

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Att: Birgitta Winkler

DANSKE  
REGIONER



24-03-2015

Sag nr. 15/577

Dokumentnr. 15543/15

Birgitte Bidstrup

Andreas Brenneche

E-mail: abr@regioner.dk

## Hørings svar af Danske Regioner

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har den 27. februar 2015 sendt udkast til vejledning om grænseoverskridende sundhedsydelse i EU-/EØS-lande i høring.

Danske Regioner har følgende bemærkninger til vejledningen. Bemærkningerne er inddelt i generelle og tekstnære bemærkninger. Yderligere fremgår et særskilt afsnit vedrørende beregning af refusion.

### Generelle bemærkninger

Indledningsvist finder Danske Regioner vejledningen overskueligt opbygget. Det skal dog i den forbindelse bemærkes, at der er et ønske om, at sproget gøres lettere tilgængeligt, og at der i højere grad anvendes praktiske eksempler med henblik på at øge vejledningens værdi som arbejdsredskab for personer også uden juridisk baggrund mv.

### **Afsnit 2**

#### Sammenhæng mellem direktiv og forordning

Det fremgår af vejledningens afsnit 2, side 4, at når en dansk sikret søger regionen om refusion efter regler der implementerer direktivet, skal regionen kontrollere, om borgeren ville være bedre stillet efter forordningen. Det bedes i den forbindelse venligst uddybet, hvornår refusionen ”søges efter de regler, der implementerer direktivet”?

Er svaret dét faktum, at en borger sender en regning til regionen i stedet for kommunen, eller skal det specifikt uddybes af borgeren, at der søges efter reglerne i direktivet? Danske Regioner gør i denne forbindelse opmærksom

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E regioner@regioner.dk

på, at f.eks. Region Hovedstaden hidtil ikke har modtaget ansøgninger om refusion, hvor borger udtrykkeligt har valgt, hvilket regelsæt borgeren ønsker anmodningen om refusion behandlet efter. Derimod oplever denne region, at borgerne kan være meget forvirret om kommunen ctr. regionens opgaver, og at det mere er et tilfælde, hvor regningen sendes hen, end det er borgerens bevidste valg.

Skal ovenstående forstås således, at blot det faktum at regningen sendes til regionen skal medføre, at regionen skal undersøge, hvorvidt der kan gives refusion efter forordningen, og om det er mere gunstigt for borgeren end refusion efter direktivet? En sådan fremgangsmåde ville indebære, at når regionen modtager en ansøgning om refusion, skal regionen kontakte Patientombuddet (POB), som skal undersøge, om der eventuelt kan ydes refusion efter forordningen ved at indhente oplysninger fra behandlingslandet. POB meddeler herefter regionen om refusionsbeløbet, hvorefter regionen skal påse, efter hvilket regelsæt en refusion vil være mest gunstig. Hvis det er efter forordningen skal regionen sende anmodningen om refusion til POB, som skal træffe afgørelse i sagen om refusion efter forordningen.

Dette er efter Danske Regioners vurdering en meget tidskrævende sagsgang – ikke mindst for borgeren - da der er meget korrespondance frem og tilbage mellem myndighederne før der kan træffes afgørelse i sagen.

Danske Regioner finder det derfor mere hensigtsmæssigt om POB i stedet var indgangspunkt for disse sager og foretog den indledende vurdering om refusion vil være mere gunstigt efter forordningen eller direktivet. Så er det kun de sager, hvor refusion er mere gunstigt efter direktivet, som POB skal sende videre til regionen.

Danske Regioner bemærker endvidere, at det – som det også fremgår generelt af vejledningen, f.eks. side 4, at det altovervejende udgangspunkt er, at borgeren er bedre stillet efter forordningens ved de ikke planlagte behandlinger under midlertidigt ophold i et andet EU-/EØS-land. Henset hertil, synes ovenstående fremgangsmåde derfor som en noget omstændelig proces, både for borgeren og for de involverede myndigheder.

Det bemærkes endvidere, at der i fodnote 2 på s. 4, fremgår at ”Regionsrådet/kommunalbestyrelsen kan evt. bede patienten oplyse i forbindelse med ansøgning om refusion, om behandlingen, der er gennemført i et andet EU-/EØS-land, var behandling, som blev medicinsk nødvendig under opholdet, jf. afsnit 6.1.7., afsnit 7.1.8. og afsnit 8.1.5”. Danske Regioner undrer sig

over, at der står ”kan evt.”, da Danske Regioner mener, at det *skal* oplyses. Kan ministeriet derfor uddybe, hvad der menes her?

Side 3

Det fremgår af sidste afsnit på s. 3, at direktivets regler ikke berører forsikrede personers ret til godtgørelse af udgifter til sundhedsydelser, som er omfattet af forordningens regler. Dette reguleres udelukkende af forordningens regler samt national ret. Dette afsnit virker lidt i modstrid med at personer selv kan vælge, hvilket regelsæt en anmodning om refusion skal behandles efter samt, at der alene kan ydes refusion efter ét af regelsættene ?

POB har i en klagesagsafgørelse vurderet, at ikke planlagt behandling også er omfattet af direktivet, hvis borgeren kører fra Danmark til skadestuebehandling/sygehusbehandling i Tyskland. Det ønskes præciseret i 2. afsnit under punkt 2, at retten til refusion efter direktivet ikke er begrænset til behandling der bliver medicinsk nødvendig ”under ophold” i et andet EU-/EØS-land.

Der bedes indsat et afsnit om den situation, hvor borgeren på eget initiativ kører over grænsen for at søge ikke-planlagt behandling f.eks. på skadestue. Forordningen gælder ikke hvor formålet med rejsen er behandling. I disse situationer er det alene direktivets regler der finder anvendelse.

### **Afsnit 3.1**

#### Personkredsen

Det fremgår af sidste afsnit på side 5, at ” *Danmark er forsikringsmedlemsstat i relation til direktivet for tredjelandes statsborgere der bor i Danmark, og som ikke er omfattet af forordningens regler.*” Danske Regioner ønsker en uddybning af, hvilke personer, der her henvises til. Er det f.eks. personer på tålt ophold?

### **Afsnit 6.1**

#### Ydelser

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

Danske Regioner ønsker at indholdet i § 31, stk. 2 præciseres, da praksis fra POB efter vores opfattelse har givet anledning til tvivl i forhold til den del af bestemmelsen, som kræver en vurdering af hvilken behandling en patient ville være blevet tilbudt i det danske sundhedsvæsen.

Vedrørende samme eller lignende behandling, oplyser vejledningen, at der her skal tages udgangspunkt i serviceniveauet i det offentlige danske sygehusvæsen. Ministeriet nævner situationen, hvor regioner har ens praksis. Hvorledes tænker ministeriet, at regionerne skal forholde sig i de tilfælde, hvor regionerne ikke har ens praksis? Kunne ministeriet komme med et eksempel på denne håndtering?

Ministeriet anfører vedrørende samme eller lignende behandling, at en region, hvor en patient har modtaget en behandling i et andet EU-land inden for samme kategori og hvor en behandling har en bedre virkning end den behandling, der kan tilbydes i Danmark, ikke kan afvise refusion med den begrundelse, at behandlingen kan modtages rettidigt i Danmark. Skal dette forstå således, at hvis to behandlinger er inden for samme kategori, så kan der gives afslag med rettidig, hvis virkningen af behandlingen er den samme som i Danmark, men ikke hvis virkningen er bedre? Hvad er grundlaget herfor?

Som sagsbehandler (f.eks. når denne skal træffe afgørelser om forhåndsgodkendelse, men også i forbindelse med patientvejledernes vejledning), er ovenstående derfor svært at navigere i. På den ene side, skal det være samme serviceniveau som i Danmark, men samtidig må behandlingen gerne være bedre. Det kunne derfor være hensigtsmæssigt om dette uklare område kunne uddybes af ministeriet? Ministeriet bedes endvidere forholde sig konkret til, hvilken grad af evidens der skal foreligge ved denne vurdering. Ministeriet bedes også oplyse, om det er patientens opgave at fremskaffe disse informationer vedr. ”den bedre virkning” (f.eks. på kræftbehandlinger i Tyskland).

Endelig er det uklart, hvornår en behandling bevæger sig fra at være ”bedre” til at være højt specialiseret – og dermed følger andre regler. En eksplitering af dette kunne derfor hjælpe i vejledning/sagsbehandlingen.

I 4. afsnit på side 8, anføres det at *”Hvis en sundhedsperson i et andet EU-/EØS-land har vurderet, at en given behandling har været indiceret, og denne behandling tilbydes på samme indikation i det offentlige danske sundhedsvæsen, vil patienten være berettiget til refusion af udgifterne hertil, forudsat betingelserne i øvrigt er opfyldt. Dette gælder også, selvom en sundhedsperson i Danmark har set patienten og har vurderet, at behandlingen ikke var indiceret.”*

Danske Regioner forstår her begrebet ”indikation” i vejledningen, som den helt konkrete vurdering af en persons tilstand og behandling heraf. Hvis denne ordlyd opretholdes, så vil det efter Danske Regioners opfattelse betyde, at regionen skal undersøge alle landets afdelinger, om de ville tilbyde behandlingen på den samme indikation. Det vil sige, at afdelingerne vil skulle vurdere om de vil tilbyde behandlingen til personen, hvis vedkommende havde været hos dem. Danske Regioner mener endvidere, at dette vil være i modsætning til de afgørelser som er kommet fra POB, om at der ikke skal lægges vægt på den konkrete persons omstændigheder, men på hvorvidt den samme eller lignende behandling tilbydes til samme sygdomskategori.

Der bedes nærmere præciseret hvilke typer ”retningslinjer” der kan anvendes som generelle. Er samtlige kliniske retningslinjer for visitationskriterier et eksempel herpå?

Særligt i forhold til forhåndsgodkendelsessager, hvor sagsbehandlingstiden er underlagt en stram tidsgrænse er det relevant, at ministeriet beskriver, hvordan regionen let og umiddelbart skal finde konkret information om, hvorvidt en bestemt – måske ikke særligt anvendt - behandling tilbydes i en anden region? Som der skrives på side 8 findes der ikke en samlet liste over anvendte behandlinger i Danmark. Behovet for præcisering heraf forstærkes desuden af, at regelsættet også anføres at gælde ved eksperimentel og forskningsmæssig behandling.

## **Afsnit 6.1.2**

### Behandling der både leveres på sygehus og i speciallægepraksis

Sygehusbekendtgørelsen § 31 stk. 6 omhandler som udgangspunkt udelukkende sygehusbehandling. Det fremgår endvidere i vejledningen, at der dog kan være undtagelser hertil, som f.eks. hvis en behandling alene i en enkelt region kan udføres uden for sygehus.

Skal det forstås således, at udgangspunktet i sygehusbekendtgørelsens § 31, stk. 6 er, at en behandling kun er sygehusbehandling efter bekendtgørelsen, hvis den i Danmark udelukkende er sygehusbehandling, men hvis behandlingen i kun én – og ikke to - regioner tilbydes uden for sygehus, så betragtes behandlingen alligevel som sygehusbehandling? Hvorledes stemmer dette overens med den absolutte formulering af sygehusbekendtgørelsens § 31, stk. 6?

Yderligere gør Danske Regioner opmærksom på, at sidste afsnit under punkt 6.1.2, hvor det bemærkes, at der er tale om en konkret vurdering, besværliggør sagsbehandlingen, og der er risiko for, at sammenlignelige sager behandles efter forskellige regler. Såfremt formuleringen opretholdes, er der behov for en uddybning af, hvad der skal lægges vægt på i den konkrete vurdering af om en behandling ydes i speciallægepraksis eller alene på sygehus. Eksempelvis kan der efter overenskomsten, laves konkrete aftaler om løsning af sygehusopgaver i speciallægepraksis. Det bør uddybes, hvorvidt behandlinger i henhold til disse aftaler falder i den ene eller den anden kategori.

Det skal endeligt bemærkes, at problemstillingen i praksis opleves, som noget bredere end beskrevet i vejledningen, da tilsvarende afgrænsningsproblematikker ligeledes findes på de andre overenskomstområder, så som fysioterapi, tandlæge, almen praksis mv.

### **Afsnit 6.1.3**

#### Henvisning

Det fremgår af sygehusbekendtgørelsens § 31, stk. 4, at ” *Regionsrådet kan efter en konkret vurdering yde refusion for sygehusbehandling til en person, der ikke er henvist til behandling, jf. stk. 3, når omstændighederne taler derfor.* ” I hvilke tilfælde finder ministeriet denne bestemmelse kan finde anvendelse?

På side 9 fremgår at ” *Henvisningen skal være udtryk for patientens konkrete og aktuelle tilstand og behandlingsbehov* ”. Der bedes om eksempler? Og kan man f.eks. opstille en tommelfingerregel for henvisningers ”gyldighedsperiode”.?

Side 10, 3 afsnit: ” *...kan patienten fortsat anses som henvist til behandling, med mindre der er gået lang tid, efter at patienten fik et tilbud om behandling, og forudsat at behandlingsbehovet fortsat er til stede* ”. Kan ministeriet uddybe her, hvad er ”lang tid”?

Side 10, 4. afsnit: Er det der beskrives her reelt en 2.nd opinion af patienten? Eller omhandler afsnittet reelt at manglende indikation i Danmark ikke udelukker behandling i EU land? Kunne det evt. omformuleres?

#### Afsnit 6.1.4

##### Forhåndsgodkendelse

Det bemærkes at afsnittet om, hvilke behandlinger der forudsætter forhåndsgodkendelse omhandler et område, der er svært gennemskueligt særligt ved en sammenholdelse af direktivets ordlyd, sygehusbekendtgørelsens § 34's ordlyd samt Sundhedsstyrelsens oplysninger herom. Det kunne derfor være ønskeligt, om vejledningen afsnit herom kunne bidrage til en større tydlighed om emnet – her tænkes særligt på vejledning af borgere.

Afsnit 7 side 12 lyder: *Et regionsråd kan vælge at meddele forhåndstilsagn i tilfælde, hvor forhåndsgodkendelse er påkrævet, selvom regionsrådet kan tilbyde patienten rettidig behandling.* Såfremt der findes eksempler på tilfælde, hvor dette er sket, og hvad baggrunden var, kunne beskrivelser af disse eksempler være gode at få ind i vejledning med henblik på en ensretning af sagsbehandlingen regionerne imellem.

Det anbefales at der tilføjes et afsnit om hvad der er omfattet af en forhåndsgodkendelse, og hvordan dette afgrænses i de enkelte patientforløb med flere undersøgelser/behandlinger?

F.eks. Hvis der er tale om et specialiseret behandlingsforløb – som kræver forhåndsgodkendelse - er alle underliggende udredningstiltag da omfattet af det specialiserede forløb, uanset at de enkeltvist kunne være hovedfunktionsopgaver under hensyn til sygehusets planlægning af patientens samlede udredning og behandling? Forløbet ”deles ikke op” i enkeltstående undersøgelser/behandlinger? Hvis den specialiserede udredning/behandling kan tilbydes rettidigt i Danmark gives der afslag på forhåndsgodkendelse til hele patientforløbet?

Såfremt behandlingen i Danmark (ikke nødvendigvis i den enkelte region) tilbydes ambulantly kan der ikke kræves forhåndsgodkendelse. Refusionen opgøres her (jf. 6.1.6.) i overensstemmelse med udgifterne ved ambulantly behandling. Hvis der søges om forhåndsgodkendelse til en hovedfunktionsbehandling, som i bopælsregionen sker ved indlæggelse, er der på grund af sagsbehandlingsfrist i bekendtgørelsen kort tid til at få afklaret om behandlingen i andre regioner tilbydes ambulantly, og dette kan have stor betydning for refusionens størrelse. Hvordan findes disse informationer hurtigt?

F.s.v.a afslag på forhåndsgodkendelse i tilfælde hvor forhåndsgodkendelse er påkrævet (side 12 øverst) - kunne en uddybning af afvisningsgrundende være ønskeligt.

Side 11, afsnit 6, anden pind i punktopstillingen lyder: ” *såfremt det efter omstændighederne ikke skønnes rimeligt at afslå refusion* ”. Det kunne være en støtte, hvis det var muligt at angive støttepunkter til dette skøn? Dette ville fremme en ensrettet sagsbehandling regionerne imellem.

### **Afsnit 6.1.5**

#### Refusion af udgifter til behandling af komplikationer

Ministeriet anfører, at komplikationer i forbindelse med behandling under indlæggelse/ambulant behandling, som medfører behov for yderligere behandling, vil denne behandling *som udgangspunkt* også vil være omfattet af en forhåndsgodkendelse. Hvad er modifikationen hertil?

Ministeriet anfører endvidere, at patienten således *som udgangspunkt*, vil få refunderet det beløb regionen har anført i forbindelse med forhåndsgodkendelsen, idet refusionsbeløbet er baseret på takster, der omfatter alle udgifter forbundet med en ambulant behandling eller indlæggelse. Hvad er modifikationen til den situation?

Kan Ministeriet desuden ved eksempler vise, hvor grænsen går mellem udgifter til behandling af en komplikation, der er indeholdt i forhåndsgodkendelsen, og udgifter til behandling af en komplikation, der ikke er indeholdt i forhåndsgodkendelsen?

### **Afsnit 6.1.6**

#### Behandling ambulant eller ved indlæggelse

I afsnit 5 fremgår at: ” *Ved afgørelse af, om der forudsættes forhåndsgodkendelse er det ikke afgørende, hvilken praksis der er i patientens bopælsregion. Hvis behandlingen i Danmark kan varetages ambulant, vil refusion af udgifter til behandlingen i et andet EU-/EØS-land ikke være betinget af en forhåndsgodkendelse som følge af, at behandlingen i patientens bopælsregion varetages ved indlæggelse. Refusionen opgøres i så fald i overensstemmelse med udgifterne ved ambulant behandling. Ambulant behandling kan dog forudsætte forhåndsgodkendelse, såfremt det er en specialfunktion, jf. ovenfor.*

Denne praksis vil ifølge Danske Regioner kræve, at man for en konkret behandling undersøger i hele landet hvordan denne behandling foretages, om det er ved indlæggelse eller ambulant behandling. Dette vurderes at være meget ressourcekrævende. I dag er det i visse regioner en lægelig specialist,



der anmodes om at forholde sig til om behandlingen foregår ambulat eller under behandling, dvs. her ved man derfor ikke om behandlingen kun er udbredt regionalt eller nationalt. Kan ministeriet uddybe?

### **Afsnit 6.1.8**

#### Beregning og udbetaling af refusion

Ministeriet anfører, at udgifter til tolkning og oversættelse af journal *som udgangspunkt* ikke refunderes. Hvad kunne være modifikationen?

Det fremgår, at afregning og udbetaling af tilskud til sikredes Nemkonto sker på grundlag af dagskursen for den pågældende valuta den dag, der sker afregning i kommune/regionen. Danske Regioner gør i den forbindelse opmærksom på, at afregning og udbetaling ikke sker samme dag som der træffes afgørelse i sagen. Udbetaling sker kort tid efter afgørelsen om refusion er truffet. Danske Regioner ønsker derfor, at der hertil anvendes en dato vedr. afregning, som ligger før afgørelsesdatoen.

### **Afsnit 6.1.11**

#### Befordring

En borger som får sygehusbehandling i Danmark og som har ret til befordring skal selv ansøge om at få befordringen. Det fremgår af vejledningen, at patienter som modtager refusion fra regionen til sygehusbehandling i et andet EU-/EØS-land har ret til godtgørelse af befordringsudgifter svarende til, hvis behandlingen fandt sted i Danmark. Der ønskes en præcisering af, om dette skal forstås således, at når en borger ansøger om refusion så ligger der heri også implicit en anmodning om befordring? Eller menes, at der i ansøgningen også skal fremgå klart at borgeren søger om befordring.

Danske Regioner ønsker endvidere afklaring af, om EU-borgere, der ønsker behandling i Danmark, har ret til befordring efter direktivets bestemmelser ved planlagt sygehusbehandling i Danmark?

### **Afsnit 6.2.1**

#### Personkreds

Det fremgår, at "Regionsrådet kan efter sygehusbekendtgørelsens § 6 mod betaling yde behandling til personer, der har tilknytning til et EU-/EØS-land. Hvordan skal begrebet "tilknytning" forstås?

### **Afsnit 6.2.5**

#### Henvisning

I vejledningens punkt 6.2.5. fremgår det, at planlagt sygehusbehandling kræver, at patienten er blevet henvist til sygehusbehandling. For så vidt angår henvisninger, der er udfærdiget af en sundhedsperson fra et andet EU-/EØS-land end Danmark, anføres det, at den pågældende sundhedsperson skal kunne sidestilles med den læge, tandlæge eller anden autoriseret sundhedsperson eller myndighed, der er bemyndiget til at afgive en henvisning til en tilsvarende behandling.

Det anbefales, at det udspecificeres nærmere, efter hvilke kriterier det vurderes, om den pågældende henvisende sundhedsperson fra et andet EU-/EØS-land, kan sidestilles med den læge, tandlæge eller anden sundhedsperson eller offentlig myndighed, der i Danmark kan afgive henvisning til sygehusbehandling?

#### **Afsnit 6.2.6**

Det anbefales, at det præciseres eksplicit, at den anvendte DRG-takst skal være inkl. lønsumsafgift, og at der er mulighed for opkrævning af eventuelle udgifter til tolkning.

#### **Afsnit 7.1.2**

##### Krav til den udenlandske behandler

Det er et krav, at behandleren i det pågældende land har kvalifikationer svarende til dem, der kræves for at udføre behandlingen i Danmark. Det fremgår endvidere af vejledningen, at i tvivlstilfælde, kan det kræves, at den sikrede fremlægger dokumentation f.eks. i form af kopi af behandlerens autorisationsbevis eller uddannelsesbevis. Kan behandlerens kvalifikationer i sådanne tilfælde ikke dokumenteres at svare til de krav, der stilles for at blive meddelt den relevante autorisation i Danmark, har den sikrede ikke ret til at modtage tilskud. Hvem skal påse, at kvalifikationerne svarer til de krav, der stilles for at blive meddelt den relevante autorisation i Danmark? Er det Sundhedsstyrelsen?

#### **Afsnit 7.1.8**

Side 24:

Der ønskes eksempler på, hvordan dette skal forstås i forhold til tandlægeområdet, både eksempler på hvor det er betalt i € og i danske kroner (som det ind imellem sker i Tyskland). Fx hvor der gives tilskud og fast krone beløb såsom en operativ fjernelse af tand, ydelsesnr. 1801.

Side 25:

Der bedes om eksempler vedr. ydelser som gives vederlagsfrit i Danmark, men hvor der ikke er fastsat takst/honorar.

### **Afsnit 7.1.10**

#### Eksempler på udbetaling af tilskud

Der fremgår mange eksempler på tandlægebehandlinger i vejledningen. Kan der gives nogen flere eksempler på andre behandlinger?

I eksempel 2 vedr. tandbehandling i Sverige gives der tilskud til en tandrensning uden tilhørende undersøgelse. Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1215 af 1. december 2012, at der ikke kan gives tilskud til tandrensning uden en tilhørende årlig undersøgelse eller i særlige tilfælde en kontrol – dvs. eksemplet er ikke valideret ift. de gældende valideringsregler?

Vedrørende eksempel 4 om børnetandpleje i Tyskland. Der gøres opmærksom på, at § 4 i Bekendtgørelse nr. 179 af 28. februar 2012 vedrørende kommunalt tilskud til tandpleje er ophævet af bekendtgørelse nr. 1344 af 18. december 2012 således, at det ikke længere er muligt for unge under 16 år, at få tilskud til tandpleje hos privatpraktiserende tandlæger med 65% reglen. Dette rettes der op på med vejledningens pkt. 7.2.1., hvor der nævnes begrænsninger i forhold til Sundhedslovens § 127. Det undrer derfor at eksemplet er nævnt, da det er meget modstridende?

### **Afsnit 9.2**

#### Behandling i Danmark

Det foreslås, at det tydeliggøres i vejledningen, at behandlingen er vederlagsfri vedr. pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsearbejderes familie

Vejledningen beskriver (side 39 øverst) vedr. dokumentation. Beskrivelsen er ikke udtømmende. Hvilken anden form for dokumentation for pensionister og deres familiemedlemmer forestiller ministeret sig, der da kunne være?

Det fremgår at (side 38) "*Pensionister og ....har under ophold her i landet ret til alle ydelser efter sundhedsloven undtagen begravelseshjælp og som hovedregel også undtaget planlagt sygehusbehandling.*" For praksisydelser er det vel ikke alle ydelser efter sundhedsloven?

Planlagt behandling i primærsektoren hører vel under direktivet, således at danske pensionister bosat i et andet EU/EØS land skal søge refusion for planlagte sundhedsydelser i primærsektoren i bopælslandet?

Eksempel på konkret problem, der ønskes adresseret:

Pensionist med bopæl i Tyskland laver aftale med dansk alment praktiserende læge om fodvortebehandling. Lægen accepterer ikke blåt kort (forordningen), da der ikke er tale om behovsbestemt behandling opstået under ophold og kræver betaling for konsultation og efter betaling ønsker patienten beløbet refunderet i regionen med henvisning til at Danmark er sikringsland. Hvem skal behandle sagen?

### **Afsnit 9.2.1**

#### Planlagt sygehusbehandling i Danmark

Ministeriet anfører hvilke rettigheder patienten har ved planlagt behandling efter forordningen. Det kunne være ønskeligt, at ministeriet også anfører patientens ret til frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, udredning samt befordring, hvis behandlingen sker efter direktivet?

I anden dot (side 39) fremgår at den pågældende kan medbringe en blanket E112/S2, men fra hvilket land? Hvis patienten skal behandles til udgift for Danmark er det så POB, der skal udstede blanketten, eller er det i patientens bopælsland? Hvis det er fra patientens bopælsland, skal der så indberettes ydelser via E125 systemet?

### **Afsnit 9.2.2.2**

#### Lande som har forhåndsgodkendelsesordning

Hvorledes forestiller ministeriet sig konkret dokumentationen for at bopælslandet ikke har krav om forhåndsgodkendelse til den pågældende behandling?

I det tilfælde, at der er krav om forhåndsgodkendelse eller der ikke foreligger dokumentation for at der ikke stilles krav om forhåndsgodkendelse henvises der til, at sygehusbekendtgørelsens § 6 evt. kan finde anvendelse.

Hvorledes finder sygehusbekendtgørelsens § 6 anvendelse for den i afsnittet omhandlede persongruppe? Det vil være ønskeligt med et eksempel på et sådant tilfælde.

Det er Danske Regioners opfattelse, at persongruppen er omfattet af forordningens regler, idet det i sygehusbekendtgørelsens § 7 fremgår, at regionsrådet yder mod betaling behandling efter sundhedslovens afsnit VI, jf. dog stk. 5, til patienter, der ikke har bopæl her i landet, og som er offentligt sygesikret i eller har ret til sundhedsydelser til udgift for andre EU/EØS-lande end Danmark i medfør af reglerne i Europa-Parlamentets og Rådets forord-

ning (EF) nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer m.v.

Side 13

Det bemærkes, at den omhandlede persongruppe i overensstemmelse med Danske Regioners opfattelse af anvendelsen af sygehusbekendtgørelsens § 6, har en ringere retsstilling vedrørende muligheden for at få planlagt sygehusbehandling i Danmark end borgere med bopæl i tredjelande.

Det anbefales endvidere, at det udspecificeres, hvilke formkrav der skal være opfyldt, for at det anses for godtgjort, at der foreligger behørig dokumentation for, at en behandling henholdsvis er eller ikke er, omfattet af en forhåndsgodkendelsesordning. Det vil således være hensigtsmæssigt, at det fremgår mere tydeligt, hvordan en sådan dokumentation kan være udformet, hvordan den er autoriseret, på hvilket sprog den skal foreligge etc.

Det fremgår endvidere i sidste afsnit, hvor pensionisterne skal søge refusion hvis de bor i Cypern, Irland, Nederlandene, Spanien og Storbritannien, nemlig i deres bopælsland. Men hvad med pensionister fra de øvrige lande som er nævnt i afsnit 1 i samme punkt? Skal de så have refusion i Danmark, da de er til udgift for Danmark? Dette anbefales præciseret.

#### **Afsnit 9.2.2.2**

I afsnit 4 og afsnit 6 er grænsearbejderes familiemedlemmer ikke nævnt?

Hvad menes med sætningen ”...hvis de skal have vederlagsfri planlagt sygehusbehandling i Danmark” (side 40)? Menes der her ydelser efter det blå sygesikringskort? Efter direktivet betaler patienten jo for ydelsen og får refunderet efterfølgende.

### **Tekstnære bemærkninger**

#### **Afsnit 4**

I sidste afsnit kan der måske nævnes oversættelse af journaler som eksempel på faktiske meromkostninger.

#### **Afsnit 6.1.3**

Afsnit 6 første linje skal ”og henvisningen ikke kan anvendes på ny.” ændres til ”og henvisningen kan ikke anvendes på ny.”.

#### **Afsnit 6.1.4.**

Side 12: Henvisning i 1. afsnit skal være til § 35 og ikke § 25.

Det fremgår under nr. 3, at andre sygehusydelse som ikke er omfattet af ovenstående pkt. 1 og 2, men hvor forhåndsgodkendelse kræves, jf. Sundhedsstyrelsens liste. Det antages, at der skal stå ”pkt. 1. eller 2”, da der ikke er tale om kumulative punkter.

#### **Afsnit 6.1.8**

I afsnit 8 side 15 henvises til en historisk bekendtgørelse, og den tilhørende vejledning findes ikke under bekendtgørelsen. Under de senere ændringer til bekendtgørelsen kan man heller ikke umiddelbart finde vejledningen.

#### **Afsnit 6.1.10**

Side 16: For at kunne bruge vejledningen til opslag ønskes et afsnit fra 3.2 om personer med bopæl i Danmark som arbejder i EU gentaget her.

#### **Afsnit 6.2.7:**

Hvad er klageadgangen til POB for patienter, der modtager behandling efter § 6 i sygehusbekendtgørelsen?

#### **Afsnit 7.1.3**

Side. 23, 2. afsnit: At der i overensstemmelse med ydelsesbekendtgørelsen konsekvent skrives ”læge eller andre”.

#### **Afsnit 7.1.9**

Under eksempel 5 side 27, hvor der i sidste linje står tandrensning, dette skal retligt være kombineret fyldning jf. linje 3 i eksemplet.

#### **Afsnit 7.1.7**

Side 24: For at kunne bruge vejledningen til opslag ønskes indsat et afsnit med afsnit fra 3.2 om personer med bopæl i Danmark som arbejder i EU, gentaget i afsnit 7.1.7.

#### **Afsnit 10.1.**

Side 41: Der er i næstsidste afsnit indsat et ”?” Hvad menes?

### **Beregning af refusion**

Implementeringen af L33 og vejledningen giver anledning til en række spørgsmål vedrørende beregning af refusion til danske patienter behandlet i udlandet, som Danske Regioner ønsker ministeriets bekræftelse og afklaring af.

### **Refusion efter ydelsesbekendtgørelsen eller sygehusbekendtgørelse**

Danske Regioner ønsker ministeriets bekræftelse af, at det er ydelsesbekendtgørelsen (Bek nr 1660 af 27/12/2013), der lægges til grund for refusionsberegningen, når der er tale om behandlinger, der normalt udføres i speciallæge praksis i Danmark. Tilsvarende ønskes bekræftelse af, at det samme er tilfældet, hvis behandlingen både udføres i speciallægepraksis og på hospital i Danmark. Tillige ønskes ministeriets bekræftelse af, at det alene er for behandlingstyper, der falder uden for ydelsesbekendtgørelsens område, at refusionsberegningen tager udgangspunkt i bestemmelserne i sygehusbekendtgørelsen (Bek nr 1355 af 06/12/2010) og dermed i bestemmelserne i bekendtgørelsen om mellemregional afregning (bek nr 1355 af 06/12/2010).

Danske Regioner ønsker yderligere ministeriets bekræftelse af, at refusionsberegninger der behandles efter ydelsesbekendtgørelsen tager udgangspunkt i de takster og honorarer som regionen har aftalt enten i medfør af gældende overenskomster, i medfør af aftaler efter § 64 i Sundhedsloven eller som aftaleretlige takster med private leverandører (forhandlede takster), jf. ydelsesbekendtgørelsens § 16.

Danske Regioners fortolkning af bestemmelserne uddybes neden for.

### **Refusioner efter sygehusbekendtgørelsen**

Direktivet vedr. patientmobilitet er implementeret i lov (L33, lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage-og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet). Af lovbemærkningerne fremgår vedr. refusion af patientudgifter at:

*”Regionsrådet skal dog kun refundere udgifter til samme behandling eller lignende behandling, som patienten ville være blevet tilbudt i det offentlige sygehusvæsen her i landet. Regionsrådet refunderer et beløb, der svarer til, hvad samme eller lignende behandling koster i det offentlige sygehusvæsen her i landet. Hvis behandlingen i udlandet er billigere end behandlingen i Danmark, refunderes dog alene op til det beløb, som patienten har haft udgift til. I de tilfælde, hvor der er fastsat takster for den pågældende behand-*

*ling i bekendtgørelse om betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen, anvendes disse takster.”*

Side 16

Danske Regioner tolker disse bemærkninger sådan, at behandling i andet EU-land, som falder under sygehusbekendtgørelsens dækningsområde, refunderes i henhold til bestemmelserne i bekendtgørelsen om mellemregional afregning af sygehusbehandling (bek nr 1355 af 06/12/2010). I disse principper indgår muligheden for, at regioner i konkrete tilfælde afviger bestemmelserne om anvendelse af DRG-takster eller højt specialiserede takster ved at træffe særlige aftaler regioner imellem, jf. bekendtgørelsens § 3. Danske Regioner ønsker ministeriets bekræftelse af, at når bestemmelserne i bekendtgørelsen om mellemregional afregning lægges til grund for en refusionsberegning, da har regionen mulighed for at anvende andre takster end de nationale DRG-takster eller højt specialiserede takster, såfremt der ligger konkrete aftaler med andre regioner om dette, inden for det pågældende behandlingsområde.

### **Refusioner efter ydelsesbekendtgørelsen**

Danske Regioner ønsker ministeriets afklaring af status for aftaleretlige forhandlede takster, overenskomsttakster og takster aftalt i henhold til sundhedslovens § 64 i forhold til regionernes refusion af udgifter vedr. behandling i et andet EU land.

Eksempelvis har Danske Regioner forhandlet en række takster gældende for private leverandørers behandlinger under det udvidede frie sygehusvalg, der ligger væsentligt under DRG-taksten for samme behandling på et offentligt hospital. Forskellen mellem DRG-taksterne og de forhandlede takster afspejler en række forskelle i driftsvilkårene for de offentlige hhv. private leverandører. Det gælder fx uddannelses- og forskningsforpligtelsen for de offentlige hospitaler. Tillige afspejler de forhandlede takster det forhold, at offentlige sygehusydelse typisk har en lavere marginalomkostning end private leverandører, mens det typisk er billigere at indgå samarbejde med private leverandører på områder med kapacitetsbegrænsninger end at udvide den offentlige kapacitet. Danske Regioner finder det samfundsmæssigt rentabelt, at sidestille regionernes udgifter til behandlinger udført af nationale private klinikker mv. med identiske behandlinger udført i andet EU-land. Det er Danske Regioners forståelse, at EU's mobilitetsdirektiv netop tager højde for denne type samfundsmæssige forhold ved at lægge vægt på, at udgangspunktet for refusionsmulighederne for patienterne, er omkostninger til en tilsvarende behandling i hjemlandet. Direktivet lægger altså ikke op



til en skelnen mellem, hvilken leverandør der eventuelt udfører behandlingen i hjemlandet.

Side 17

Danske Regioner forstår derfor den danske implementering af L33 sådan, at patientens bopælsregion skal lægge den til enhver tid lavest mulige takst for en tilsvarende behandling i Danmark, til grund for refusionsberegningen. Dette gælder uanset om den lavest mulige takst er en DRG-takst, en forhandlet aftaleretlig takst, en overenskomsttakst eller en takst i medfør af en aftale efter § 64 i sundhedsloven. Ministeriet bedes bekræfte denne fortolkning.

Med venlig hilsen

Birgitte Bidstrup