en privat sundhedstjenesteyder*.

Grænseoverskridende sundhedsydelse i Schweiz er ikke omfattet af direktiv 2011/24/EU*.

Hvad er forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger?

Forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* omfatter:

- Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger
- 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 (kaldes også gennemførelsesforordningen).

Forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger har til formål at koordinere de sociale sikringsordninger og sikre beskyttelse af EU*-/EØS*-borgere eller schweiziske borgere, der flytter eller rejser til et andet EU*-/EØS*-land eller Schweiz*. Forordningerne fastsætter en række muligheder for at få adgang til behandling uden for patientens hjemland:

- medicinsk nødvendig behandling under det europæiske sygesikringskort* under et kortvarigt ophold i udlandet, f.eks. ferie, forretningsrejse eller familiebesøg (også kaldet *ikkeplanlagt behandling*)
- behandling i udlandet med forhåndstilladelse* (S2-blanket*) fra patientens nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbydere* (også kaldet *planlagt behandling*)
- særlig permanent ordning for udsendte ansatte, grænsearbejdere og pensionister, der er bosiddende uden for det land, under hvis sociale sikringsordning de er forsikrede.

I henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* har patienter ret til at få godtgjort udgifter til behandling i udlandet, *som var de forsikrede under behandlingslandets* socialsikringsordning*.

Du har ret til sundhedsydelse, der ydes under socialsikringsordningen i det land, du besøger, ved blot at vise et bevis for, at du er dækket af socialsikringsordningen i dit hjemland: det europæiske

sygesikringskort* ved ikkeplanlagt behandling og den europæiske S2-blanket* ved planlagt behandling.

Forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* gælder for alle sundhedsydelser, der er medtaget i den række af ydelser ved sygdom, der er dækket af den sociale sikringsordning i behandlingslandet*. Du kan følgelig modtage behandling, der ligger uden for den række af ydelser, der er dækket af den offentlige sundhedsforsikring i dit hjemland*.

Du kan få refunderet udgifter efter den betalingsmetode og de takster, der anvendes i behandlingslandet*. I de fleste tilfælde vil du derfor modtage gratis behandling (tredjepartsbetaling*), nogle gange med en mindre egenbetaling*. Hvis du selv skal betale alle udgifter til behandling med det samme, kan du imidlertid efterfølgende gøre krav på godtgørelse* enten hos den lokale socialsikringsmyndighed, mens du stadig er i udlandet, eller hos din egen nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbydere*, når du er kommet hjem. I begge tilfælde finder godtgørelsestaksten* i behandlingslandet* anvendelse.

I nogle tilfælde kan patienter modtage behandling i udlandet i medfør af en permanent ordning:
(! Familiemedlemmer til en grænsearbejder med bopæl i en af de medlemsstater, der er opført i bilag III til forordning (EF) nr. 883/2004, er ikke omfattet af de særlige ordninger nedenfor.)*

- (Udsendte) arbejdstagere, herunder grænsearbejdere*, der er bosiddende i et andet land end det land, hvor de arbejder og er omfattet af den sociale sikringsordning, har ret til sundhedsydelser under et ophold i arbejdslandet for dette lands regning og efter dets lovgivning, som var den pågældende bosiddende i dette land.
- Pensionister, der er bosiddende uden for det land, under hvis sociale sikringsordning de er forsikrede, kan have ret til sundhedsydelser under et ophold tilbage i det land, hvor de er omfattet af den sociale sikringsordning, for dette lands regning og efter dets lovgivning, som var den pågældende bosiddende i dette land (gælder kun, hvis landet for socialsikring har valgt denne ordning og er opført i bilag IV til forordning (EF) nr. 883/2004*).
- Pensionerede grænsearbejdere har fortsat ret til behandling i det land, hvor de senest arbejdede, i det omfang der er tale om fortsættelse af en behandling, som blev indledt, mens de arbejdede. I nogle tilfælde har en pensioneret grænsearbejder fortsat ret til sundhedsydelser i det tidligere arbejdsland, uanset om der er tale om fortsættelse af en behandling eller ej, for dette lands regning og efter dets lovgivning, som var den pågældende bosiddende i dette land. Dette er tilfældet, hvis han/hun har arbejdet som grænsearbejder i mindst to år i løbet af de seneste fem år inden datoen for vedkommendes pension, og både medlemsstaten for den tidligere lønnede beskæftigelse og det land, hvor han/hun er omfattet af socialsikring, har valgt dette og er opført i bilag V til forordning (EF) nr. 883/2004*.

Har jeg andre muligheder for at modtage behandling i udlandet bortset fra de retlige rammer i direktiv 2011/24/EU og forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger*?

Da social sikring fortsat henhører under medlemsstaternes kompetence, har du i nogle tilfælde også ret til grænseoverskridende sundhedsydelser* alene på grundlag af rent national lovgivning, f.eks. inden for rammerne af projekter vedrørende nationale sundhedsydelser i grænseområder.

Indhent selv oplysninger om alle dine forskellige muligheder for at få adgang til behandling i udlandet fra din nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbydere*.

1.2. Hvem har ret til grænseoverskridende sundhedsydelser? Hvilke lande er omfattet?

Har jeg ret til grænseoverskridende sundhedsydelser?

Forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* gælder for:

- statsborgere, statsløse personer og flygtninge, der er bosiddende i et EU*-/EØS*-land eller Schweiz, som er eller har været omfattet af socialsikringslovgivningen i et eller flere af disse lande, samt medlemmer af deres familier og deres efterladte
- ikke-EU-/EØS-statsborgere, der har lovligt ophold i et EU*-/EØS*-land eller Schweiz*, bortset fra ikke-EU-/EØS-statsborgere i Danmark, Island, Liechtenstein, Norge og Schweiz.

Direktiv 2011/24/EU* gælder for:

- statsborgere, statsløse personer og flygtninge, der er bosiddende i et EU*-/EØS*-land, og som er eller har været omfattet af socialsikringslovgivningen i et eller flere af disse lande, samt medlemmer af deres familier og deres efterladte
- ikke-EU-/EØS-statsborgere, der har lovligt ophold i et EU*-/EØS*-land, herunder ikke-EU-/EØS-statsborgere* i Danmark, Island, Liechtenstein, Norge og Schweiz.

Hvilke lande kan jeg rejse til for at få behandling?

I henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009 kan du få adgang til sundhedsydelse i ethvert EU*-/EØS*-land og Schweiz*.

I henhold til direktiv 2011/24/EU* kan du få adgang til sundhedsydelse i ethvert EU*-/EØS*-land. Direktivet finder imidlertid ikke anvendelse på grænseoverskridende sundhedsydelse i Schweiz.

② Akut behandling under ophold i udlandet, f.eks. i forbindelse med ferie, familiebesøg, forretningsrejse eller udvekslingsstuder

2.1. Pludselig opstået sygdom eller skade under et besøg i udlandet

Hvad gør jeg, hvis jeg pludselig bliver syg eller kommer til skade i løbet af mit ophold i udlandet?

Hvis du pludselig bliver syg eller kommer til skade i løbet af dit ophold i udlandet, f.eks. på grund af en skulykke, et trafikuheld eller et uheldigt fald, har du ret til medicinsk nødvendig behandling* og godtgørelse af udgifter i medfør af din sociale sikringsordning/ret til offentlige sundhedsydelse i dit hjemland*.

Refusion af udgifter opnås oftest ved fremvisning af det europæiske sygesikringskort* for den behandlende sundhedstjenesteyder eller hospitalet i udlandet. Det europæiske sygesikringskort* (det blå kort*) er et gratis kort, der udstedes af din nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbydere* som bevis for, at du er omfattet af den sociale sikringsordning i dit hjemland*.

Ved blot at vise dit europæiske sygesikringskort* har du ret til medicinsk nødvendig behandling* i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009*: Du har ret til sundhedsydelse, som var du forsikret under socialsikringsordningen i det land, du besøger (dvs. som en indenlandsk patient med offentlig sygeforsikring). Du kan få godtgjort udgifter efter den betalingsmetode og de takster, der anvendes i det land, du besøger. I de fleste tilfælde vil du derfor modtage gratis behandling (tredjepartsbetaling*), nogle gange med en mindre egenbetaling*. Hvis du selv skal betale alle udgifter til behandling med det samme, kan du imidlertid efterfølgende gøre krav på godtgørelse* enten hos den lokale socialsikringsmyndighed, mens du stadig er i udlandet, eller hos din egen nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbydere*, når du er kommet hjem. I begge tilfælde finder godtgørelsestaksten* i

behandlingslandet* anvendelse.

Det europæiske sygesikringskort* kan kun anvendes, hvis du behandles på et offentligt hospital eller af en offentlig sundhedstjenesteyder*. Sundhedsydelse, der ydes af en privat sundhedstjenesteyder* eller på et privathospital, er sædvanligvis ikke omfattet, medmindre den private sundhedstjenesteyder eller privathospitalet har kontrakt med eller er tilknyttet den sociale sikringsordning og har ret til at levere ydelser, der er omfattet af socialsikringslovgivningen.

Hvis du behandles uden et gyldigt europæisk sygesikringskort*, eller du ikke kan anvende dit kort, f.eks. fordi du behandles på et privathospital, behandles du som en privat patient. I dette tilfælde skal du betale for behandlingen privat, eller du kan ansøge om godtgørelse* i henhold til direktiv 2011/24/EU*.

I henhold til direktiv 2011/24/EU har du efterfølgende ret til godtgørelse* fra din nationale sundhedsmyndighed*/lovpålagte sygesikringsudbydere*, når du er kommet hjem, i henhold til de regler og takster, der gælder for indenlandsk behandling, der er ydet i dit hjemland*.

Bemærk dog, at direktiv 2011/24/EU kun gælder, hvis den behandling, du har modtaget i udlandet, er dækket af den sociale sikringsordning i dit hjemland*. Hvis en behandling ikke er dækket af din offentlige sundhedsforsikring, har du heller ikke ret til godtgørelse*, når du modtager behandlingen i udlandet. Hvis behandlingen er medtaget i den række af ydelser ved sygdom, der er dækket af din socialsikringsordning, har du imidlertid også ret til godtgørelse*, hvis du modtager behandlingen i udlandet, uanset om behandlingen er ydet af en offentlig* eller en privat sundhedstjenesteyder*.

Bemærk, at grænseoverskridende sundhedsydelse* i Schweiz ikke er omfattet af direktiv 2011/24/EU*.

Kontakt din nationale sundhedsmyndighed*/lovpålagte sygesikringsudbydere* eller det nationale kontaktpunkt* i dit hjemland* for at få flere oplysninger.

Hvad forstås der ved medicinsk nødvendig behandling*?

Medicinsk nødvendig behandling* er behandling, der gives som følge af pludselig opstået sygdom eller skade under et kortvarigt besøg, f.eks. i forbindelse med ferie, forretningsrejse, familiebesøg eller udvekslingsstudier, der ikke kan udsættes, og som du skal have for ikke at blive tvunget til at rejse hjem inden afslutningen af dit planlagte ophold. Behandlingen må under ingen omstændigheder have været den oprindelige årsag til dit ophold i udlandet.

Medicinsk nødvendig behandling*, også kaldet ikkeplanlagt behandling* i udlandet, er det modsatte af den situation, hvor du rejser til et andet land med det udtrykkelige formål at få adgang til sundhedsydelse, også kaldet planlagt behandling* i udlandet:

- Ikkeplanlagt behandling*: Du har behov for medicinsk nødvendig behandling* på grund af pludselig opstået sygdom eller skade, mens du opholder dig i udlandet, f.eks. i forbindelse med ferie, forretningsrejse, familiebesøg eller udvekslingsstudier.
- Planlagt behandling*: Behandlingen i udlandet er årsagen til dit ophold i udlandet.

Kun medicinsk nødvendig behandling* er dækket af det europæiske sygesikringskort*.

Hvad nu, hvis jeg ved, at der er mulighed for, at jeg får brug for behandling under mit ophold i udlandet på grund af en kronisk sygdom eller graviditet?

Det europæiske sygesikringskort* dækker også situationer, hvis du lider af en kronisk sygdom (f.eks. diabetes, astma, kræft eller kronisk nyresygdom), eller hvis du er gravid, og du på forhånd ved, at der er mulighed for, at du kan få brug for lægebehandling* i løbet af dit ophold i udlandet. Så længe det

udtrykkelige formål med din rejse ikke var at få adgang til lægebehandling*, f.eks. at føde eller modtage behandling i forbindelse med graviditet eller kronisk sygdom, anses dette for medicinsk nødvendig behandling* i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009*.

I tilfælde af livsvigtig behandling, der kræver specialiseret udstyr eller personale, skal du træffe forudgående aftale med det hospital eller den klinik, hvor du ønsker at blive behandlet. På den måde kan sundhedstjenesteyderen i udlandet sikre, at din behandling er tilgængelig og kan fortsættes i løbet af dit ophold i udlandet. Eksempler på sådan behandling er nyredialyse, iltbehandling, specialiseret astmabehandling og kemoterapi.

2.2. Det europæiske sygesikringskort

Hvad er det europæiske sygesikringskort*?

Det europæiske sygesikringskort* (det blå kort*) er et gratis kort, der udstedes af din nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder* som bevis for, at du er omfattet af den sociale sikringsordning i dit hjemland* og derfor har ret til offentlige sundhedsydelser der. Det blå kort* giver dig adgang til refusion af udgifter til medicinsk nødvendig behandling* under et kortvarigt ophold i et andet EU*/-EØS*-land eller Schweiz*, f.eks. ferie, forretningsrejse eller udvekslingsstudier, på de samme betingelser og til de samme priser (gratis i de fleste lande) som indenlandske patienter med offentlig sundhedsforsikring under den sociale sikringsordning i det pågældende land (dvs. grænseoverskridende sundhedsydelser* i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009*).

- Du kan ansøge om det europæiske sygesikringskort* hos din nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder*.
- Kortet udstedes gratis.
- Hvert enkelt familiemedlem skal have sit eget kort.

Det europæiske sygesikringskort* kan kun anvendes, hvis du behandles på et offentligt hospital eller af en offentlig sundhedstjenesteyder*. Sundhedsydelser, der ydes af en privat sundhedstjenesteyder* eller på et privathospital, er sædvanligvis ikke omfattet, medmindre den private sundhedstjenesteyder eller privathospitalet har kontrakt med eller er tilknyttet den sociale sikringsordning og har ret til at levere ydelser, der er omfattet af socialsikringslovgivningen.

Ikke-EU-/EØS-statsborgere*, der har lovligt ophold i et EU*/-EØS*-land, kan desuden ikke anvende deres europæiske sygesikringskort* til ikkeplanlagt behandling under et midlertidigt ophold i Danmark, Island, Liechtenstein, Norge og Schweiz.

Hvis du har brug for flere oplysninger om det europæiske sygesikringskort*, og hvordan du anvender det i de forskellige EU*/-EØS*-medlemsstater og Schweiz*, kan du henvende dig til den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* eller det nationale kontaktpunkt*, eller du kan downloade Europa-Kommissionens gratis EHIC*-app ("*European Health Insurance Card Mobile App*" – findes på 25 sprog).

Hvornår kan jeg bruge mit europæiske sygesikringskort*?

- Det europæiske sygesikringskort* kan kun anvendes i forbindelse med medicinsk nødvendig behandling* under et midlertidigt ophold i udlandet, f.eks. i forbindelse med ferie, forretningsrejse osv., i et andet EU*/-EØS*-land eller Schweiz*.
- Det europæiske sygesikringskort* dækker kun sundhedstjenesteydelser, der ydes på et offentligt hospital eller af en offentlig sundhedstjenesteyder*. Sundhedsydelser, der ydes af en privat

sundhedstjenesteyder* eller på et privathospital, er sædvanligvis ikke omfattet, medmindre den private sundhedstjenesteyder eller privathospitalet har kontrakt med eller er tilknyttet den sociale sikringsordning og har ret til at levere ydelser, der er omfattet af socialsikringslovgivningen.

- Det europæiske sygesikringskort* dækker desuden kun udgifterne til lægebehandling*, hvis den pågældende behandling er medtaget i den række af ydelser ved sygdom, der er dækket af socialsikringslovgivningen i det land, du besøger.
- Kun et gyldigt europæisk sygesikringskort* accepteres af sundhedstjenesteydere i udlandet. Når du planlægger en udlandsrejse, skal du altid sørge for at bestille dit kort i god tid inden din afrejse. Du skal sørge for at få kortet fornyet efter behov.

Ikke-EU-/EØS-statsborgere*, der har lovligt ophold i et EU*/-EØS*-land, kan ikke anvende deres europæiske sygesikringskort* til ikkeplanlagt behandling under et midlertidigt ophold i Danmark, Island, Liechtenstein, Norge og Schweiz.

Hvilken behandling er dækket af det europæiske sygesikringskort*?

Det europæiske sygesikringskort* dækker kun medicinsk nødvendig behandling* (ikkeplanlagt behandling*), der er dækket af den sociale sikringsordning i det land, du besøger, og som ydes af en offentlig sundhedstjenesteyder*.

Generelt er behandling, der gives af en privat sundhedstjenesteyder eller på et privathospital, ikke omfattet, medmindre den private sundhedstjenesteyder eller privathospitalet har kontrakt med eller er tilknyttet den sociale sikringsordning og har ret til at levere ydelser, der er omfattet af socialsikringslovgivningen.

Hvad gør jeg, hvis jeg har glemt eller ikke kan anvende mit europæiske sygesikringskort*?

Hvis du har brug for akut behandling, men du har glemt at medbringe dit europæiske sygesikringskort*, eller kortet ikke accepteres af sundhedstjenesteyderen i udlandet, skal du kontakte den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i dit hjemland så hurtigt som muligt. De kan muligvis fremsende dokumentation for din sygesikringsdækning til de lokale institutioner, så du ikke skal betale med det samme.

Hvis dit kort stadig ikke accepteres, kan du muligvis løse problemet gennem SOLVIT. SOLVIT viser myndighederne, hvilke EU-rettigheder du har, og hjælper dem med at løse problemet. Se webstedet for SOLVIT for at få flere oplysninger: www.ec.europa.eu/solvit.

Hvis du behandles uden et gyldigt europæisk sygesikringskort*, eller du ikke kan anvende dit kort, f.eks. fordi du behandles på et privathospital, behandles du som en privat patient. I dette tilfælde skal du betale for behandlingen privat, eller du kan ansøge om godtgørelse* i henhold til direktiv 2011/24/EU*.

I henhold til direktiv 2011/24/EU* kan du gøre krav på godtgørelse* af dine udgifter til sundhedsydelser i udlandet på samme betingelser og til samme takster, som var behandlingen ydet i dit hjemland*.

Direktiv 2011/24/EU* finder også anvendelse på behandling, der er ydet på et privathospital eller af en privat sundhedstjenesteyder*, som ikke har kontrakt med eller er den sociale sikringsordning. Hvis den pågældende behandling er dækket af din sygesikring i dit hjemland, har du ret til godtgørelse*, når du modtager behandlingen i et EU*/-EØS*-land, uanset om den ydes af en offentlig* eller privat sundhedstjenesteyder*.

Centrale principper i direktiv 2011/24/EU*:

- Du har kun ret til behandling, der er dækket af den sociale sikringsordning i dit hjemland.
- Du skal betale alle udgifter med det samme*.
- Når du er kommet hjem, kan du ansøge om godtgørelse* hos den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder*.
- Dine behandlingsudgifter godtgøres indtil et beløb, der svarer til de udgifter, der ville være blevet refunderet, hvis behandlingen var ydet i dit hjemland.

Bemærk, at grænseoverskridende sundhedsydelse* i Schweiz ikke er omfattet af direktiv 2011/24/EU*.

2.3. Hvad med udgifterne til den behandling, jeg har modtaget?

Skal jeg selv betale for behandlingen i udlandet, eller vil min nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* betale udgifterne direkte?

Om udgifterne til behandling betales direkte af din nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* (tredjepartsbetaling*), eller om du selv skal betale alle udgifterne med det samme og efterfølgende ansøge om godtgørelse*, afhænger af, om du har modtaget medicinsk nødvendig behandling* i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009 ved brug af dit europæiske sygesikringskort* eller i henhold til direktiv 2011/24/EU, f.eks. hvis du blev behandlet på et privathospital.

- I henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* afhænger betalingsmetoden af den ordning, der anvendes i behandlingslandet*. Da du behandles, som var du omfattet af den sociale sikringsordning i behandlingslandet*, har du samme rettigheder med hensyn til betaling som en indenlandsk patient med offentlig sundhedsforsikring. Der er to muligheder:
 - ❖ Den behandling, du har brug for, er gratis (hvilket ofte er tilfældet) eller er kombineret med en mindre egenbetaling. I det tilfælde afregnes udgifterne direkte mellem sundhedstjenesteyderen og socialsikringsmyndigheden i behandlingslandet. Den udenlandske myndighed kontakter derefter automatisk den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i dit hjemland for at få refusion, uden at du gør noget.
 - ❖ Du skal selv betale alle udgifter til behandling og efterfølgende gøre krav på godtgørelse enten hos den lokale socialsikringsmyndighed, mens du stadig er i udlandet, eller hos din egen nationale sundhedsmyndighed*/lovpålagte sygesikringsudbyder*, når du er kommet hjem. I begge tilfælde finder godtgørelsestaksten* i behandlingslandet* anvendelse.
- I henhold til direktiv 2011/24/EU skal du altid selv betale for din behandling med det samme*. Du betaler alle fakturaer direkte til sundhedstjenesteyderen/hospitalet i udlandet. Når du er kommet hjem, kan du ansøge om godtgørelse* hos den nationale sundhedsmyndighed*/lovpålagte sygesikringsudbyder*. Sidstnævnte anvender den samme godtgørelsestakst som ved indenlandsk behandling ydet i dit hjemland*.

Hvilket beløb kan jeg få dækket?

De udgifter, du kan få refunderet, afhænger af, om du har modtaget medicinsk nødvendig behandling* i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009 ved brug af dit europæiske sygesikringskort* eller i henhold til direktiv 2011/24/EU, f.eks. hvis du blev behandlet på et privathospital.

- I henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og

<p>987/2009* refunderes dine udgifter efter det beløb, der er fastsat i behandlingslandets* regler og lovgivning.</p> <ul style="list-style-type: none"> I henhold til direktiv 2011/24/EU* refunderes dine udgifter efter det beløb, der er fastsat i dit hjemlands regler og lovgivning.
<p>Hvilke udgifter refunderes?</p> <p>Da du i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* og i henhold til direktiv 2011/24/EU* kun har ret til refusion af udgifter i medfør af din socialsikringsdækning i dit hjemland, medregnes kun de behandlingsudgifter, der følger direkte af den behandling, du har modtaget. Ekstra udgifter, f.eks. udgifter til rejse og ophold, kost, hjemtransport og ikkereceptpligtig smertestillende medicin, skal du selv betale. Sådanne udgifter kan imidlertid være dækket af din supplerende eller private sundhedsforsikring eller rejseforsikring.</p> <p>I henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* kan dine udgifter til rejse og ophold i udlandet dog være dækket, hvis den nationale lovgivning giver mulighed for godtgørelse udgifter til rejse og ophold, der ikke kan udskilles fra behandlingen, hvis behandlingen blev ydet i dit hjemland.</p>
<p>Hvor kan jeg finde oplysninger om, hvordan jeg gør krav på godtgørelse?</p> <p>Hvis du har brug for oplysninger om, hvordan du gør krav på godtgørelse*, herunder de gældende procedurer, de nødvendige dokumenter og tidsfrister, kan den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* eller det nationale kontaktpunkt* i dit hjemland hjælpe dig.</p>
<p>Hvad gør jeg, hvis jeg er uenig i min nationale sundhedsmyndigheds*/lovpligtige sygesikringsudbyders* afgørelse vedrørende mit krav om godtgørelse?</p> <p>Hvad gør du, hvis du ikke er tilfreds med det beløb, som den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* beslutter at refundere? Eller hvad nu, hvis din anmodning om godtgørelse* blev afvist, fordi de gældende tidsfrister er overskredet, eller fordi du ikke kunne fremlægge alle de krævede dokumenter, f.eks. de originale kvitteringer?</p> <p>Du har ret til at klage over enhver afgørelse, der er truffet af din nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder* vedrørende godtgørelse af udgifter til medicinsk nødvendig behandling*, du har modtaget i udlandet. Hvis du ikke er tilfreds med en afgørelse vedrørende din anmodning om godtgørelse* af dine behandlingsudgifter i udlandet, kan du i første omgang anmode den nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder* om at genoverveje afgørelsen. Hvis I ikke kan nå til enighed, kan du indgive en klage og søge erstatning efter de gældende procedurer i dit hjemland*. Du skal være opmærksom på de tidsfrister, der gælder for indgivelse af klager og erstatningskrav. Du skal være opmærksom på, at sådanne tidsfrister for indgivelse af klager eller erstatningskrav ikke udløber, mens I forsøger at nå til enighed, for at undgå, at du ikke længere kan indgive en klage eller kræve erstatning, hvis I ikke når til enighed.</p> <p>Kontakt den nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder* eller det nationale kontaktpunkt* for at få flere oplysninger om dine rettigheder og muligheder for at indgive en klage.</p>

2.4. Skal jeg tegne privat rejseforsikring eller supplerende sundhedsforsikring?

Skal jeg tegne privat rejseforsikring eller supplerende sundhedsforsikring?

Du bør være opmærksom på, at ekstra udgifter til rejse og ophold eller yderligere udgifter til hjemtransport og redningstjenester ikke er dækket af den offentlige sygesikringsordning. Sådanne udgifter kan imidlertid være dækket af din supplerende eller private sundhedsforsikring eller rejseforsikring.

Hvilke sundhedsydelser er dækket af min private forsikring?

Hvilke ydelser, der er dækket af din supplerende eller private sundhedsforsikring eller rejseforsikring, afhænger af din specifikke dækning. Inden du rejser til et andet land, skal du altid tjekke din forsikringspolice for at se, hvilke sundhedsydelser der er dækket.

Kontakt dit forsikringselskab for at få flere oplysninger.

2.5. Hvem skal jeg kontakte i nødstilfælde?

Hvordan ved jeg, hvem jeg skal kontakte, og hvilken sundhedstjenesteyder eller hvilket hospital jeg skal gå til i tilfælde af pludselig opstået sygdom eller skade i udlandet?

Det nationale kontaktpunkt* i det land, du besøger, kan give dig flere oplysninger om, hvad du skal gøre, og hvem du skal kontakte, hvis du pludselig bliver syg eller kommer til skade i løbet af dit ophold i det pågældende land.

I akutte tilfælde under ophold i EU* eller Schweiz skal du ringe 112. Det europæiske nødopkaldsnummer 112 er tilgængeligt overalt i EU* og er gratis. Hvis du har behov for omgående lægehjælp, skal du ringe 112 for at få direkte adgang til politi, ambulancetjenester eller brand- og redningstjenester.

③ Behandling i udlandet

3.1. Hvilke rettigheder har jeg med hensyn til adgang til behandling i udlandet?

Har jeg ret til at søge behandling i udlandet?

Hvis du har ret til sundhedsydelser under den sociale sikringsordning i et EU*-/EØS*-land, har du ret til sundhedsydelser i ethvert andet EU*-/EØS*-land eller Schweiz*, også kaldet planlagt behandling* i udlandet, og til at få refunderet udgifterne af dit hjemland*.

Du har ret til adgang til sundhedsydelser, herunder:

- lægelig diagnosticering
- lægebehandling
- ordinerings og udlevering af lægemidler og medicinsk udstyr.

Du kan få refunderet udgifter til planlagt behandling* i et andet EU*-/EØS*-land i henhold til både forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* og direktiv 2011/24/EU*.

De to muligheder har forskellige konsekvenser for patienter med hensyn til retsgrundlag, anvendelsesområde, kompetente myndigheder, betingelser for tilladelse, gældende godtgørelsestakster*, betalingsprocedure og formaliteter samt størrelsen af patientens egenbetaling. Du skal sikre, at du altid har kendskab til de økonomiske og andre konsekvenser, inden du rejser til et

andet land.

Bemærk, at grænseoverskridende sundhedsydelse* i Schweiz ikke er omfattet af direktiv 2011/24/EU*.

Hvad er forskellene mellem at søge behandling i udlandet i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* og i henhold til direktiv 2011/24/EU*?

Under *forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009**:

- Du har ret til grænseoverskridende sundhedsydelse* i ethvert EU*-/EØS*-land og Schweiz*.
- Telemedicyndelse* er ikke dækket.
- Du skal altid indhente forhåndstilladelse* fra din nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder*, inden du rejser til et andet land.
- Du har ret til refusion af udgifter, som var du forsikret under socialsikringslovgivningen i behandlingslandet*.
- Den omhandlede behandling skal være medtaget i den række af ydelser ved sygdom, der er dækket under den nationale sundhedsmyndighed*/den lovpligtige sygesikringsordning* i behandlingslandet* (også selv om du ville have haft ret til refusion af udgifter, hvis behandlingen blev givet i dit hjemland*).
- Den betalingsmetode (behandlingen vil ofte være gratis) og de godtgørelsestakster*, der anvendes i behandlingslandet*, gælder.

I henhold til *direktiv 2011/24/EU**:

- Du har ret til grænseoverskridende sundhedsydelse* i ethvert EU*-/EØS*-land (ikke i Schweiz*!).
- Langtidspleje*, tildeling af og adgang til organer* og offentlig vaccination* er ikke omfattet.
- Generelt kræves der ingen forhåndstilladelse* fra din nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder*. For visse sundhedsydelse, f.eks. hospitalsindlæggelse eller højt specialiseret og omkostningskrævende behandling, kan der dog være krav om forhåndstilladelse*, inden du rejser til et andet land.
- Du har ret til at få godtgjort udgifter til behandling i udlandet, som var behandlingen ydet i dit hjemland*.
- Den omhandlede behandling skal være medtaget i den række af ydelser ved sygdom, der er dækket under den nationale sundhedsmyndighed*/den lovpligtige sygesikringsordning* i dit hjemland* (du har kun ret til refusion af udgifter, hvis du ville have haft ret til refusion af dine udgifter, hvis behandlingen blev givet i dit hjemland).
- Du skal altid først selv betale alle udgifter til behandling. Efterfølgende kan du ansøge om godtgørelse* hos den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i dit hjemland. De anvender den samme godtgørelsestakst som ved behandling ydet i dit hjemland*.

3.2. Hvilken type behandling kan jeg søge i udlandet?

Hvilken type behandling kan jeg søge i udlandet?

Du kan få adgang til lægelig diagnosticering og lægebehandling samt ordinerer og udlevering af lægemidler og medicinsk udstyr i hele Europa.

I henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger*:

- Planlagt behandling* i ethvert andet EU*-/EØS*-land og Schweiz* er dækket.
- Den behandling, du ønsker at modtage, skal være medtaget i den række af ydelser ved sygdom, der er dækket under den sociale sikringsordning i behandlingslandet*. Når den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* har givet udtrykkelig tilladelse, kan du derfor

modtage sundhedsydelse uden for den række af ydelser, der er dækket i dit hjemland*. Den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* afgør imidlertid, om forhåndstilladelse* skal gives.

- Kun behandling, der gives af en offentlig sundhedstjenesteyder eller et offentligt hospital, er dækket. Sundhedsydelser, der ydes af en privat sundhedstjenesteyder eller på et privathospital, er sædvanligvis ikke omfattet, medmindre den private sundhedstjenesteyder eller privathospitalet har kontrakt med eller er tilknyttet den sociale sikringsordning og har ret til at levere ydelser, der er omfattet af socialsikringslovgivningen.
- Telemedicinydelser* er ikke dækket i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger*.

I henhold til direktiv 2011/24/EU*:

- Planlagt behandling*: i ethvert andet EU*/EØS*-land er dækket (ikke Schweiz*).
- Du har kun ret til behandling, der er medtaget i den række af ydelser ved sygdom, der er tilgængelige i henhold til socialsikringslovgivningen i dit bopælsland. Du er med andre ord kun berettiget til godtgørelse* af behandlingsudgifter i udlandet, hvis du er berettiget til refusion af udgifterne til den samme behandling i dit hjemland*.
- Både behandling, der ydes af offentlige og private sundhedstjenesteydere/hospitaler, er dækket.
- Direktiv 2011/24/EU* omfatter også telemedicinydelser*.
- Sundhedsydelser, herunder langtidspleje*, organtransplantation* offentlige vaccinationsprogrammer*, er ikke omfattet af direktiv 2011/24/EU.

Er telemedicin* også omfattet?

Telemedicin* er sundhedsydelser på afstand ved brug af IKT, f.eks. telekonsultation, teleovervågning, telekirurgi osv.

Telemedicinydelser* kan også være omfattet i henhold til direktiv 2011/24/EU*. Så længe telemedicinbehandlingen* leveres af en sundhedstjenesteyder, der er etableret i et andet EU*/EØS*-land, finder direktiv 2011/24/EU* anvendelse.

Da forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* udtrykkeligt kræver, at patienten fysisk rejser til og befinder sig i det behandlingsland, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret, finder de derimod ikke anvendelse på telemedicin*.

I tilfælde af telemedicin* skal du selv indhente oplysninger om dine rettigheder grænseoverskridende sundhedsydelser* i henhold til direktiv 2011/24/EU*.

3.2. Skal jeg have en forhåndstilladelse* fra min nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder*?

Hvad forstås der ved *forhåndstilladelse?**

Forhåndstilladelse* er den godkendelse, du muligvis skal have fra den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder*, inden du rejser til et andet land, for at du er garanteret refusion af udgifterne til din behandling i udlandet.

Skal jeg altid have en forhåndstilladelse* fra min nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder*, inden jeg rejser til et andet land?

Om du har brug for forhåndstilladelse*, inden du modtager behandling i et andet land, afhænger af, om du udøver din ret til grænseoverskridende sundhedsydelser* efter forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* eller efter direktiv 2011/24/EU*, og af den type

sundhedsydelse, du ønsker at modtage. Generelt skal du have forhåndstilladelse*, hvis du planlægger at modtage hospitalsbehandling i udlandet, eller hvis der er tale om højt specialiseret og omkostningskrævende behandling.

Hvis du ønsker at modtage grænseoverskridende sundhedsydelse* efter **forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger***, skal du altid have forhåndstilladelse* – både til behandling med hospitalsindlæggelse* og ambulante* behandling. Du skal indgive en anmodning om forhåndstilladelse til den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbydere*. Hvis din anmodning godkendes, udsteder sidstnævnte en S2-blanket*, som du skal vise til den behandlende sundhedstjenesteyder i udlandet som bevis for din socialsikringsdækning.

Generelt kræves der ingen forhåndstilladelse* fra den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbydere* i henhold til **direktiv 2011/24/EU***. For nogle behandlinger har EU-lovgiveren imidlertid givet medlemsstaterne mulighed for at indføre en ordning med forhåndstilladelse*. En anmodning om forhåndstilladelse* kan under alle omstændigheder kun kræves, hvis der er tale om:

- sundhedsydelse, der indebærer hospitalsindlæggelse med mindst én overnatning
- sundhedsydelse, der kræver brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr
- sundhedsydelse, der udgør en særlig risiko for patientens egen sikkerhed (patientsikkerhedsrisiko*) eller for befolkningens sikkerhed (sikkerhedsrisiko for befolkningen*)
- sundhedsydelse, der ydes af en sundhedstjenesteyder, der i konkrete tilfælde kan give anledning til alvorlig og konkret bekymring, for så vidt angår kvaliteten og sikkerheden af sundhedsydelsen.

Hvis du ønsker at få mere detaljerede oplysninger om, hvilke bestemte behandlinger der kræver forhåndstilladelse*, skal du kontakte den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbydere* eller det nationale kontaktpunkt* i dit hjemland for at få flere oplysninger.

BEMÆRK: Hvis forhåndstilladelse er påkrævet, må du aldrig modtage behandling i udlandet uden en sådan forhåndstilladelse* fra din nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbydere*. Hvis du har modtaget behandling i udlandet uden den krævede forhåndstilladelse* fra din nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbydere*, kan du risikere, at dit krav om godtgørelse* vil blive afvist. Det betyder, at du selv skal betale alle dine udgifter til behandling i udlandet.

Kan jeg selv vælge, om jeg vil indgive en anmodning om en forhåndstilladelse* i henhold til enten forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* eller direktiv 2011/24/EU*?

Når du anmoder om en forhåndstilladelse*, vil den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbydere* altid først undersøge, om forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* finder anvendelse.

Hvis betingelserne for at modtage behandling i henhold til forordningerne er opfyldt, udsteder den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbydere* automatisk en forhåndstilladelse* i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* (S2-blanket*). Hvis du imidlertid foretrækker at modtage behandling i henhold til direktiv 2011/24/EU*, skal du udtrykkeligt anmode den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbydere* om dets anvendelse.

Hvor kan jeg finde oplysninger om, hvordan jeg indgiver en anmodning om forhåndstilladelse*?

Hvis du har brug for oplysninger om, hvordan du indgiver en anmodning om forhåndstilladelse*, herunder de gældende procedurer, de nødvendige dokumenter og tidsfrister, kan den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbydere* eller det nationale kontaktpunkt* i dit hjemland hjælpe dig. Du skal altid være opmærksom på, at lægebehandling* i udlandet kan være meget dyr!

Hvilken institution er ansvarlig for at give en forhåndstilladelse*?

Den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i det land, under hvis sociale sikringsordning du er forsikret (dvs. den kompetente medlemsstat*), er generelt ansvarlig for at give forhåndstilladelse*.

Hvis du bor i et andet land end den kompetente medlemsstat*, kan du indgive din anmodning om en forhåndstilladelse* til den lokale nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i dit bopælsland. De fremsender din anmodning til den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i den kompetente medlemsstat*. Den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i dit bopælsland har dog undtagelsesvis kompetence til at give forhåndstilladelse*, hvis du er

- pensionist eller familiemedlem til en pensionist eller
- familiemedlem (under forsørgelse) med bopæl i et andet land end den forsikrede person, og dit bopælsland anvender en ordning for kompensation for ydelser ved sygdom mellem medlemsstater på grundlag af faste beløb* og er opført i bilag III til forordning (EF) nr. 987/2009*.

Kontakt din nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* eller det nationale kontaktpunkt* i det land, under hvis sociale sikringsordning du er forsikret, for at få flere oplysninger.

Hvad sker der, hvis jeg modtager behandling i udlandet, uden at jeg først har indhentet den krævede forhåndstilladelse*?

Hvis du har modtaget behandling i udlandet uden den krævede forhåndstilladelse* fra din nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder*, kan du risikere, at dit krav om godtgørelse* vil blive afvist, og at du selv skal betale alle dine behandlingsudgifter i udlandet.

Hvad gør jeg, hvis jeg er uenig i min nationale sundhedsmyndigheds*/lovpligtige sygesikringsudbyders* afgørelse vedrørende min anmodning om forhåndstilladelse*?

Du har ret til at klage over enhver afgørelse, der er truffet af din nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder* vedrørende din anmodning om en forhåndstilladelse* til behandling i udlandet. Hvis du ikke er tilfreds med den nationale sundhedsmyndigheds*/sygesikrings* afgørelse, kan du i første omgang anmode den om at genoverveje afgørelsen. Hvis I ikke kan nå til enighed, kan du indgive en klage og søge erstatning efter de gældende procedurer i dit hjemland*. Du skal være opmærksom på de tidsfrister, der gælder for indgivelse af klager og erstatningskrav. Du skal være opmærksom på, at sådanne tidsfrister for indgivelse af klager eller erstatningskrav ikke udløber, mens I forsøger at nå til enighed, for at undgå, at du ikke længere kan indgive en klage eller kræve erstatning, hvis I ikke når til enighed.

Kontakt den nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder* eller det nationale kontaktpunkt* for at få flere oplysninger om dine rettigheder og muligheder for at indgive en klage.

3.3. Skal jeg have en henvisning for at få adgang til specialiseret behandling i udlandet?**Skal jeg have en henvisning for at få adgang til behandling i udlandet?**

Hvis du ønsker at modtage behandling i henhold til *forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009**, afhænger kravet om en henvisning af, om der findes en ordning for henvisninger i behandlingslandet*. Hvis dette er tilfældet, skal du muligvis have en henvisning fra din egen praktiserende læge* eller en praktiserende læge* i behandlingslandet* for at få adgang til specialiserede sundhedsydelser i det pågældende land.

Hvis du ønsker behandling i udlandet i henhold til *direktiv 2011/24/EU**, afhænger kravet om en

henvisning af, om du skal have en henvisning for at få adgang til specialiseret behandling i dit hjemland*. Hvis sådan henvisning ikke kræves for at få adgang til sundhedsydelser i dit hjemland*, skal du heller ikke have en henvisning fra din praktiserende læge*, inden du får specialiseret behandling i udlandet.

Kontakt den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* og det nationale kontaktpunkt* i dit hjemland for at få flere oplysninger. Det nationale kontaktpunkt* i det land, hvor du ønsker at blive behandlet, kan give dig flere oplysninger om, hvorvidt der findes en ordning for henvisninger i det pågældende land.

3.3. Udgifter og godtgørelse

Skal jeg selv betale for behandlingen?

Om udgifterne til behandling betales direkte af din nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* (tredjepartsbetaling*), eller om du selv skal betale alle udgifterne med det samme og efterfølgende ansøge om godtgørelse, afhænger af, om du har modtaget behandling i udlandet med en S2-blanket* (forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009) eller i henhold til direktiv 2011/24/EU.

- I henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* afhænger betalingsmetoden af den ordning, der anvendes i behandlingslandet*. Da du behandles, som var du omfattet af den sociale sikringsordning i behandlingslandet*, har du samme rettigheder med hensyn til betaling som en indenlandsk patient med offentlig sundhedsforsikring. Der er to muligheder:
 - ❖ Den behandling, du har brug for, er gratis (hvilket ofte er tilfældet) eller er kombineret med en mindre egenbetaling. I det tilfælde afregnes udgifterne direkte mellem sundhedstjenesteyderen og socialsikringsmyndigheden i behandlingslandet. Den udenlandske myndighed kontakter derefter automatisk den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i dit hjemland for at få refusion, uden at du gør noget.
 - ❖ Du skal selv betale alle udgifter til behandling og efterfølgende gøre krav på godtgørelse enten hos den lokale socialsikringsmyndighed, mens du stadig er i udlandet, eller hos din egen nationale sundhedsmyndighed*/lovpålagte sygesikringsudbyder*, når du er kommet hjem. I begge tilfælde finder godtgørelsestaksten* i behandlingslandet* anvendelse.
- I henhold til direktiv 2011/24/EU skal du altid selv betale for din behandling med det samme*. Du betaler alle fakturaer direkte til sundhedstjenesteyderen/hospitalet i udlandet. Når du er kommet hjem, kan du ansøge om godtgørelse* hos den nationale sundhedsmyndighed*/lovpålagte sygesikringsudbyder*. Sidstnævnte anvender den samme godtgørelsestakst som ved indenlandsk behandling ydet i dit hjemland*.

Hvilket beløb kan jeg få dækket?

De udgifter, du kan få refunderet, afhænger af, om du har modtaget planlagt behandling* i udlandet i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* ved brug af en S2-blanket eller i henhold til direktiv 2011/24/EU*.

- I henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* refunderes dine udgifter efter det beløb, der er fastsat i behandlingslandets* regler og lovgivning. I nogle tilfælde kan du *imidlertid* have ret til yderligere compensation, det såkaldte Vanbrækel-

supplement* (se C-368/98 *Vanbraekel*). Hvis taksten til behandling i dit hjemland* er højere end taksten i behandlingslandet*, har du mere specifikt ret til yderligere godtgørelse fra din nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* derhjemme indtil det beløb, der svarer til de udgifter, der ville være blevet refunderet, hvis behandlingen blev ydet i dit hjemland* (uden at beløbet dog kan overstige dine faktiske (behandlings)udgifter i udlandet).

- I henhold til direktiv 2011/24/EU* refunderes dine udgifter efter det beløb, der er fastsat i dit hjemlands* regler og lovgivning.

Hvilke udgifter refunderes?

Da du i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* og i henhold til direktiv 2011/24/EU* kun har ret til refusion af udgifter i medfør af din socialsikringsdækning i dit hjemland, dækkes kun de behandlingsudgifter, der følger direkte af den behandling, du har modtaget. Ekstra udgifter, f.eks. udgifter til rejse og ophold, kost, hjemtransport og ikkereceptpligtig smertestillende medicin, skal du selv betale.

I henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* kan dine udgifter til rejse og ophold i udlandet dog være dækket, hvis den nationale lovgivning giver mulighed for godtgørelse udgifter til rejse og ophold, der ikke kan udskilles fra behandlingen, hvis behandlingen blev ydet i dit hjemland*.

Hvor kan jeg finde oplysninger om priserne på den behandling, jeg ønsker?

Det nationale kontaktpunkt* i det land, hvor du ønsker at blive behandlet, kan give dig flere oplysninger om taksterne for sundhedsydelser i det pågældende land. Den udenlandske sundhedstjenesteyder, du ønsker at konsultere, har desuden pligt til at give dig klare oplysninger om sine behandlingspriser.

Hvor kan jeg finde oplysninger om, hvordan jeg gør krav på godtgørelse?

Hvis du har brug for oplysninger om, hvordan du gør krav på godtgørelse*, herunder de gældende procedurer, de nødvendige dokumenter og tidsfrister, kan den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* eller det nationale kontaktpunkt* i dit hjemland hjælpe dig.

Hvad gør jeg, hvis jeg er uenig i min nationale sundhedsmyndigheds*/lovpligtige sygesikringsudbyders* afgørelse vedrørende mit krav om godtgørelse?

Hvad gør du, hvis du ikke er tilfreds med det beløb, som den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* beslutter at refundere? Eller hvad nu, hvis din anmodning om godtgørelse* blev afvist, fordi de gældende tidsfrister er overskredet, eller fordi du ikke kunne fremlægge alle de krævede dokumenter, f.eks. de originale kvitteringer?

Du har ret til at klage over enhver afgørelse, der er truffet af din nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder* vedrørende godtgørelse af udgifter til lægebehandling*, du har modtaget i udlandet. Hvis du ikke er tilfreds med en afgørelse vedrørende din anmodning om godtgørelse* af dine behandlingsudgifter i udlandet, kan du i første omgang anmode den nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder* om at genoverveje afgørelsen. Hvis I ikke kan nå til enighed, kan du indgive en klage og søge erstatning efter de gældende procedurer i dit hjemland*. Du skal være opmærksom på de tidsfrister, der gælder for indgivelse af klager og erstatningskrav. Du skal være opmærksom på, at sådanne tidsfrister for indgivelse af klager eller erstatningskrav ikke udløber, mens I forsøger at nå til enighed, for at undgå, at du ikke længere kan indgive en klage eller kræve erstatning, hvis I ikke når til enighed.

Kontakt den nationale sundhedsmyndighed*/lovpligtige sygesikringsudbyder* eller det nationale kontaktpunkt* for at få flere oplysninger om dine rettigheder og muligheder for at indgive en klage.

3.4. Behandlingsmuligheder og sundhedstjenesteydere i udlandet

Hvordan kan jeg selv finde oplysninger om behandlingsmuligheder i udlandet?

Den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* eller det nationale kontaktpunkt* i dit hjemland kan ikke give dig oplysninger om behandlingsmuligheder i udlandet.

Generelt skal du selv indhente oplysninger om behandlingsmuligheder i udlandet. Det nationale kontaktpunkt* i det land, hvor du ønsker at blive behandlet, kan give dig flere oplysninger om de behandlinger, der tilbydes i det pågældende land.

Hvordan kan jeg vide, hvilken sundhedstjenesteyder jeg skal kontakte i udlandet?

Hvis du ønsker at få oplysninger om sundhedstjenesteydere eller hospitaler i udlandet og om, hvordan du kan kontakte dem, kan det nationale kontaktpunkt* i det land, hvor du ønsker at blive behandlet, give dig flere oplysninger.

④ Kvalitet og sikkerhed

Hvor kan jeg finde oplysninger om behandlingskvaliteten i udlandet?

Den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* eller det nationale kontaktpunkt* i dit hjemland kan ikke give dig oplysninger om behandlingskvaliteten i et andet land. Når du modtager behandling i et andet, gælder kvalitets- og sikkerhedsstandarderne i det pågældende land.

Generelt skal du selv indhente oplysninger om behandlingskvaliteten i udlandet. Det nationale kontaktpunkt* i det land, hvor du ønsker at blive behandlet, kan give dig flere oplysninger.

Hvor kan jeg finde flere oplysninger om specifikke sundhedstjenesteydere eller hospitaler i udlandet?

Generelt skal du selv indhente oplysninger om sundhedstjenesteydere og hospitaler i udlandet. Det er vigtigt, at du indhenter tilstrækkelige oplysninger om:

- sundhedstjenesteyderens autorisations- og registreringsstatus, dvs. dokumentation for vedkommendes tilladelse til at virke som sundhedstjenesteyder
- sundhedstjenesteyderens forsikringsdækning med hensyn til erhvervsansvar
- sundhedstjenesteyderens ret til at udbyde tjenester, der er dækket af den sociale sikringsordning.

Disse oplysninger kan også gives af den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* eller det nationale kontaktpunkt* i det land, hvor du ønsker at blive behandlet.

⑤ Patientjournal og sprog

Hvor kan jeg finde flere oplysninger om behandlingssproget i et andet land?

Det nationale kontaktpunkt* i det land, hvor du ønsker at blive behandlet, kan give dig flere oplysninger om behandlingssprogene i det pågældende land. Hvis behandling gives på et andet sprog, skal du selv undersøge, om du skal sørge for tolkning ved din kontakt med den behandlende sundhedstjenesteyder og andet sundhedspersonale i udlandet.

Hvordan kan jeg få min patientjournal overført til et andet land?

I henhold til direktiv 2011/24/EU* har enhver patient, der modtager grænseoverskridende sundhedsydelser*, ret til mindst én kopi af alle personoplysninger* vedrørende deres sundhed. Du har mere specifikt ret til en kopi af din patientjournal*, som indeholder oplysninger som f.eks. diagnose, undersøgelsesresultater, behandlende sundhedstjenesteyderes vurderinger og information om behandlinger eller indgreb, der er gennemført.

Din sundhedstjenesteyder skal give dig adgang til eller mindst én kopi af din patientjournal, så du selv kan sørge for overførsel af dine registreringer. Sundhedstjenesteyderen kan også overføre din patientjournal direkte til din behandlende sundhedstjenesteyder, hospitalet eller klinikken i udlandet.

⑥ Opfølgende behandling

Hvad gør jeg, hvis jeg har brug for opfølgende behandling efter behandling i udlandet?

Når du har modtaget behandling i udlandet, og efterfølgende lægelig opfølgning viser sig at være nødvendig, har du ret til passende opfølgende behandling* i dit hjemland* på samme måde som, hvis du var blevet behandlet derhjemme og ikke i udlandet.

⑦ Klager og erstatning

Hvad gør jeg, hvis jeg ikke er tilfreds med den behandling, jeg har modtaget, eller hvis noget går galt?

Hvis du ikke er tilfreds med den behandling, du har modtaget i udlandet, har du ret til at indgive en klage og kræve erstatning. Da behandlingen er givet i udlandet, finder behandlingslandets lovgivning anvendelse. Du er derfor omfattet af de proceduremæssige regler, tidsfrister, regler om bevisbyrde og bestemmelser om erstatning, der gælder i behandlingslandet*.

Hvor kan jeg få flere oplysninger om mine muligheder for at indgive en klage og kræve erstatning?

Kontakt det nationale kontaktpunkt* i behandlingslandet* for at få flere oplysninger om dine muligheder for at indgive en klage, bilægge tvister og kræve erstatning, hvis noget går galt. Indhent selv oplysninger om de forskellige gældende procedurer, hvilke institutioner du skal henvende dig til, hvad du skal gøre, tidsfristen og de forventede proceduremæssige omkostninger.

⑧ Recepter i udlandet

Kan jeg indlevere en recept, der er udstedt af min sundhedstjenesteyder derhjemme, på et apotek i udlandet?

En recept* på et lægemiddel eller på medicinsk udstyr, der er udstedt i dit land, er gyldig i ethvert EU*/EØS*-land.

For at sikre, at din recept* anerkendes og kan forstås af apoteket i udlandet, skal du imidlertid oplyse din ordinerende sundhedstjenesteyder, at du planlægger at anvende recepten i udlandet. Han eller hun vil ordinere lægemidlet eller det medicinske udstyr i overensstemmelse med minimumsoplysningskravene for grænseoverskridende recepter* (gennemførelsesdirektiv 2012/52/EU*):

- identifikation af patienten: efternavn(e), fornavn(e), fødselsdato
- bekræftelse af receptens ægthed: udstedelsesdato
- identifikation af den receptudstedende sundhedsperson: efternavn(e), fornavn(e), stillingsbetegnelse, direkte kontaktoplysninger (e-mail og telefon eller fax med landekoder), arbejdsadresse (inkl. navnet på den pågældende medlemsstat), skriftlig eller digital underskrift
- identifikation af det ordinerede lægemiddel: fællesnavn (aktivt stof) eller undtagelsesvis varemærke, lægemiddelform (tablet, opløsning osv.), mængde, styrke, dosering.

Du skal være opmærksom på, at det pågældende lægemiddel muligvis ikke er tilgængeligt eller markedsført i et andet EU*/EØS*-land. Du bør så vidt muligt altid tilstræbe at købe dine receptpligtige lægemidler på et apotek i det land, hvor recepten er udstedt.

Har jeg stadig ret til refusion af udgifter til ordineret medicin, hvis jeg køber den i udlandet?

Når du viser et gyldigt europæisk sygesikringskort*, har du ret til at købe receptpligtige* lægemidler og receptpligtigt medicinsk udstyr efter de samme regler og takster som indenlandske patienter i det land, du besøger. Dette gælder imidlertid kun, hvis recepten er udskrevet i det berørte land som følge af pludselig opstået sygdom eller skade under dit ophold (personer, der lider af kroniske sygdomme, kan også bruge deres europæiske sygesikringskort* til at købe receptpligtige* lægemidler og receptpligtigt medicinsk udstyr under deres ophold i udlandet).

I henhold til direktiv 2011/24/EU* har du desuden at anmode den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* om godtgørelse*. I dette tilfælde skal du først selv betale udgifterne til de receptpligtige* lægemidler eller det receptpligtige medicinsk udstyr i udlandet. Du modtager efterfølgende godtgørelse, når du er kommet hjem, efter de regler og takster, der anvendes i dit hjemland*.

⑨ Nationale kontaktpunkter

Hvad er nationale kontaktpunkter?

I henhold til direktiv 2011/24/EU* har hver medlemsstat etableret et eller flere nationale kontaktpunkter* for grænseoverskridende sundhedsydelse*. Medlemsstaterne bestemmer selv, hvordan disse kontaktpunkter organiseres. Der er følgelig store forskelle mellem landene. Nogle nationale kontaktpunkter* er etableret under den nationale sygesikringsudbyder eller sundhedsministeriet, mens andre er uafhængige organer.

De nationale kontaktpunkters* primære opgave er at give patienter klare og tilgængelige oplysninger om alle aspekter af lægebehandling* i udlandet. De nationale kontaktpunkter kan give patienterne oplysninger om forskellige forhold afhængigt af, om patienten er en indenlandsk patient, der ønsker adgang til behandling i udlandet (udrejsende patient*), eller en udenlandsk patient, der ønsker adgang til sundhedsydelse i det pågældende land (patient udefra*).

Hvordan kontakter jeg et nationalt kontaktpunkt?

Alle nationale kontaktpunkter* har et websted med de vigtigste oplysninger om lægebehandling* i udlandet (grænseoverskridende sundhedsydelse*). Patienter kan desuden kontakte nationale kontaktpunkter* direkte for at få flere oplysninger eller vedrørende personlige forespørgsler om adgang til behandling i udlandet, f.eks. pr. telefon, e-mail eller en onlinekontaktformular. Mange nationale kontaktpunkter* betjener desuden patienter personligt på deres kontor. Kontaktoplysningerne for det nationale kontaktpunkt findes på kontaktpunktets websted og på Europa-Kommissionens websted.

⑩ Sjældne sygdomme

Hvad er mine muligheder for at få ny eller alternativ behandling i udlandet, som ikke er tilgængelig i mit hjemland*?

Eftersom nationale sundhedsmyndigheder* eller sygesikringsudbydere* efter eget skøn træffer afgørelse om tilladelser til behandling i udlandet, kan patienter med sjældne sygdomme i henhold til forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger (EF) nr. 883/2004 og 987/2009* søge behandling i en anden EU*-/EØS*-medlemsstat eller Schweiz* for diagnoser og behandlinger, der ikke er tilgængelige i patientens hjemland*. Såfremt den pågældende behandling er dækket i behandlingslandet, kan der gives forhåndstilladelse.

Bemærk, at du i denne situation blot har ret til at anmode om forhåndstilladelse*. Det tilkommer stadig den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* at give forhåndstilladelse*.

I henhold til både forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger* og direktiv 2011/24/EU* skal der gives forhåndstilladelse* til behandling i udlandet, hvis den pågældende behandling er dækket af ydelser ved sygdom i dit hjemland* og ikke kan ydes der inden for en tidsfrist, som er lægeligt forsvarlig, baseret på din helbredstilstand. At behandlingen skal være dækket i dit hjemland*, betyder ikke, at behandlingsproceduren i udlandet skal være præcist den samme. Så længe selve behandlingen er dækket, har du ret til at modtage tilsvarende behandling i udlandet, selv om behandlingen ydes efter nye teknikker og metoder eller alternative procedurer. Disse teknikker bør imidlertid være baseret på den nyeste teknologi og videnskabelige undersøgelser på internationalt niveau. Behandlingen skal desuden anses for en sædvanlig behandling i lyset af den nationale og internationale videnskabs udviklingstrin (se C-157/99 *Smits-Peerbooms*).

Hvad er europæiske netværk af referencecentre?

Europæiske netværk af referencecentre* hjælper sundhedstjenesteydere og ekspertisecentre i hele Europa med at dele viden om komplekse eller sjældne sygdomme og lidelser, der kræver højt specialiseret behandling og koncentration af viden og ressourcer.

Gennem virtuelle IT-platformer kan anerkendte sundhedstjenesteydere og specialister drøfte og undersøge en patients diagnose og behandling, uden at patienten skal rejse til et andet land, og uden at sundhedstjenesteyderne fysisk skal være til stede i det land, hvor patienten befinder sig.

De første europæiske netværk af referencecentre blev lanceret i marts 2017. Siden da, er der allerede blevet etableret 24 netværk, som arbejder med forskellige tematiske områder, f.eks. knoglelidelser,

børnekræft, hjertesygdomme, luftvejssygdomme osv.

Kontakt dit nationale kontaktpunkt*, eller besøg www.europa.eu/youreurope for at få flere oplysninger.

Hvor kan jeg finde oplysninger om patientorganisationer i et andet land?

For at få flere oplysninger om patientorganisationer i udlandet kan du kontakte det nationale kontaktpunkt* i det land, hvor du ønsker at blive behandlet.

11 Bo i udlandet

10. 1. Hvis du planlægger at flytte til et andet land

Hvad med min socialsikringsdækning, hvis jeg bosætter mig i udlandet?

Hvis du har planer om at flytte til et andet EU*/-EØS*-land eller Schweiz, kan dette påvirke din socialsikringsdækning. De specifikke følger for din socialsikringsdækning afhænger af din konkrete situation samt af årsagerne til og varigheden af dit ophold i udlandet. Den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* kan give dig flere oplysninger.

10. 2. Mulighed for at bo i udlandet og være forsikret under et andet lands sociale sikringsordning

Hvem kan udstede forhåndstilladelse til grænseoverskridende sundhedsydelse, hvis jeg bor uden for det land, hvor jeg er dækket af socialsikringsordningen?

Den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i det land, under hvis sociale sikringsordning du er forsikret (dvs. den kompetente medlemsstat*), er ansvarlig for at give forhåndstilladelse*.

Hvis du bor i et andet land end den kompetente medlemsstat*, kan du indgive din anmodning om en forhåndstilladelse* til den lokale nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i dit bopælsland. De fremsender din anmodning til den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i den kompetente medlemsstat*. Den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i dit bopælsland har dog undtagelsesvis kompetence til at give forhåndstilladelse*, hvis du er

- pensionist eller familiemedlem til en pensionist eller
- familiemedlem (under forsørgelse) med bopæl i et andet land end den forsikrede person, og dit bopælsland anvender en ordning for kompensation for ydelser ved sygdom mellem medlemsstater på grundlag af faste beløb* og er opført i bilag III til forordning (EF) nr. 987/2009*.

Kontakt din nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* eller det nationale kontaktpunkt* i det land, under hvis sociale sikringsordning du er forsikret, for at få flere oplysninger.

Har jeg ret til sundhedsydelser under et ophold tilbage i det land, hvor jeg er dækket af socialsikringsordningen?

Dette afhænger af din personlige situation. Oftest har du kun ret til sundhedsydelser i dit bopælsland, uanset om de betales af det land, under hvis socialsikringslovgivning du er forsikret.

I nogle tilfælde har patienter imidlertid fortsat ret til sundhedsydelse i landet for deres sociale sikringsordning eller i det land, hvor de tidligere arbejdede:

(! Familiemedlemmer til en grænsearbejder med bopæl i en af de medlemsstater, der er opført i bilag III til forordning (EF) nr. 883/2004, er ikke omfattet af de særlige ordninger nedenfor.)*

- (Udsendte) arbejdstagere, herunder grænsearbejdere*, der er bosiddende i et andet land end det land, hvor de arbejder og er omfattet af den sociale sikringsordning, har ret til sundhedsydelse under et ophold i arbejdslandet for dette lands regning og efter dets lovgivning, som var den pågældende bosiddende i dette land.
- Pensionister, der er bosiddende uden for det land, under hvis sociale sikringsordning de er forsikrede, kan have ret til sundhedsydelse under et ophold tilbage i det land, hvor de er omfattet af den sociale sikringsordning, for dette lands regning og efter dets lovgivning, som var den pågældende bosiddende i dette land (gælder kun, hvis landet for socialsikring har valgt denne ordning og er opført i bilag IV til forordning (EF) nr. 883/2004*).
- Pensionerede grænsearbejdere har fortsat ret til behandling i det land, hvor de senest arbejdede, i det omfang der er tale om fortsættelse af en behandling, som blev indledt, mens de arbejdede. I nogle tilfælde har en pensioneret grænsearbejder fortsat ret til sundhedsydelse i det tidligere arbejdsland, uanset om der er tale om fortsættelse af en behandling eller ej, for dette lands regning og efter dets lovgivning, som var den pågældende bosiddende i dette land. Dette er tilfældet, hvis han/hun har arbejdet som grænsearbejder i mindst to år i løbet af de seneste fem år inden datoen for vedkommendes pension, og både medlemsstaten for den tidligere lønede beskæftigelse og det land, hvor han/hun er omfattet af socialsikring, har valgt dette og er opført i bilag V til forordning (EF) nr. 883/2004*. I dette tilfælde skal den pensionerede grænsearbejder anmode om en S3-blanket* hos den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i det land, hvor han/hun er omfattet af socialsikringslovgivningen. S3-blanketten* skal forelægges socialsikringsmyndigheden i det tidligere arbejdsland.

Hvilket nationalt kontaktpunkt skal jeg kontakte for at få flere oplysninger? Det nationale kontaktpunkt i det land, hvor jeg er dækket af socialsikringsordningen, eller det nationale kontaktpunkt i mit bopælsland?

Hvis du bor i udlandet, skal du kontakte det nationale kontaktpunkt* i det land, hvor den institution, som er ansvarlig for din forhåndstilladelse*, er beliggende. Det kan give dig alle de nødvendige oplysninger om dine rettigheder.

Institution, der har kompetence til at udstede en forhåndstilladelse:

Den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i det land, under hvis sociale sikringsordning du er forsikret (dvs. den kompetente medlemsstat*), er ansvarlig for at give forhåndstilladelse*. Den nationale sundhedsmyndighed*/sygesikringsudbyder* i dit bopælsland har dog undtagelsesvis kompetence til at give forhåndstilladelse*, hvis du er

- pensionist eller familiemedlem til en pensionist eller
- familiemedlem (under forsørgelse) med bopæl i et andet land end den forsikrede person, og dit bopælsland anvender en ordning for kompensation for ydelser ved sygdom mellem medlemsstater på grundlag af faste beløb* og er opført i bilag III til forordning (EF) nr. 987/2009*.

