

Praksishåndbogen

21-01-2010

Forord

Praksishåndbogen behandler spørgsmål vedrørende administration af praksissektoren i sundhedsvæsenet.

Håndbogen er et let tilgængeligt opslagsværk, der giver svar på en række spørgsmål ved administration af praksisområdet. Det drejer sig især om regelgrundlag, fortolkninger og retningslinjer.

Det er ikke meningen, at alle problemfelter skal kunne løses ved at slå op i håndbogen, men der gives en grundlæggende viden om regelgrundlag mv. ved det daglige arbejde ved administration af praksisområdet.

Håndbogen kan derfor ikke stå alene, men kan være en hjælp i dagligdagen ved administration af spørgsmål og problematikker indenfor praksisområdet.

Til emnerne er der, hvor dette er muligt, knyttet henvisninger til relevant lovgivning, regelsamlinger samt aftaler og overenskomster på praksisområdet.

Denne håndbog i administration af praksisområdet har således til formål at orientere om regelgrundlaget og fortolkninger vedrørende praksisområdet samt at give vejledende retningslinjer for det daglige arbejde med administration af praksisområdet.

Håndbogen henvender sig til ledere og medarbejdere i regioner og kommuner, der administrerer praksisområdet. Men den henvender sig også til de datacentraler, der administrerer praksissystemer, og ministerier m.fl.

Håndbogen revideres løbende.

Redaktionen

Håndbogen er udarbejdet af Danske Regioner på grundlag af et udvalgsarbejde med deltagelse af repræsentanter fra regionerne, kommunerne, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, CSC Scandihealth samt Danske Regioner.

Danske Regioner forestår redaktionen af praksishåndbogen. Den udgives på Danske Regioners overenskomstportal www.okportal.dk, hvorfra den gratis kan downloades.

Alle spørgsmål af redaktionel karakter samt forslag til ændringer rettes til Danske Regioner, kontoret for Praksis- og Lægeoverenskomster.

Alle henvendelser vedrørende praksishåndbogen rettes til:

Danske Regioner
Postboks 2593
Dampfærgevej 22
2100 København Ø
Telefon 3529 8100
Telefax 3529 8338
E-mail regioner@regioner.dk

Forkortelser/ordforklaringer

ROK-Praksis	=	Regionernes overenskomstsamling for praksisområdet
Takstmappen	=	Praksisområdets takster udgivet af Danske Regioner
CPR	=	Det Centrale Personregister

Indholdsfortegnelse	Side
1	Praksisområdet indretning..... 10
1.1	Sundhedsloven 10
1.2	Hovedprincipperne 10
1.3	Sundhedsloven som rammelov 10
1.4	Praksisområdets ydelser 10
1.4.1	<i>Overenskomstmottatte</i> 10
1.4.2	<i>Ikke overenskomstmottatte</i> 11
1.4.3	<i>Andre ydelser</i> 11
2	Personkreds – danske, udenlandske statsborgere 12
2.1	Bopælsbegrebet..... 12
2.2	Bopæl her i landet..... 12
2.2.1	<i>Personer med ret til sundhedslovens ydelser</i> 12
2.2.1.1	<i>Flygtninge</i> 12
2.2.2	<i>Personer uden ret til sundhedslovens ydelser</i> 12
2.2.2.1	<i>Hvilende sikrede</i> 12
2.2.3	Ventetid 13
2.3	Bopæl i udlandet..... 13
2.3.1	<i>Personer med ret til sundhedslovens ydelser</i> 13
2.3.1.1	<i>Udlændinges samt færingers og grønlanderes ret til sundhedslovens ydelser under midlertidigt ophold i landet</i> 13
2.3.1.2	<i>Personer, som er bosat i et andet EØS-land og Schweiz og som er omfattet af EØS-aftalen</i> 14
2.3.1.3	<i>Personer, som er bosat i et andet nordisk land og omfattet af Nordisk Konvention om Social Sikring</i> 15
2.3.1.4	<i>Personer, bosat i lande uden for EØS-landene</i> 15
3	Sikringsform 16
3.1	Valg af sikringsform 16
3.1.1	<i>Almindeligt gruppeskift</i> 16
3.1.2	<i>Ekstraordinært gruppeskift fra gruppe 2 til gruppe 1</i> 16
3.2	Tilflytning fra udlandet 16
3.3	Bopæl i udlandet..... 16
4	Ydelser efter sundhedsloven 18
4.1	Indledning 18
4.2	§ 2- og § 3-aftaler 18

4.3	Rammeaftaler	18
4.3.1	Regionernes formidlingsopgave	19
4.4	Praksisområdets ydelser kontra profylaktiske ydelser	19
4.5	Overenskomstomfattede ydelser	19
4.5.1	Gruppe 1-sikrede, lægehjælp ved alment praktiserende læge	19
4.5.1.1	Bestemmelser om konsultation og anmodning om sygebesøg	20
4.5.2	Gruppe 2-sikrede, lægehjælp ved alment praktiserende læge	21
4.5.3	Speciallægehjælp.....	21
4.5.3.1	Generelt for gruppe 1- og 2-sikrede	21
4.5.3.2	Grænsen mellem privatklinik og privathospital	22
4.5.3.3	Gruppe 1-sikrede.....	22
4.5.3.4	Gruppe 2-sikrede.....	23
4.5.3.5	Behandling hos speciallæger i ikke overenskomstomfattede specialer (gruppe 1- og 2-sikrede).....	23
4.5.4	Tandlægehjælp.....	24
4.5.4.1	Tilkaldeordning for tandlægehjælp	25
4.5.5	Tandpleje	25
4.5.6	Fysioterapi.....	26
4.5.6.1	Almindelig fysioterapi.....	27
4.5.6.2	Vederlagsfri fysioterapi.....	27
4.5.6.3	Progressive lidelser	27
4.5.6.4	Overførelse af myndighedsansvaret til kommunerne	28
4.5.6.5	Ridefysioterapi.....	28
4.5.6.6	Regionernes godkendelse af fysioterapeutiske klinikker.....	28
4.5.7	Fodterapi	29
4.5.7.1	Fodbehandling af sukkersygepatienter.....	29
4.5.7.2	Ortonyxi (behandling af nedgroede negle og arvæv)	29
4.5.7.3	Svær leddegigt	29
4.5.7.4	Limiteringsbestemmelser.....	30
4.5.8	Øvrige overenskomstomfattede ydelser	30
4.5.8.1	Kiropraktisk behandling	30
4.5.8.2	Kroniske lidelser	30
4.5.8.3	Optræning og behandling på optræningscentret i Karlslunde	31
4.5.8.4	Psykologhjælp	31
4.5.9	Udbetaling af tilskud.....	32
4.5.9.1	Gruppe 1-sikrede.....	32
4.5.9.2	Gruppe 2-sikrede.....	33

4.5.9.3	Udbetaling af kontanttilskud	33
4.5.9.4	Mellemregning med regionen	34
4.5.10	Tilskud til ydelser, der er købt eller leveret i et andet EU-/EØS land	34
4.5.11	Konfliktsituationer	35
4.5.11.1	De sikrede	35
4.5.11.2	Begrænsninger	36
4.5.11.3	Sundhedspersonen/yderen	36
4.5.11.4	Udbetaling af tilskud	36
4.5.11.5	Fremgangsmåde ved udbetaling af tilskud	36
4.6	Ikke overenskomstomfattede ydelser	36
4.6.1	Lægemidler	37
4.6.2	Briller til børn under 16 år	37
4.7	Andre ydelser	37
4.7.1	Almindelig begravelseshjælp	37
4.7.2	Befordringsgodtgørelse	40
4.7.3	Supplerende hjælp	42
4.8	Tolkebistand	42
4.8.1	Almen praktiserende læges vederlag for anvendelse af tolk	43
4.8.2	Den praktiserende speciallæges vederlag for anvendelse af tolk	43
4.8.3	Tolkens vederlag	43
4.9	Sygehjælp under midlertidigt ophold i udlandet	43
4.9.1	Rejsesygesikring	43
4.9.1.1	Rejsesygesikringens indhold	43
4.9.1.2	Legitimation	45
4.9.1.3	Afregning	45
4.9.1.4	Lande uden for rejsesygesikringens dækningsområde	45
4.9.2	EU-sygesikringskort	45
5	Lægevalg	47
5.1	Gruppe 1-sikrede, lægehjælp ved alment praktiserende læge/lægevalg	47
5.1.1	Lægevalg	47
5.1.2	Administration af 15 km grænsen	48
5.1.3	Lukning for tilgang	49
5.1.4	Administrativ tildeling af læge	49
5.1.5	Lægeskifte	49
5.1.6	Særligt lægeskifte	50
5.1.7	Lægeskift ved praksisændringer og -ophør	50

5.1.8	<i>Børn under 15 år</i>	51
5.1.9	<i>Automatisk tilgang af 15-årige</i>	51
5.1.10	<i>Tilflyttere fra udlandet</i>	51
5.2	Gruppe 2-sikrede, lægehjælp ved alment praktiserende læge/lægevalg	52
5.3	Lægeskift	52
5.3.1	<i>Almindeligt lægeskift</i>	52
5.3.2	<i>Særligt lægeskift</i>	52
6	Sundhedskortet	53
6.1	Almindeligt sundhedskort	53
6.1.1	<i>Bevisets indhold</i>	53
6.1.2	<i>Genudstedelse af sundhedskort</i>	53
6.2	Særligt sundhedskort	54
6.2.1	<i>Systemtildelt cpr.nr.:</i>	54
6.2.2	<i>Nationalitetskoder</i>	55
6.2.3	<i>Personkreds (opremsning)</i>	55
6.2.3.1	<i>Personer som er bosat i et andet EØS-land og omfattet af EØS-aftalen eller aftalen mellem EU og Schweiz</i>	55
6.2.3.2	<i>Personer, som er bosat i et andet nordisk land og omfattet af Nordisk Konvention om Social Sikring</i>	56
6.2.3.3	<i>Personer bosat i lande uden for EØS-landene</i>	56
6.2.3.4	<i>Personer bosat i Danmark</i>	57
6.2.4	<i>Nationalitetskoder</i>	58
6.2.5	Særligt sundhedskort til personer bosat på Færøerne eller i Grønland	59
6.2.5.1	<i>Personer, som opholder sig her i landet på skoleophold eller i uddannelsesøjemed</i>	59
6.2.6	<i>Rejsesygesikringsbevis</i>	59
6.2.7	<i>Institutionsanbragte (Sikringsgruppe 4) og værnepligtige (sikringsgruppe 5)</i>	59
7	Sagsbehandling i forbindelse med personhændelse	60
7.1	Sundhedskort	60
7.2	Flytning	60
7.2.1	<i>Flytning inden for kommunen</i>	60
7.2.2	<i>Tilflytning fra anden kommune</i>	60
7.2.3	<i>Tilflytning fra udlandet, herunder Færøerne og Grønland</i>	60
7.2.4	<i>Fraflytning til udlandet, herunder Grønland og Færøerne</i>	60
7.2.5	<i>Tilflytning af personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland, der skal på skole- eller andet uddannelsesophold i kommunen</i>	61
7.3	Sikringsgruppeskift	61

7.3.1	<i>Sikredes børn</i>	61
7.3.2	<i>Optagelse i kriminalforsorgens institutioner</i>	61
7.3.3	<i>Udskrivning fra kriminalforsorgens institutioner</i>	61
7.3.4	<i>Indkaldelse til værnepligt/civil værnepligt</i>	62
7.3.5	<i>Værnepligtens ophør</i>	62
7.3.6	<i>Dobbelt personnummer</i>	62
7.3.7	<i>Forsvundne</i>	63
7.3.8	<i>Genfundne</i>	63
7.3.9	<i>Ændring af personnummer (nynummererede)</i>	63
7.3.10	<i>Døde</i> 63	
7.4	<i>Søfarende</i> 63	
7.5	<i>Navneændring</i>	63
7.6	<i>Registerindsigt</i>	64
8	<i>Børn (følgeskabsregler)</i>	65
8.1	<i>Børn under 15 år</i>	65
8.1.1	<i>Adopterede børn fra udlandet</i>	65
8.1.2	<i>Hjemmeboende</i>	65
8.2	<i>Tilgang af 15-årige</i>	66
8.2.1	<i>Automatisk lægevalg/udskrivning af sundhedskort</i>	66
8.2.2	<i>Manglende automatisk lægevalg/udskrivning af sundhedskort</i>	66
8.3	<i>Særlige ydelser til børn under 16 år</i>	67
8.3.1	<i>Briller til børn under 16 år</i>	67
9	<i>Internationale regler</i>	68
10	<i>Regionernes og kommunernes it-system</i>	69
10.1	<i>It-løsningerne Edb-registre</i>	69
10.1.1	<i>Registrets aktuelle oplysninger:</i>	69
10.2	<i>Sikringsgrupper</i>	69
	<i>Registerets historiske oplysninger:</i>	70
10.2.1	<i>Kommunal Sygesikring</i>	70
10.2.2	<i>Ajourføring af følgeskab</i>	71
10.2.3	<i>Automatiske ajourføringer</i>	72
10.2.4	<i>Registrering af personhændelser</i>	72
10.2.5	<i>Optagelse af 15-årige</i>	74
10.2.6	<i>Praksisændringer</i>	74
10.2.7	<i>Ajourføring af følgeskab</i>	74
10.2.8	<i>Sikrede søgning Terminalforespørgsel</i>	75

10.2.9	Det landsdækkende sygesikringsregister	75
10.2.10	Advis 75	
10.2.11	Personoplysningsregister.....	75
10.2.12	Kommune	75
10.2.13	Lægelisten	76
10.3	Servicering 76	
10.3.1	Sundhedskort	76
10.3.2	Registerindsigt	76
10.3.3	Lægevalgsbrev.....	76
10.3.4	Sundhedskort	76
10.3.5	Midlertidigt sundhedskort.....	77
10.4	Materiale til regionerne fra CSC Scandihealth	77
10.4.1	Patientfortegnelse.....	77
10.4.2	MFR-lister77	
10.4.3	Statusliste	77
11	Klageregler 79	
11.1	Indledning 79	
11.2	Klager over den faglige behandling	79
11.3	Klager over overenskomstmæssige forhold	79
11.4	Klager over samarbejdsudvalgenes afgørelser	79
11.4.1	Klager over den offentlige rejsesygesikrings afgørelser.....	80
11.4.2	Adresser på klageinstanser	80
12	Bilag 81	
12.1	Oversigt over kommunale blanketter.....	81
12.1.1	Administrative blanketter.....	81
12.1.2	Informationspjecer.....	81

1 Praksisområdets indretning

1.1 Sundhedsloven

- Det lovmæssige grundlag for praksisområdet i sundhedsvæsenet er lov nr. 546 af den 24-06-2005, Sundhedsloven. Loven trådte i kraft den 01-01-2007.

1.2 Hovedprincipperne

Hovedprincipperne i praksisområdets indretning kan i korthed beskrives på følgende måde:

Alle med bopæl i Danmark har ret til praksisområdets ydelser.

Ydelserne administreres af regionerne og kommunerne bl.a. af hensyn til samordningen med anden social- og sundhedsmæssig bistand.

Udgifterne til praksisområdet finansieres over skatterne.

1.3 Sundhedsloven som rammelov

Sundhedsloven er karakteriseret ved ikke i detaljer at fastlægge omfanget af de sikredes rettigheder. Loven giver rammerne for indholdet af sundhedsvæsenets ydelser. De nærmere regler fastsættes ved bekendtgørelser udstedt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Vilkårene for de væsentligste ydelser i henhold til sundhedsloven fastsættes, jf. Sundhedslovens § 227, ved overenskomst indgået mellem det i Lov om regioner og nedlæggelse af amtskommuner, Hovedstadens Udvalgsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab § 37 omhandlede centrale forhandlingsudvalg (Regionernes Lønnings- og Takstnævn) og de organisationer, der repræsenterer praksisområdets sundhedspersoner/ydere (Praktiserende Lægers Organisation, Foreningen af Speciallæger, Dansk Tandlægeforening, Danske Fysioterapeuter, Dansk Kiropraktorforening, Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter, Dansk Psykolog Forening og Dansk Tandplejeforening). Overenskomsterne skal godkendes af indenrigs- og sundhedsministeren inden de træder i kraft.

Ved praksisområdets sundhedspersoner/ydere forstås de læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter, psykologer og tandplejere m.fl., der har tilsluttet sig overenskomst med den tidligere sygesikring eller Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

1.4 Praksisområdets ydelser

1.4.1 Overenskomstomfattede

(Sundhedslovens §§ 60, 64, 65, 66, 67, 68 og 69)

Sundhedsloven omfatter:

- a. Lægehjælp hos alment praktiserende læge.
- b. Lægehjælp hos praktiserende speciallæge.
- c. Tandlægehjælp.

- d. Fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi.
- e. Psykologhjælp
- f. Fodbehandling af sukkersygepatienter, patienter med nedgroede tånegle og arvævspatienter (pt. Ingen overenskomst, der henvises til bekendtgørelse)
- g. Kiropraktisk behandling.
- h. Optræning af handicappede og behandling af muskellidelser på optræningscentret i Karlslunde.
- i. Tandpleje

1.4.2 Ikke overenskomstomfattede

(Sundhedslovens §§ 50, 70, 167 og Afsnit X)

Sundhedsloven omfatter:

- a. Tolkebistand i forbindelse med lægehjælp ved alment praktiserende læge og speciallæge.
- b. Lægemedler.
- c. Brillor til børn under 16 år.
- d. Rejsesygesikring.

Regionerne, finansierer ydelserne, der er nævnt ovenfor under afsnit 1.4.1. og 1.4.2. Dog afholder kommunerne udgifter til begravelseshjælp i henhold til §§ 160 og 257 og til Vederlagsfri fysioterapi jf. Bekendtgørelse nr. 710 af 27. juni 2008 om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i regionen og i kommunen.

1.4.3 Andre ydelser

Staten finansierer ydelser efter følgende paragraffer i sundhedsloven:

§ 161, jf. § 258 (Søfarende).

§ 232, jf. § 264 (Refusion til offentlig sygesikring eller offentlig sygekasse i en anden stat).

Praksissektorens ydelser er nærmere beskrevet i kapitel 4.

2 Personkreds – danske, udenlandske statsborgere

2.1 Bopælsbegrebet

Sundhedsloven omfatter som udgangspunkt samtlige personer med bopæl her i landet.

En række persongrupper har imidlertid ikke ret til sundhedslovens ydelser, selv om de har bopæl her i landet, jf. afsnit 2.2.2.1 vedrørende "hvilende sikrede".

Sundhedslovens ydelser omfatter i et vist omfang udlændinge samt færinger og grønlandere under midlertidigt ophold her i landet, jf. afsnit 2.3.1, 9.3.3, og 9.4.1.

Det er en betingelse for retten til ydelser, at personen har bopæl her i landet. Der er dog i sundhedsloven samt i internationale aftaler fastsat særlige regler om ret til ydelser for personer omfattet af den danske sundhedsordning under midlertidigt ophold i udlandet, på Færøerne eller i Grønland.

Søfarende forhyret på danske skibe i udenrigsfart er omfattet af sundhedsloven. De nærmere regler herom er fastsat i Bekendtgørelse 1331 af 05-12-2006.

2.2 Bopæl her i landet

Ved afgørelsen af, om en person har bopæl her i landet, lægges vægt på, om pågældende er tilmeldt folkeregistret her i landet.

I princippet er samtlige personer tilmeldt folkeregistret i fuldt omfang sikret ret til sundhedslovens ydelser.

2.2.1 Personer med ret til sundhedslovens ydelser

2.2.1.1 Flygtninge

Personer, der opholder sig her i landet som asylsøgende, anses ikke for at have bopæl her i landet og har derfor ikke ret til ydelser efter sundhedsloven. I den periode er Røde Kors og Dansk Flygtningehjælp ansvarlig for sygehjælp, også økonomisk. Fra den dag personen har fået opholdstilladelse og derved bopæl, har de ret til ydelser efter sundhedsloven.

2.2.2 Personer uden ret til sundhedslovens ydelser

2.2.2.1 Hvilende sikrede

(Sundhedslovens § 11, og bekendtgørelse nr. 23 af 09-01-2007.)

Visse persongrupper har imidlertid uanset tilmelding til folkeregistret ikke adgang til ydelser. Dette gælder personer, der i en periode på 3 måneder eller mere er indkaldt til militærtjeneste eller lignende, eller i en tilsvarende periode er optaget i kriminalforsorgens institutioner. Det er en forudsætning, at der i disse tilfælde på anden vis drages omsorg for de pågældende.

des sygehjælp. De nævnte persongrupper betegnes "hvilende sikrede". De har dog ret til rejsesygesikring, jf. afsnit 4.9.1.

2.2.3 Ventetid

Med sundhedslovens ikrafttræden den 1. januar 2007 ophæves ventetidsbestemmelserne. Personer, der flytter til Danmark den 1. januar 2007 eller senere, har ikke en ventetid på 6 uger for retten til ydelser efter sundhedsloven.

Ret til alle sundhedslovens ydelser tilkommer herefter enhver, der har bopæl her i landet straks fra tilflytningen. Ved "bopæl" forstås, at den pågældende opfylder betingelserne i CPR-loven for at skulle tilmeldes folkeregisteret.

Endvidere har Danmark indgået internationale aftaler om overflytning af personer til Praksisområdet i sundhedsvæsenet i Danmark fra tilsvarende sikringsordninger i andre stater.

Personer, som efter EØS-aftalen er omfattet af EF-forordning nr. 1408/71 om social sikring af vandrende arbejdstagere, og personer, omfattet af Nordisk Konvention om Social Sikring, samt personer, der socialt er sikret i Schweiz, kan således ved tilflytning her til landet normalt opnå ret til sundhedslovens ydelser uden ventetid. For en nærmere definition af de omfattede personer henvises til afsnit 9.1, 9.1.5 og 9.4.1. Der er desuden indgået aftaler med Tyrkiet, Slovenien, Kroatien, Makedonien, Pakistan, Schweiz, Quebec og Marokko.

Udenlandske stipendiater kan optages uden ventetid, hvis der foreligger anbefaling fra Udenrigsministeriet eller Undervisningsministeriet.

2.3 Bopæl i udlandet

(Sundhedslovens § 8, stk. 1, og bekendtgørelse nr. 382 af 10-06-2009).

2.3.1 Personer med ret til sundhedslovens ydelser

2.3.1.1 Udlændinges samt færingers og grønlanderes ret til sundhedslovens ydelser under midlertidigt ophold i landet

Udenlandske statsborgere samt personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland har i et vist omfang ret til sygehjælp m.v. under midlertidigt ophold her i landet. Reglerne herom er fastsat i følgende internationale aftaler:

- 1) EF-forordningerne nr. 1408/71 om social sikring af vandrende arbejdstagere og nr. 574/72 (gennemførelsesforordningen), som ændret og ajourført ved forordning nr. 2001/83 af den 02-06-1983.
- 2) Nordisk Konvention om Social Sikring af den 15-06-1992.
- 3) Aftalen mellem EU og Schweiz, der trådte i kraft den 01-06-2002.

- 4) Overenskomst af den 27-08-1959 mellem Danmark, Storbritannien og Nordirland om social tryghed.
- 5) Bekendtgørelse nr. 1334 af den 23-12-2006 om sundhedslovens ydelser til personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland under midlertidigt ophold her i landet.

De nærmere regler om udlændinges samt færingers og grønlanderes ret til sundhedslovens ydelser under midlertidigt ophold i Danmark er beskrevet i kapitel 9.

2.3.1.2 Personer, som er bosat i et andet EØS-land og Schweiz og som er omfattet af EØS-aftalen

Følgende statsborgere i et EØS-land (inkl. Danmark) eller Schweiz, der er bosat i et andet EØS-land eller Schweiz, har efter EØS-aftalen og aftalen med Schweiz (reglerne i EF-forordning nr. 1408/71), ret til sundhedslovens ydelser i Danmark:

1. Grænsearbejdere, der har bopæl i et andet EØS-land, og som arbejder i Danmark.
2. Arbejdstagere eller selvstændige erhvervsdrivende, som er beskæftiget i Danmark, men udsendes til at udføre et arbejde i et andet EØS-land.
3. Tjenestemænd og dermed ligestillede (f.eks. overenskomstansatte akademikere), som udsendes fra Danmark til tjeneste i et andet EØS-land.
4. Lokalt ansat personale ved danske diplomatiske repræsentationer eller konsulater i andre EØS-lande, eller personer, der står i privat tjeneste hos embedsmænd tilknyttet disse diplomatiske repræsentationer eller konsulater. Det er dog en forudsætning, at de pågældende er danske statsborgere og har valgt at være omfattet af dansk lovgivning.
5. Hjelpepersonale, der er ansat ved Den Europæiske Unions institutioner, og som har valgt at være omfattet af dansk lovgivning.
6. Personer, der er bosat i et andet EØS-land, og som er beskæftiget om bord på et skib, der fører dansk flag.
7. Familiemedlemmer (uanset deres nationalitet) til personer, der er nævnt under punkterne 2–6, og som er bosat i et andet EØS-land eller Schweiz, medmindre de pågældende er erhvervsmæssigt beskæftiget i bopælslandet.

Derudover kan visse personer, der under ophold i et andet EØS-land eller Schweiz ikke bliver optaget i opholdslandets forsikringsystem, have ret til at få et særligt sundhedskort.

2.3.1.3 Personer, som er bosat i et andet nordisk land og omfattet af Nordisk Konvention om Social Sikring

Følgende personer, der er bosat i et andet nordisk land, har efter Nordisk Konvention om Social Sikring ret til sundhedslovens ydelser i Danmark:

1. Grænsearbejdere, der har bopæl i et andet nordisk land og arbejder i Danmark.
2. Arbejdstagere eller selvstændige erhvervsdrivende, som er beskæftiget i Danmark, men udsendes til at udføre et arbejde i et andet nordisk land.
3. Personer, ligestillet med tjenestemænd (f.eks. overenskomstansatte akademikere), som er udsendt fra Danmark til tjeneste i et andet nordisk land.
4. Familiemedlemmer til personer, der er nævnt under punkterne. 2 og 3, og som er bosat i et andet nordisk land, medmindre de pågældende er erhvervsmæssigt beskæftiget i bopælslandet.

2.3.1.4 Personer, bosat i lande uden for EØS-landene

Udsendte arbejdstagere eller selvstændige erhvervsdrivende, der er omfattet af dansk lovgivning i henhold til bestemmelser i de konventioner om social sikring, som Danmark har indgået med stater uden for EØS-landene, har ligeledes ret til et særligt sundhedskort (særligt sundhedskort). Dette gælder for tiden følgende lande: lande fra det tidligere Jugoslavien, nemlig Bosnien-Herzegovina, Kroatien, Makedonien, Serbien og Montenegro, Israel, Marokko, Pakistan, Tyrkiet og Quebec.

3 Sikringsform

Sundhedsloven skelner mellem to sikringsformer: Gruppe 1- og gruppe 2-sikring.

3.1 Valg af sikringsform

Der er valgfrihed mellem de to sikringsformer. Overflytning mellem sikringsgruppe 1 og 2 sker normalt kun efter anmeldelse fra den sikrede til kommunen.

For gruppe 1-sikrede gælder, at de skal være tilmeldt en alment praktiserende læge. Reglerne vedrørende lægevalg for gruppe 1-sikrede fremgår af kapitel 6.

3.1.1 Almindeligt gruppeskift

(Sundhedslovens § 58, og bekendtgørelse nr. 582 af den 10-07-8-2009 om valgfri indplacering i sikringsgrupper, udstedelse af sundhedskort m.v.)

Overflytning mellem sikringsgruppe 1 og 2 skal ske ved henvendelse til kommunen med virkning 14 dage efter, kommunen har registreret at have modtaget gebyr for nyt sundhedskort. Nyt gruppeskift kan herefter tidligst finde sted efter 1 år.

15-18-årige kan selv vælge sikringsform uden samtykke fra værge eller forældremyndighedens indehaver.

3.1.2 Ekstraordinært gruppeskift fra gruppe 2 til gruppe 1

(Sundhedslovens § 58, stk. 4 og bekendtgørelse af nr. 582 af den 10-07-8-2009).

Kommunen kan beslutte, at en gruppe 2-sikret straks skal overføres til gruppe 1-sikring og forblive under denne sikringsform, når der er ydet pågældende sygehjælp efter lov om social bistand eller af rådighedsbeløbet for personlige tillæg til sociale pensioner. Den sikrede forbliver gruppe 1-sikret, så længe det skønnes påkrævet af hensyn til pågældendes økonomiske forhold og behov for sygehjælp.

I tilfælde, hvor en gruppe 2-sikret har fået så omfattende ydelser af lægehjælp, at der må anses at foreligge misbrug af retten til tilskud, kan regionen bestemme, at den pågældende skal overføres til gruppe 1-sikring og forblive under denne for en nærmere fastsat periode.

3.2 Tilflytning fra udlandet

(Sundhedslovens § 58, stk. 2, og bekendtgørelse nr. 582 af den 10-07-8-2009).

Personer, der tilflytter fra Grønland, Færøerne eller udlandet, skal ved tilmeldingen til folkeregistret opfordres til at vælge sikringsform. Giver den sikrede ikke oplysning om valg af sikringsform, meddeler kommunen, at den sikrede indplaceres i gruppe 1, medmindre der inden for en frist af 14 dage fremsættes ønske om valg af gruppe 2.

3.3 Bopæl i udlandet

(Sundhedslovens § 8, og bekendtgørelse nr. 582 af den 10-07-8-2009).

Personer, der er berettiget til lovens ydelser uden at have fast ophold her i landet, kan ved meddelelse til kommunen vælge sygesikringsgruppe, med virkning 14 dage efter kommunen har modtaget skriftlig anmodning herom

Fornyelse mellem sikringsgruppe 1 og 2 kan herefter tidligst ske 1 år efter. De pågældende personer forsynes med et særligt sundhedskort, der kan udstedes med højst 2 års gyldighed.

4 Ydelser efter sundhedsloven

4.1 Indledning

Sundhedsloven fastsætter, hvem der er omfattet af lovens bestemmelser, og hvilke ydelser, disse personer er berettigede til.

Ydelserne og de tilknyttede honorarer/tilskud er nærmere fastlagte og beskrevet i de overenskomster, som Regionernes Lønnings- og Takstnævn har indgået med de enkelte faglige organisationer og behandlere.

De generelle ydelser og taksterne herfor fremgår af Takstmappen. Mappen kan findes på www.okportal.dk. I det følgende refereres til takstmappens takstkort under beskrivelsen af de enkelte ydelsestyper. Herudover udmelder regionen de ydelser, der er aftalt som led i lokale aftaler.

4.2 § 2- og § 3-aftaler

Overenskomsterne på praksisområdet giver generelt mulighed for, at der lokalt kan indgås aftaler mellem en region og de lokale repræsentanter for de faglige organisationer mv. Disse lokale aftaler benævnes § 2-aftaler. På speciallægeområdet dog § 3-aftaler. Det er en forudsætning for aftalernes gyldighed, at de centrale parter har godkendt disse aftaler. Dog kan der på speciallæge- og kiropraktorområdet indgås aftaler uden central godkendelse, for så vidt angår visse forhold, jf. § 3, stk. 1, i overenskomsten (omsætningsregulering, honorering af ydelser, der allerede findes i overenskomsten, honorering af tværgående opgaver, afregningsbestemmelser, rekrutterings- og fastholdelsestiltag, vikaraftaler). Ligeledes kan der indgås § 2-aftaler på almenlægeområdet uden godkendelse fra de centrale parter. Godkendelse af § 2 og § 3 aftaler meddeles regionen af Danske Regioner. Lokalt godkendte aftaler sendes til parternes orientering. Samtidigt meddeles det regionen, hvilket ydelsesnummer, der kan anvendes til afregning.

Sådanne lokale aftaler kan vedrøre både behandlingsmæssige og mere administrative forhold. De giver mulighed for at supplere de landsdækkende overenskomster med aftaler ved lokalt at kunne tilbyde ydelser udover de landsdækkende overenskomster eller for at tilpasse elementer heraf til særlige decentrale behov. De lokale aftaler giver således mulighed for at variere regionens tilbud og tilpasse det til de lokale forhold. § 2- og 3-aftaler anvendes i vidt omfang på almenlægeområdet og på speciallægeområdet.

4.3 Rammeaftaler

Der foreligger adgang til lokalt at tiltræde rammeaftaler, som herefter kun har virkning i den eller de regioner, som har tiltrådt aftalen. Rammeaftaler er i modsætning til § 2 og 3-aftaler centralt fastlagte på forhånd, for så vidt angår indhold og eventuel honorering.

Tiltrædelse af en rammeaftale skal ikke godkendes af de centrale forhandlingsparter, men får virkning umiddelbart efter regionens beslutning om iværksættelse. En rammeaftale kan endvidere opsiges efter lokal beslutning.

Alle rammeaftaler fremgår af takstmappen

4.3.1 Regionernes formidlingsopgave

Regionerne bør umiddelbart ved ikrafttræden af aftaler, som supplerer overenskomsternes bestemmelser, orientere kommunerne om ydelsernes indhold, honorarer m.v. Ligeledes er det regionernes opgave at orientere kommunerne om ophævede aftaler. Lokale aftaler udover overenskomsterne kan indgås tidsbegrænset, f.eks. for en toårig periode eller med adgang for overenskomsternes parter til at opsiges med et nærmere fastsat varsel.

På lægeforeningens hjemmeside www.dadlnet.dk/plo/open, der kræver adgangskode, er der en liste over gældende § 2-aftaler grupperet efter såvel regioner som emner. Der er alene tale om aftaler vedrørende almen lægegerning som supplement til landsoverenskomsten om almen lægegerning af den 03-06-1991, senest ændret den 24-01-2006 (ROK-Praksis 55.10.1).

4.4 Praksisrådets ydelser kontra profylaktiske ydelser

Sundhedsloven omfatter sundhedsvæsnets som helhed. I modsætning til den tidligere lov om offentlig sygesikring, der var afgrænset til hovedsageligt at omfatte adgang til hjælp og behandling ved opstået sygdom. Ydelserne var således tidligere afgrænset til hovedsageligt at omfatte behandlende og helbredende foranstaltninger, og omfattede ikke egentlige forebyggende sundhedsforanstaltninger.

Princippet er gradvist blevet tilpasset udviklingen, således at regelsættene i stigende omfang tillige lagde vægt på en sundhedsfremmende og forebyggende indsats som supplement til den behandlende indsats. Som eksempel herpå kan anføres aftalen om profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide og børn samt vaccinationer, forebyggelseskonsultation, iskæmisk hjertesygdom, der er defineret som egentlige honorarberettigede ydelser. Tilsvarende findes der på øvrige overenskomstområder forebyggende ydelser, eksempelvis i tandlægeoverenskomsten.

Med vedtagelsen af sundhedsloven er der kommet et samlet regelsæt for sundhedsvæsnets omfattende såvel sygdomsbehandling, helbredende foranstaltninger samt forebyggende sundhedsforanstaltninger.

4.5 Overenskomstomfattede ydelser

For de overenskomstomfattede ydelsers vedkommende er omfanget af borgerens ret afhængig af, om pågældende har valgt at være gruppe 1- eller gruppe 2-sikret.

4.5.1 Gruppe 1-sikrede, lægehjælp ved alment praktiserende læge

(Sundhedslovens § 60, stk. 1, og Bekendtgørelse nr. 1238 af den 05-12-2006 om adgang til lægehjælp efter sygesikringsloven).

Gruppe-1 sikrede har ret til vederlagsfri lægehjælp hos alment praktiserende læge.

De nærmere regler for de gruppe 1-sikredes adgang til vederlagsfri lægehjælp er fastsat i Landsoverenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og

Praktiserende Lægers Organisation om almen lægegering. Reglerne om lægevalg fremgår af kapitel 5.

4.5.1.1 Bestemmelser om konsultation og anmodning om sygebesøg

(Sundhedslovens § 59, bekendtgørelse nr. 1238 af den 05-12-2006, § 4, og landsoverenskomsten om almen lægegering, § 31, § 39, stk. 4, § 68, § 76, § 82 og § 91.

Hvis den sikredes helbredstilstand ikke forhindrer det, skal lægen søges i konsultationstiden, dvs. mandag-fredag, dog ikke helligdage.

Anmodning om sygebesøg, der ønskes aflagt samme dag, skal ske inden kl. 9.00 på dage med sædvanlig konsultationstid. Hvis anmodning fremsættes senere, påhviler det ikke lægen at tilse den syge før næste konsultationsdag, medmindre det drejer sig om pludselig opstået eller forværret sygdom, ulykkestilfælde eller lignende, som efter lægens skøn gør besøg påkrævet inden næste ordinære konsultationsdag.

Henvender en sikret sig til en læge uden for konsultationstiden, eller fremsættes anmodning om sygebesøg efter kl. 9.00 på en dag med konsultationstid, uden at lægen skønner, at hurtig lægehjælp er påkrævet, er lægen ikke efter sundhedsloven forpligtet til at yde lægehjælp. Lægen er berettiget til at yde lægehjælpen som en ydelse uden for overenskomsten under forudsætning af, at den sikrede orienteres om, at lægehjælpen i så tilfælde sker for patientens egen regning.

Ved sygebesøg har lægen ret til godtgørelse for kørsel. Lægen har valget mellem at benytte eget befordringsmiddel eller blive befordret af andre, men er i almindelighed ikke berettiget til at veksle mellem disse muligheder, således at lægen en del af året benytter eget befordringsmiddel og i øvrigt vognmand. Dog er en læge, der benytter eget befordringsmiddel, berettiget til, når omstændighederne taler derfor, at anvende lejet befordringsmiddel.

Ved benyttelse af eget befordringsmiddel er godtgørelsen den samme pr. påbegyndt km, som den til enhver tid af staten fastsætter, for benyttelse af eget befordringsmiddel på tjenesterejser. Til denne godtgørelse ydes et tillæg på 15%, forhøjet til nærmeste hele ørebeløb. Den aktuelle kørsels-godtgørelse, som har en 20.000 km grænse pr. år, med højere takst, fremgår af den til enhver tid gældende takstmappe.

Såfremt lægen ikke anvender eget befordringsmiddel, afleverer lægen til vedkommende vognmand eller hvem, der sørger for transporten, en mellem parterne godkendt rekvisition for hver sikret, der besøges. Rekvisitionen påføres lægens ydernummer, navn og konsultationssted samt den sikredes personnummer, navn og bopæl.

For så vidt angår læger, der betjener småøer, kan der ved forhandling mellem vedkommende region og praksisudvalget med pågældende lægers samtykke træffes aftale om afvigelser fra foranstående bestemmelser om kørselsgodtgørelse, med henblik på at opnå en for begge parter rimelig vederlagsordning. Det samme gælder betaling for sørejser.

4.5.2 Gruppe 2-sikrede, lægehjælp ved alment praktiserende læge

(Sundhedslovens § 60, stk. 2 og Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelser nr. 1238 af den 05-12-2006, § 7).

Gruppe 2-sikrede har adgang til tilskud til delvis dækning af udgifter til lægehjælp ved alment praktiserende læge. Gruppe 2-sikrede har således ikke ret til vederlagsfri lægehjælp. Tilskuddet svarer til taksten for tilsvarende lægehjælp til en gruppe 1-sikret.

Gruppe 2-sikrede har frit lægevalg. Lægehjælpen ydes i øvrigt på samme vilkår og med de samme begrænsninger som lægehjælp til gruppe 1-sikrede, dog undtaget kørselsgodtgørelse til den praktiserende læge (som den gruppe 2-sikrede selv skal betale).

4.5.3 Speciallægehjælp

4.5.3.1 Generelt for gruppe 1- og 2-sikrede

(Overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger af den 26-10-2007, ROK-Praksis 55.20.1.)

Praksissektoren har overenskomst inden for følgende specialer:

- Anæstesiologi (bedøvelse og smertebehandling).
- Dermato-venerologi (hud- og kønssygdomme).
- Reumatologi (gigtsygdomme).
- Gynækologi og obstetrik (kvindesygdomme og fødselshjælp).
- Kirurgi (kirurgiske sygdomme).
- Klinisk biokemi.
- Intern medicin (medicinske sygdomme).
- Neurologi (medicinske nervesygdomme).
- Ortopædisk kirurgi.
- Patologisk anatomi (vævs- og celleundersøgelser).
- Plastikkirurgi.
- Psykiatri.
- Børnepsykiatri.
- Pædiatri (sygdomme hos børn)
- Tropemedicin (specialet er under udfasning).
- Øre-, næse- og halssygdomme.
- Øjensygdomme.
- Diagnostisk radiologi (røntgenundersøgelse).

4.5.3.2 Grænsen mellem privatklinik og privathospital

Regionen udbetaler ikke honorar for behandling på et sygehus.

Det forudsættes, at gruppe 1-sikrede kun behandles fra praksisadressen. Endvidere kan den alment praktiserende læge, hvis det skønnes nødvendigt, anmode om, at speciallægen behandler patienten i dennes hjem.

Såfremt det ikke er tilfældet, skal speciallægen have adviseret regionen om, at der foreligger apparaturfællesskab på en anden adresse end den faste praksisadresse.

Overenskomsten regulerer ikke speciallægenes aktiviteter i deres fritid udover arbejdet i deres praksis, og disse kan derfor godt være tilknyttet et privathospital eller privatklinik, hvor de behandler gruppe 2-sikrede.

Gruppe 2-sikrede har kun ret til tilskud for behandling, der er omfattet af overenskomsten, såfremt behandlingen er udført af en navngiven speciallæge. Speciallægen må ikke være fastansat ved et privat hospital/en privat klinik. I dette tilfælde må behandlingen siges at foregå i (privat) sygehusregi.

I praksis skal det påses, at regningen for behandlingen er udstedt af en speciallæge. Regningen må således ikke være udstedt af en privatklinik, et privathospital eller lignende.

4.5.3.3 Gruppe 1-sikrede

(Sundhedslovens § 64, stk. 1, Bekendtgørelse nr. 1238 af den 05-12-2006, § 5).

Gruppe 1-sikrede har adgang til vederlagsfri speciallægehjælp efter henvisning fra alment praktiserende læge.

Dog er en henvisning fra en alment praktiserende læge ikke en forudsætning for at søge speciallægehjælp hos øjenlæge samt øre-, næse- og halslæge.

Hvis den sikrede opsøger en speciallæge, udover de ovennævnte, uden henvisning, betaler den sikrede selv for ydelsen. Tilsvarende gælder, hvis den sikrede ønsker en ikke-overenskomstdækket ydelse foretaget af en speciallæge. I sidstnævnte tilfælde skal speciallægen informere patienten om, hvor behandlingen kan ydes vederlagsfrit og sikre sig, at patienten erklærer sig indforstået med at betragte ydelsen som en "privat behandling".

Det er en forudsætning for vederlagsfri behandling, at speciallægen har tilsluttet sig overenskomst med en region. På www.sundhed.dk kan man se

hvilke speciallæger, der har overenskomst, samt disses adresse, telefonnummer, konsultationstid m.m.

4.5.3.4 Gruppe 2-sikrede

(Sundhedslovens § 64, stk. 2, Bekendtgørelse nr. 1238 af den 05-12-2006, § 7).

Gruppe 2-sikrede har adgang til tilskud til delvis dækning af udgifter til speciallægehjælp, og de gruppe 2-sikrede kan frit søge speciallæge uden henvisning. Det frie speciallægevalg indebærer, at gruppe 2-sikrede ikke er begrænsede til at skulle modtage ydelser hos en overenskomst/af-taledækket yder, uanset hvilket aftalegrundlag tilskuddet ydes på. Tilskuddet svarer til taksten for tilsvarende speciallægehjælp til en gruppe 1-sikret.

Speciallægehjælpen ydes i øvrigt på samme vilkår og med de samme begrænsninger som til gruppe 1-sikrede. Overenskomstmæssige begrænsninger i antallet af konsultationer gælder således også for gruppe 2-sikrede. Ved fortsat behandling herudover kan der dog ydes tilskud svarende til taksten for lægehjælp for en gruppe 1-sikret ved alment praktiserende læge.

Der skal gøres opmærksom på, at dersom en region har indgået særlige aftaler enten som følge af speciallægeoverenskomsternes §§ 2, 3 eller 4 eller som kontraktlige aftaler, gælder dette også for gruppe 2-sikrede. Det betyder, at der kan ydes tilskud på samme vilkår som øvrige overenskomstdækkede ydelser.

I princippet skal hele behandlingen af gruppe 2-sikrede enten være for regionens regning eller være for egenbetaling, dvs. at regionen ikke betaler noget af en behandling. Dog kan en gruppe 2-sikret godt få tilskud til f.eks. konsultationsydelse og en mindre operation eller undersøgelse, og så selv betale for et større indgreb udført i tilslutning hertil. Der skal dog være tale om en regning, der er udspecificeret. Patienten må i dette tilfælde godt afregne den del af regningen, som regionen ikke dækker, med en privat klinik, et privathospital eller lignende.

Regninger der skal dækkes af regionen må ikke være udstedt af en privatklinik, et privathospital eller lignende.

4.5.3.5 Behandling hos speciallæger i ikke overenskomstomfattede specialer (gruppe 1- og 2-sikrede)

(Sundhedslovens § 64, stk. 3 Bekendtgørelse nr. 1238 af den 05-12-2006, § 6).

Ved behandling hos speciallæge, inden for hvis speciale der ikke findes godkendt overenskomst, ydes tilskud. Der kan dog højst ydes tilskud med 80 kr. for 1. konsultation og 30 kr. for hver efterfølgende konsultation i

samme sygdomstilfælde. Inden for 12 på hinanden følgende måneder ydes højst 260 kr. i tilskud til konsultationer i hvert speciale. For en operation ydes tilskud til 1. konsultation med et beløb på indtil 100 kr. Gruppe 1-sikrede skal have henvisning fra alment praktiserende læge.

4.5.4 Tandlægehjælp

(Sundhedslovens § 65, Bekendtgørelse nr. 201 af den 22-02-2007 om tilskud efter sundhedsloven til tandlægehjælp og overenskomst om tandlægehjælp mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening af den 09-06-1999, senest ændret ved aftale den 24-10-2006 (ROK 55.30.1)).

Regionen yder tilskud til forebyggende og behandlende tandlægehjælp hos praktiserende tandlæger til såvel gruppe 1- som gruppe 2-sikrede, som er 18 år og derover.

Tilskud ydes til regelmæssig diagnostisk undersøgelse, bitewings i forbindelse med regelmæssig diagnostisk undersøgelse, diagnostisk og forebyggende grundydelse, individuel forebyggende behandling af caries og gingivitis samt fluorbehandling af initial caries, almindelig tandrensning, udvidet tandrensning, tandrodsrensning, almindelig parodontalbehandling, udvidet parodontalbehandling, kirurgisk parodontalbehandling, kontrol efter forebyggelse/diagnostik og parodontalbehandling, tandfyldning med anvendelse af glasionomer, plast og i visse tilfælde amalgam som fyldningsmateriale, gradvis ekskavering, rodbehandling og rodfyldning, tandudtrækning under lokalbedøvelse samt operativ fjernelse af tænder, rodspidser og mindre cyster m.v.

Børn af personer med særligt sundhedskort (se afsnit 6.2) er ligestillede med gruppe-1 sikrede i forhold til tilskud, hvilket betyder, at tandlægen selv skal afregne direkte med regionen. Alle øvrige børn hører til i den kommunale børnetandpleje, som er organiseret og tilrettelagt forskelligt i kommunerne.

De nærmere vilkår for gruppe 1- og gruppe 2-sikredes tilskud til tandlægehjælp er fastsat i overenskomst om tandlægehjælp mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Tandlægeforening. Honorarerne for de dækkede ydelser for gruppe 1-sikrede er fastsat i overenskomsten, og fremgår af takstmappen. For gruppe 1-sikrede er det en betingelse for at få tilskud til tandbehandling i Danmark, at de søger en tandlæge, der er tilsluttet tandlægeoverenskomsten.

Tandlægeydelser er omfattede af EU-reglerne om varers og tjenesteydelsers frie bevægelighed. Der kan derfor ydes tilskud til tandlægebehandling i andre EU-lande, se hertil kapitel 9.

Regionens tilskud ydes med samme beløb til gruppe 1- og gruppe 2-sikrede. Tilskuddet til Regelmæssig Diagnostisk Undersøgelse (RDU) udgør til personer mellem 18 og 25 år 65% af det samlede aftalte honorar. Tilskuddet til RDU af øvrige personer, kontrolundersøgelser samt tandrensningsydelser udgør 40% af honorarerne. Der kan i forbindelse med RDU tages røntgen/bitewings, til hvilke der ydes 30% tilskud. Øvrige røntgenydelser er uden tilskud. RDU kan under normale omstændigheder gives med et interval på 12-18 måneder.

For ydelserne operativ fjernelse af tænder, rodspidser og mindre cyster samt kirurgisk paradontalbehandling er regionens tilskud fastsat som et kronebeløb, der reguleres i henhold til gældende overenskomst. Der er på de nævnte ydelser ikke aftalt et fuldt honorar, hvilket betyder, at der er fri prisfastsættelse for tandlægen, og patientandelen kan derfor variere.

På en række andre fyldningsydelser, tandudtrækning og parodontale forebyggende og behandlende ydelser er tilskuddet ligeledes fastsat som et kronebeløb, der reguleres. Også her er patientandelen fastsat efter aftale mellem overenskomstens parter. For ydelser uden et aftalt grundhonorar, skal der i klinikens venteværelse forefindes synlige prislister.

Som tillæg til tandlægeoverenskomsten er der indgået aftale mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Tandlægeforening om henvisningsret til histopatologiske undersøgelser. Det er op til den enkelte region at beslutte, hvorvidt regionen vil tilslutte sig aftalen, eller om regionen vil have patologiske undersøgelser udført på sygehusenes patologiske institutter.

4.5.4.1 Tilkaldeordning for tandlægehjælp

Den enkelte tandlæge er forpligtet til at tilkalde alle patienter, der er tilknyttet praksis. Tilkaldet af den enkelte patient skal baseres på patientens behov vurderet på baggrund af tandlægens faglige skøn. Tilkaldet kan ske skriftligt eller telefonisk.

4.5.5 Tandpleje

(Sundhedslovens §§ 71 og 72, Bekendtgørelse nr.461 af den 22-05-2007 om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejere i praksissektoren og overenskomst om tandpleje mellem RLTN og Dansk Tandplejerforening af den 12-03-2007, (ROK 55.35.1)).

Regionen yder tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejere der har overenskomst med regionen. Såvel gruppe 1- som gruppe 2-sikrede, over 18 år har ret til tandpleje. Undtaget er børn og unge under 18 år, der er omfattet af det lovpligtige tilbud om kommunal tandpleje, og personer, der modtager tandpleje efter sundhedslovens § 131 (omsorgstændpleje).

Tilskud ydes til regelmæssig diagnostisk undersøgelse, bitewings i forbindelse med regelmæssig diagnostisk undersøgelse, individuel forebyggende behandling af caries og gingivitis samt fluorbehandling af initial caries, udvidet forebyggende behandling, almindelig tandrensning, udvidet tandrensning, tandrodsrensning, almindelig paradontalbehandling, udvidet paradontalbehandling, kontrol efter forebyggelse/diagnostik og paradontalbehandling, bitewings i forbindelse med kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse, undersøgelse efter henvisning fra tandlæge samt henvisning til undersøgelse hos tandlæge. De nærmere vilkår af de enkelte tandbehandlinger fremgår af den gældende

overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Tandplejerforening.

Regionen yder tilskud på 40 % af de i overenskomsten fastsatte maksimale grundhonorarer. Til bitewings i forbindelse med den regelmæssige diagnostiske undersøgelse og kontrol efter den regelmæssige diagnostiske undersøgelse yder regionsrådet et tilskud på 30 %. Til personer i alderen 18-25 år yder regionsrådet et tilskud på 65 % til den regelmæssige diagnostiske undersøgelse og til kontrol efter den regelmæssige diagnostiske undersøgelse. Tilskuddene beregnes på grundlag af de i overenskomsten fastsatte maksimale grundhonorarer.

De nærmere vilkår for gruppe 1- og gruppe 2-sikredes tilskud til tandlægehjælp er fastsat i overenskomst om tandpleje mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Tandplejerforening. Honorarerne for de dækkede ydelser for gruppe 1-sikrede er fastsat i overenskomsten, og fremgår af takstmappen. For gruppe 1-sikrede er det en betingelse for at få tilskud til tandplejebehandling i Danmark, at de søger en tandlæge, der er tilsluttet tandlægeoverenskomsten.

4.5.6 Fysioterapi

(Sundhedslovens § 67, og bekendtgørelse nr. 710 af den 27-06-2008 om tilskud efter sundhedsloven til fysioterapeutisk behandling og landsoverenskomst om fysioterapi af den 08-06-1988, senest ændret den 03-07-2008 mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter (ROK 55.40.1).

Regionen yder til såvel gruppe 1-sikrede som til gruppe 2-sikrede tilskud til fysioterapeutisk behandling hos praktiserende fysioterapeuter. Kommunen yder tilskud til vederlagsfri fysioterapi, se afsnit 4.5.6.4.

Det er en forudsætning for både gruppe 1- og 2-sikrede, at behandlingen er ordineret af en læge ved skriftlig henvisning, og at behandlingen finder sted på en af regionen godkendt klinik.

Den overenskomstdækkede behandling omfatter fysioterapeutisk undersøgelse, biomekanisk bevægelsesterapi, neurofysioterapi, psykomotorisk bevægelsesterapi, ADL-funktionstræning, kompenserende behandling, lungefysioterapi, ødembehandling, manuel behandling, apparaturbehandling, information og vejledning. En behandling udføres som en kombination af de nævnte ydelser relateret til patientens aktuelle behov.

Konsultationerne honoreres med enten en første konsultation, en normal behandling, en kort behandling eller opfølgende træningsterapi. For så vidt angår almindelig fysioterapi kan der i et behandlingsforløb kun gives 1 første konsultation i behandlingsforløbet for samme sygdomsaktivitet. For vederlagsfri fysioterapi gælder samme regler. For vederlagsfri fysioterapi kan første konsultationshonorar dog udbetales én gang pr. år fra 2. henvisningsperiode og frem i forbindelse med udarbejdelse af statusredegørelsen.

Der kan gives tillæg til normalbehandlingshonoraret for særlig tidskrævende indsats, når et eller flere af følgende symptomer er til stede: Kommunikationsbesvær, spasticitet, tabt gang- eller støttefunktion, omfattende muskelatrofi, omfattende koordinationsforstyrrelser, multiple kontrakturer og multiple ledaffektioner.

4.5.6.1 Almindelig fysioterapi

Tilskuddet til såvel gruppe 1- som gruppe 2-sikrede udgør op til 40% af det for gruppe 1-sikrede fastsatte honorar i landsoverenskomsten om fysioterapi.

For gruppe 1-sikrede er det en betingelse for at få tilskud til fysioterapibehandling, at de søger en fysioterapeut, der har tilsluttet sig overenskomsten med regionen. Dog er ydelserne omfattet af EU-regler om varer og tjenesteydelsers fri bevægelighed, hvorfor der kan ydes tilskud til behandling foretaget i et andet EU-land, se kapitel 9.

4.5.6.2 Vederlagsfri fysioterapi

(Landsoverenskomst om vederlagsfri fysioterapi af den 03-05-1995, senest ændret den 31-07-2008 mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter (ROK 55.40.3)).

Der ydes tilskud til vederlagsfri fysioterapeutisk behandling til personer med et svært fysisk handicap som følge af muskelsvind, sclerose, spastisk lammelse m.v. og til personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom

Den nøjagtige fortegnelse over, hvilke diagnoser, der er omfattet af ordningen fremgår af Sundhedsstyrelsens retningslinier for "Fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi", udgivet i 2000.

For gruppe 1-sikrede er det en betingelse for at få tilskud til fysioterapibehandling, at de søger en fysioterapeut, der har tilsluttet sig overenskomsten med regionen. Muligheden for at få tilskud til behandling foretaget i et andet EU-land gælder ikke, idet den offentlige sygesikring yder 100% tilskud.

4.5.6.3 Progressive lidelser

(Bekendtgørelse nr. 710 af den 27-06-2008 om tilskud efter sundhedsloven til fysioterapeutisk behandling).

Der tilbydes vederlagsfri fysioterapi til personer som har funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom. Hensigten er at give mulighed for at personer i denne gruppe kan få fysioterapi tidligt i deres sygdomsforløb. Tilbuddet om vederlagsfri fysioterapi til personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom inkluderer personer, som opfylder alle følgende henvisningskriterier:

- Personen har en funktionsnedsættelse som følge af en progressiv sygdom.
- Tilstanden er varig

- Personen har en diagnose, der er omfattet af diagnoselisten og som samtidig klassificeres som progressiv sygdom.
- Diagnosen er stillet af sygehusafdeling eller speciallæge i neurologi, reumatologi eller andet relevant speciale
-

Den fysioterapeutiske indsats til denne persongruppe foregår på hold. Individuel fysioterapi er ikke udelukket, men skal være undtagelsen. Ridefysioterapi er ikke omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi til den nye gruppe.

4.5.6.4 Overførelse af myndighedsansvaret til kommunerne

Kommunerne fik pr. 1. august 2008 myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi. Vederlagsfri fysioterapi tilbydes fortsat hos praktiserende fysioterapeuter, men kommunerne får også mulighed for - men ikke pligt til - at oprette tilbud om vederlagsfri fysioterapi ved egne institutioner eller ved private institutioner, som kommunen indgår aftale med. Personer, der henvises til vederlagsfri fysioterapi, får samtidig et frit valg mellem at modtage vederlagsfri fysioterapi hos en praktiserende fysioterapeut eller i eventuelle kommunale tilbud i bopælskommunen eller i andre kommuner.

Pt. varetager regionerne ansvaret for afregning af vederlagsfri fysioterapi med fysioterapeuterne, efter aftale mellem KL og Danske Regioner.

4.5.6.5 Ridefysioterapi

(Bekendtgørelse nr. 1079 af den 02-11-2006 og overenskomst om lægeordineret ridefysioterapi af den 02-09-1993, senest ændret den 03-07-2008, mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter vedrørende lægeordineret ridefysioterapi).

Berettiget til ridefysioterapi med tilskud er blinde og svagtseende og efter regionens særskilte beslutning, personer med Downs syndrom, autismen, cystisk fibrose, muskelsvind m.fl.

Behandlingen foregår i hold på indtil 5 deltagere på rideskoler godkendt af regionen og under ledelse af en fysioterapeut, der opfylder de uddannelsesmæssige krav, der fremgår af overenskomsten. Regioner yder tilskud på 4/5 af de i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter fastsatte honorarer for gruppe 1- og gruppe 2-sikrede.

Hvis patienten er berettiget til vederlagsfri fysioterapi, er patienten dog også berettiget til vederlagsfri ridefysioterapi.

4.5.6.6 Regionernes godkendelse af fysioterapeutiske klinikker

Tilskud til behandling hos fysioterapeut kan kun ydes, hvis klinikken er godkendt af pågældende region. Der henvises til Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1276 af den 05-12-2006 om indretning af klinikker for

fysioterapi på hvilke, der ydes behandling med tilskud fra den offentlige sygesikring.

Nynedsættelse som fysioterapeut med tilskud, kan kun finde sted i henhold til en samlet plan for tilrettelæggelsen af den fysioterapeutiske behandling i regionen.

4.5.7 Fodterapi

4.5.7.1 Fodbehandling af sukkersygepatienter

(Sundhedslovens § 68 og bekendtgørelse nr. 1101 af den 20-09-2007 samt overenskomst af den 01-04-2002 mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter (ROK 55.70.1)).

Regionen yder tilskud til fodbehandling af sukkersygepatienter (fodterapi) hos fodterapeuter.

Gruppe 1- og gruppe 2-sikrede har ret til tilskud til fodbehandling efter henvisning fra en læge.

De fastsatte honorarer for gruppe 1- og gruppe 2-sikrede fremgår af bekendtgørelsen. Tilskuddet udgør 60% af de i bekendtgørelsen fastsatte honorarer.

4.5.7.2 Ortonyxi (behandling af nedgroede negle og arvæv)

(Sundhedslovens § 68 og bekendtgørelse nr. 1101 af den 20-09-2007 samt overenskomst af den 24-02-2002 mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter).

Regionen yder tilskud til ortonxybehandling hos fodterapeuter af personer, hos hvem der ifølge lægelig diagnose er konstateret symptomgivende unguis incarnatus, (nedgroede tånegle). Gruppe 1- og gruppe 2-sikrede har ret til tilskud efter henvisning fra en læge. Tilskuddet udgør 50% af de i bekendtgørelsen fastsatte honorarer for gruppe 1- og gruppe 2-sikrede.

Der gives 50% tilskud til fodbehandling af personer med arvæv efter strålebehandling.

4.5.7.3 Svær leddegigt

(Sundhedslovens § 68 og bekendtgørelse nr. 1101 af den 20-09-2007 samt overenskomst af den 24-02-2002 mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter).

Regionen yder tilskud til fodbehandling af patienter med svær leddegigt. Ved svær leddegigt forstås leddegigt, der medfører begrænset eller tabt

funktion i ben og arme, hvor kun få eller ingen sædvanlige arbejdsopgaver klares og hvor den sikrede har nedsat evne til selvhjælp, og som følge heraf ikke kan varetage egen fodpleje.

De fastsatte honorarer for gruppe 1- og gruppe 2-sikrede fremgår af bekendtgørelsen. Tilskuddet udgør 60% af de i bekendtgørelsen fastsatte honorarer.

4.5.7.4 Limiteringsbestemmelser

Limiteringsbestemmelserne findes ved behandling af nedgroede tånegle og udgør 23 "faktorer" inden for en periode på 12 måneder. Ydelserne vedrørende nedgroede negle udgør hver især mellem 1 og 4 "faktorer".

4.5.8 Øvrige overenskomstomfattede ydelser

4.5.8.1 Kiropraktisk behandling

(Sundhedslovens § 66 og bekendtgørelse nr. 1150 af den 22-11-2006 om tilskud efter sundhedsloven til kiropraktisk behandling samt landsoverenskomsten om kiropraktisk af den 31-10-2006, mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktor Forening (ROK 55.50.1)).

Det offentlige yder tilskud til kiropraktisk behandling hos kiropraktorer. Til patienter med kroniske lidelser i bevægeapparatet ydes der ligeledes tilskud, idet tilskudsandelen er større.

Til behandling og røntgen ydes fastkronetilskud, som reguleres.

De sikrede har frit valg mellem samtlige praktiserende kiropraktorer. For gruppe 1-sikrede er det en betingelse for tilskud, at kiropraktoren er tilsluttet overenskomsten. Dog er ydelserne omfattet af EU-regler om varer og tjenesteydelsers fri bevægelighed, hvorfor der kan ydes tilskud til behandling foretaget i et andet EU-land, se kapitel 9.

Det er ikke en betingelse for tilskud fra regionen, at der foreligger lægehenvi-
sning.

4.5.8.2 Kroniske lidelser

For personer med kroniske lidelser i bevægeapparatet, som kræver ekstraordinær tidskrævende og længerevarende behandlende og forebyggende indsats, og som er indstillet på væsentligt personligt engagement i relation til varig styrkelse af bevægeapparatet, er aftalt en særlig tilskudsordning. Hovedreglen er, at der i en periode af 6 måneder kan modtages tilskud til kiropraktisk behandling. Patienter med varig alvorlig nedsættelse af bevægeapparatets funktion som følge af 1) medfødte eller 2) arvelige

eller 3) arbejdsbetingede lidelser eller 4) ulykke, kan forblive i tilskudsordningen ud over 6 måneder.

4.5.8.3 Optræning og behandling på optræningscentret i Karlslunde

(Sundhedslovens § 71 og 72, Bekendtgørelse nr.1080 af den 02-11-2006 samt overenskomst om optræning af handicappede og behandling af muskellidelser af den 26-03-1996, senest ændret den 22-09-2000 mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Teddy Øfeldt (ROK 55.80.1)).

Kommunen yder tilskud til optræning på optræningscentret i Karlslunde til personer, der er berettiget til vederlagsfri fysioterapi, jf. Sundhedsstyrelsens retningslinier udgivet 2000 for fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi.

Overenskomsten omfatter handicappede, der er bosiddende i Region Hovedstaden, Region Sjælland samt i en region, hvor regionsrådet har besluttet at tiltræde overenskomsten

Derudover yder regionen tilskud til behandling af sikrede med muskellidelser, til personer i de regioner, der har truffet beslutning om at tiltræde den del af overenskomsten.

Der ydes tilskud til gruppe 1-sikrede og gruppe 2-sikrede efter lægehenvi-
sning.

I overenskomsten er fastsat honorar pr. optræningstime. Tilskuddet til optræning af handicappede og behandling af muskellidelser udgør 40% af det i overenskomsten fastsatte honorar til Teddy Øfeldt. Der ydes vederlagsfri optræning hos optræningscentret i Karlslunde til de samme grupper af svært fysisk handicappede, som er berettiget til vederlagsfri fysioterapi.

4.5.8.4 Psykologhjælp

(Sundhedslovens § 69, bekendtgørelse nr. 674 af den 26-06-2008 og overenskomst om psykologhjælp af den 28-04-1995, senest ændret den 25-01-2008, mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykolog Forening (ROK 55.90.1)).

Regionen yder tilskud til psykologhjælp i forbindelse med kriser, som kan være udløst af flere forskellige årsager. Berettiget til psykologhjælp er røveri-, volds- og voldtægts ofre, trafik- og ulykkesofre, pårørende til alvorligt psykisk syge personer, personer ramt af en alvorlig invaliderende sygdom, pårørende til personer, der er ramt af alvorligt invaliderende sygdom og pårørende ved dødsfald, personer der har forsøgt selvmord, kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge, idet psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning er sendt til samrådet og personer der inden det fyldte 18. år har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb og personer med let til moderat depression (18-37 år). Der kræves lægehenvi-
sning.

Regionen yder et tilskud på 60 % af det i overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykolog Forening fastsatte honorar for gruppe 1- og 2-sikrede. Tilskud til både gruppe 1- og gruppe 2-sikrede er betinget af, at psykologen er tilmeldt overenskomsten, hvorfor der ikke kan blive tale om udbetaling af kontanttilskud i kommunen.

4.5.9 Udbetaling af tilskud

(Sundhedslovens §§ 64-69,

4.5.9.1 Gruppe 1-sikrede

Gruppe 1-sikrede har adgang til vederlagsfri lægehjælp og speciallægehjælp. For de øvrige overenskomstmfattede ydelsers vedkommende er de gruppe 1-sikrede berettiget til tilskud. I alle tilfælde afregnes direkte mellem yderen og regionen, idet retten forudsætter, at den sikrede bliver behandlet hos en yder, der har indgået overenskomst med det offentlige. Nærmere afregningsbestemmelser fremgår af de indgåede overenskomster.

Den gruppe 1-sikrede vil herefter kun have adgang til tilskud fra kommunen:

- 1) Ved behandling hos speciallæge, inden for hvis speciale, der ikke findes godkendt overenskomst, Sundhedslovens § 64, stk. 3, jf. afsnit 4.5.3.5.
- 2) Ved konflikt mellem det offentlige og en eller flere yderorganisationer, Sundhedslovens § 229, jf. afsnit 4.5.9.
- 3) Brillor (Sundhedslovens § 70 og afsnit 8.3.1).
- 4) Følgende udenlandsk sikrede og deres medrejsende familiemedlemmer på midlertidigt ophold, der har afregnet direkte med lægen, tandlægen m.v., har ret til refusion som en gruppe 1-sikret, når de viser den kvitterede, specificerede regning:
 - a) EU-borgere og personer sikret i Schweiz: Mod forevisning af EU-sygesikringskort (eller britisk pas for så vidt angår borgere fra Storbritannien)
 - b) Personer sikrede i et nordisk land – eventuelt mod dokumentation for deres bopæl i et andet nordisk land.
 - c) Personer fra Quebec på studie- eller erhvervsophold: Dansk opholdstilladelse (studerende) eller opholds- og arbejdstilladelse (erhvervsophold) og blanket QUE/DAN 4.

ad a) og b):

Dækker ikke udgifter til planlagt behandling eller planlagte kontrolundersøgelser, hvis formålet med rejsen er at få den planlagte behandling/kontrolundersøgelse.

4.5.9.2 Gruppe 2-sikrede

Gruppe 2-sikrede har adgang til tilskud til alle overenskomstomfattede ydelser. Tilskuddene fremgår af takstmappe samt de retningslinier, der eventuelt er udsendt fra regionen om særlige aftaler efter overenskomsternes § 2, 3, eller 4.

For overenskomstomfattede sundhedspersoner foretages der nettoafregning, Nettoafregningen indebærer, at den gruppe 2-sikrede til yderen betaler egenandelen, mens tilskuddet afregnes direkte mellem sundhedspersonen og regionen.

Yderne er frit stillede ved fastsættelse af honorar over for den gruppe 2-sikrede. Den del af honoraret, der ikke dækkes af regionens tilskud, betaler den sikrede direkte til yderen/sundhedspersonen.

Søges en ikke-overenskomstomfattet yder, betaler den gruppe 2-sikrede det fulde honorar og må derfor rette henvendelse til kommunen for at få udbetalt tilskud.

4.5.9.3 Udbetaling af kontanttilskud

(Sundhedslovens §§ 224 og 228 og bekendtgørelse nr. 711 af den 27-06-2008 om udbetaling af visse kontantydelse til sikrede)

Enhver kontantudbetaling af tilskud til udgifter til sygehjælp sker i kommunen. Udbetaling finder altid sted i bopælskommunen, uanset om regningen vedrører perioder, hvor den sikrede var registreret i en anden kommune. Ved henvendelse i en anden kommune må der henvises til bopælskommunen. Tilskud udbetales mod aflevering af specificeret og kvitteret regning.

Det er vigtigt, at være opmærksom på, om nettoafregning eventuelt allerede har fundet sted. Der kan som princip ikke udbetales tilskud, hvis behandlingen er foretaget af en læge/speciallæge, der har ydernummer i regionen. Se endvidere afsnit 4.5.3.2 vedrørende behandling på privat klinik eller hospital.

Der udbetales efter de på behandlingstidspunktet gældende tilskudstakster. I intet tilfælde ydes mere end regningens beløb.

Tilskudstaksterne fremgår af takstmappen. Takstmappen indeholder samtlige ydelser, for hvilke der kan ydes tilskud, med angivelse af ydelsesnumre samt gældende tilskudsbeløb. Tilskuddet svarer til det beløb, som regionen afholder for tilsvarende ydelser for gruppe 1-sikrede. I forbindelse med refusion gøres opmærksom på, at der inden for almen lægehjælp er forskellige takster for gruppe 1- og gruppe 2-sikrede, idet ydelseshonoraret er større for gruppe 2-sikrede, fordi der ikke udbetales et basishonorar til lægen.

Ved udbetaling af tilskud på regionens vegne kontrolleres sikredes ret til sundhedsydelse.

Der anvendes blanketten "tilskud fra den offentlige sygesikring" - OS 302 - med 2 kopier. Originalen hæftes sammen med originalregningen og sendes til regionen. Der kan dog træffes aftale med regionen om, at originalbilagene forbliver i kommunen og revideres af kommunens revision, jf. efterfølgende afsnit. En kopi forbliver i kommunen, og en kopi udleveres til den sikrede.

Det påhviler kommunerne, at begrunde et eventuelt afslag med klagevejledning.

4.5.9.4 Mellemlægning med regionen

Kommunen fremsender til terminen, der aftales lokalt, de enkelte originalregninger til regionen vedhæftet blanket "tilskud fra den offentlige sygesikring" - OS 302. Tilskudsbilag vedrørende borgere fra andre EU-lande sorteres særskilt.

Der kan træffes aftale mellem regionen og kommunen om, at originalregningerne forbliver i kommunen og revideres af kommunens revision. EU-bilag skal altid indsendes til regionen.

Kommunen udfylder og medsender til regionen en samlet opgørelse over kontanttilskud – blanket OS 305, hvorpå det udbetalte beløb er specificeret på ydelseskategorier.

Den økonomiske risiko i forbindelse med uberettiget udbetalte tilskud m.m. påhviler alene kommunerne.

Kommunen kan kræve forskud til brug for udbetaling af tilskud på regionens vegne.

Ved udfyldelse af tilskudsbilag for personer, der ikke er bosat i Danmark, anvendes i stedet nationalitetskoden, jf. afsnit 6.2.2.

4.5.10 Tilskud til ydelser, der er købt eller leveret i et andet EU-/EØS land

(Sundhedslovens §168, og lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, vedr. adgang til tilskud til varer og tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU-/EØS-land)

Der kan gives tilskud til visse sundhedsydelser, der købes eller leveres i et andet EU-/EØS-land. Fx kan en gruppe 1-sikret få tilskud til speciallægebehandling, også i tilfælde hvor speciallægen praktiserer i et andet EU-/EØS-land. Som ved modtagelsen af speciallægebehandling i Danmark skal gruppe 1-sikrede være henvist almindeligvis fra sin alment praktiserende læge her i landet til speciallægebehandlingen. Dog gælder der ikke noget henvisningskrav ved behandling hos øjenlæge eller øre-næse-halslæge.

De sikrede skal i første omgang betale den udenlandske læge, tandlæge fysioterapeut m.fl. for behandlingen og kan efterfølgende søge kommunen/regionen om tilskud.

Kommunen skal træffe afgørelser i sager, hvor der søges om tilskud til ydelse, der heri landet hører under kommunernes ansvar jf. bekendtgørelse § 1, stk. 2, nr. 10-13

Regionen skal træffe afgørelser i sager, hvor der søges om tilskud til ydelse, der heri landet hører under regionernes ansvar jf. bekendtgørelse § 1, stk. 2, nr. 1-9 og 14

Tilskud kan gives til følgende varer og tjenesteydelser:

- 1) Ernæringspræparater, jf. sundhedslovens § 159.
- 2) Brillor til børn under 16 år, jf. sundhedslovens § 70.
- 3) Almenlægehjælp til gruppe 2-sikrede, jf. sundhedslovens § 60, stk. 2.
- 4) Speciallægehjælp til gruppe 1- og 2-sikrede, jf. sundhedslovens § 64, stk. 1 og 2.
- 5) Tandpleje og tandbehandling, jf. sundhedslovens § 65 og regler om tilskud til tandpleje fastsat i medfør af sundhedslovens § 71.
- 6) Kiropraktisk behandling, jf. sundhedslovens § 66.
- 7) Fysioterapeutisk behandling, jf. sundhedslovens § 67.
- 8) Fodterapeutisk behandling, jf. sundhedslovens § 68.
- 9) Psykologbehandling, jf. sundhedslovens § 69.
- 10) Børne- og ungdomstandpleje, jf. sundhedslovens § 129.
- 11) Støtte til tandproteser ved ulykkesbetingede tandskader, jf. sundhedslovens § 135.
- 12) Vederlagsfri genoptræning uden for sygehusregi, jf. sundhedslovens § 140.
- 13) Vederlagsfri fysioterapi, jf. sundhedslovens § 140 a.
- 14) Tandpleje til visse kræftpatienter og patienter med Sjøgrens Syndrom, jf. sundhedslovens § 166.

4.5.11 Konfliktsituationer

(Sundhedslovens § 229).

De gruppe 1-sikredes særlige rettigheder med hensyn til de overenskomst-omfattede ydelser, jf. afsnit 5.1 – 5.1.6, er betinget af, at der foreligger overenskomst inden for det pågældende område. Bortfalder en overenskomst ved konflikt, bortfalder de forpligtelser, sundhedspersonerne efter overenskomsten har over for det offentlige og over for de sikrede. Desuden bortfalder muligheden for afregning mellem sundhedspersonerne og regionerne.

I henhold til sundhedslovens § 229 fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren i konfliktsituationer regler om størrelsen af regionens tilskud i konfliktsituationen.

4.5.11.1 De sikrede

De vilkår, der er aftalt i overenskomsterne for gruppe 1-sikrede, bortfalder ved konflikt. De sikrede skal derfor betale det fulde honorar til yderen. De

sikrede har dog mulighed for at transportere krav på tilskud fra regionen til yderen, ved at den sikrede skriver under på en transporteret regning. Denne regning indsendes af yderen til regionen/kommunen, der herefter udbetaler beløbet til yderen.

I de tilfælde, hvor det er en forudsætning for ret til tilskud til behandling, at der foreligger henvisning fra læge, skal henvisning også foreligge under en konflikt.

De nærmere regler for ydelserne under konflikten vil blive fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren ved bekendtgørelse i henhold til sundhedslovens § 229. Indenrigs- og sundhedsministeren kan bestemme, at praktiserende læger ikke må tage et større honorar for lægehjælp end de af indenrigs- og sundhedsministeren fastsatte tilskud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere bestemme, at tandlæger, fysioterapeuter m.fl. ikke må tage et større honorar end de fastsatte tilskud med tillæg af den efter lovgivningen fastsatte egenbetaling.

4.5.11.2 Begrænsninger

Eventuelle begrænsninger i de sikredes valg af og henvisning til sundhedsperson samt i behandlingens omfang vil fremgå af Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse, der udarbejdes i tilfælde af konflikt.

4.5.11.3 Sundhedspersonen/yderen

Enhver relation mellem regionen og de praktiserende sundhedspersoner bortfalder, herunder landssamarbejdsudvalgenes virksomhed, ved konflikt.

Dette indebærer, at ingen af overenskomstens parter, hverken centralt eller lokalt, vil kunne påberåbe sig de rettigheder og forpligtelser, der følger af overenskomsten.

Yderne vil ved fastsættelsen af honorarer for de gruppe 1-sikrede være bundet af eventuelle regler fastsat herom af indenrigs- og sundhedsministeren ved bekendtgørelse i henhold til sundhedslovens § 229, jf. afsnit 4.5.9.1.

4.5.11.4 Udbetaling af tilskud

Anmodning om tilskud rettes til kommunen. Tilskud må forventes ydet på grundlag af aflevering af specificeret og kvitteret regning.

4.5.11.5 Fremgangsmåde ved udbetaling af tilskud

Nærmere retningslinier for udbetaling af tilskud aftales i den konkrete situation mellem regionen og kommunerne.

4.6 Ikke overenskomstomfattede ydelser

En række af praksisrådets ydelser er ikke omfattet af overenskomst. Det gælder tolkebistand ved lægehjælp, lægemidler, briller til børn under 16 år og rejsesygesikring. Disse ydelser vil ikke være påvirket af en konflikt.

4.6.1 Lægemedler

Sundhedsloven, Afsnit X

Regionen giver tilskud til de receptpligtige lægemidler, som Lægemiddelstyrelsen har meddelt tilskud. Tilskuddet udgør en procentdel (0%, 50%, 75%, 85% eller 100%) af apotekets udsalgspris. Procentsatsen afhænger af den sikredes alder (barn/voksen), samt hvor store udgifter til lægemidler den sikrede har haft i det indeværende tilskudsår. Jo større udgifter, jo større procentvis tilskud fra regionen. For at opnå 100% tilskud til lægemiddelforbruget over en vis grænse, skal den sikredes læge indsende en ansøgning til Lægemiddelstyrelsen, hvori det dokumenteres, at den sikrede har et stort, varigt og fagligt veldokumenteret behov for lægemidler (kronikertilskud). Efter ansøgning ydes der også 100% tilskud til døende patienters lægemiddeludgifter (terminalbevilling).

Tilskuddet udregnes efter lægemidlets såkaldte tilskudspris, som kan afvige fra forbrugerprisen på lægemidlet (terminalpatienter får dog den fulde udgift dækket). Hvis flere lægemidler har samme aktive indholdsstof, kan Lægemiddelstyrelsen gruppere dem i tilskudsgrupper. Inden for disse grupper anvendes samme tilskudspris uanset det enkelte lægemiddels forbrugerpris. Tilskudsprisen er enten det billigste lægemiddels forbrugerpris, hvis det kun findes i Danmark, eller den billigste forbrugerpris, lægemidlerne markedsføres til i en række af udvalgte europæiske lande.

En sikret kan i særlige tilfælde efter ansøgning få tilskud til et lægemiddel, der ikke er meddelt tilskud af Lægemiddelstyrelsen (enkelttilskud) eller til et lægemiddels forbrugerpris frem for dets tilskudspris (forhøjet tilskud). Desuden kan Lægemiddelstyrelsen bestemme, at der kun ydes tilskud til et givent lægemiddel, hvis det ordineres til behandling af bestemte sygdomme (klausuleret tilskud).

4.6.2 Brillor til børn under 16 år

Se hertil kapitel 8.3.1.

4.7 Andre ydelser

4.7.1 Almindelig begravelseshjælp

(Sundhedslovens § 160 og Bekendtgørelse nr. 1207 af den 28-11-2006 om beregning og udbetaling af begravelseshjælp.

Dør en person, der indtil dødsfaldet havde ret til sundhedslovens ydelser (også hvilende sikrede), yder kommunen begravelseshjælp. Pligten til at yde begravelseshjælp påhviler den kommune, hvor den afdøde var tilmeldt folkeregistret.

Begravelseshjælp ydes til dødfødte, herunder for tidligt fødte, uanset alder, i alle tilfælde, hvor barnet skal begraves/bisættes. Dette gælder også for fostre født inden 28. svangerskabsuge. Begravelseshjælpen kan i disse tilfælde udbetales på

grundlag af dokumentation fra sygehus/jordemoder eller dokumentation fra bedemand.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsender meddelelse om begravelseshjælpens størrelse. Beløbene fremgår endvidere af Takstmappen.

Begravelseshjælp udbetales som hidtil senest 1 måned efter, at kommenen har modtaget en anmodning herom med oplysninger om formue og formuerettigheder, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, jf. endelig beregning af begravelseshjælpen.

For personer på 18 år og derover er begravelseshjælpen formueafhængig.

Hvor afdøde efterlader ægtefælle (inklusive registreret partnerskab), beregnes formuen på grundlag af ægtefællernes samlede formue inklusive formuerettigheder på dødstidspunktet. Ægtefæller, der er separeret, og personer, der er samlevende uden at være gift, betragtes som enlige. Hvor ægtefæller dør umiddelbart efter hinanden, beregnes formuegrundlaget for den først afdøde som for gifte, mens formuen for den sidst afdøde beregnes som for enlige.

Formuen beregnes som de samlede aktiver fratrukket de samlede passiver på dødstidspunktet.

Fast ejendom, der tjener til familiens bolig, indgår kun i formueberegningen med det beløb, friværdien overstiger 100.000 kr. Ved friværdi forstås værdien af boligen efter fradrag af gæld med sikkerhed i ejendommen.

Når familiens bolig er en andelslejlighed eller lignende gælder tilsvarende, at boligen indgår i formueberegningen med det beløb, værdien efter fradrag af gæld, der alene vedrører finansieringen af boligen eller forbedringer af denne, overstiger 100.000 kr.

Værdien af boligen er den værdi, skifteretten har lagt til grund ved fastsættelsen af værdi af fast ejendom, andelsbevis m.v.

Fast ejendom kan omfatte såvel helårsbolig som sommerhus, der overvejende benyttes af familien, men ikke f.eks. et sommerhus, der udlejes erhvervsmæssigt, en grund eller en brugsret på timeshare-basis. Hvis familien har både helårsbolig og sommerbolig, indgår den del af boligernes samlede friværdi, der overstiger 100.000 kr., i formueberegningen.

Formueaktiver kan omfatte ¹

1. kontant beløb,
2. afdødes tilgodehavende løn /feriepenge,
3. afdødes indestående i Lønmodtagernes Dyrtidsfond,

¹ Disse oplysninger svarer til de oplysninger, som skifteretten skal bruge ved opgørelsen af afdødes bo. Hvor skifterettens dokumenter foreligger, kan skifterettens dokumenter lægges til grund for beregningen, eventuelt suppleret med oplysninger om afdødes gæld, ægtefællens særeje og engangsudbetalinger til ægtefællen i anledning af dødsfaldet.

4. værdi af fast ejendom (helårshus, sommerhus, grund), som ikke indgår i er hversvirksomhed),
5. værdi af bil,
6. værdi af campingvogn /lystbåd,
7. værdi af kolonihave,
8. værdi af indbo, smykker, samlinger,
9. boligindskud,
10. tilbagebetaling ved ophør af løbende aftale/forpligtelse (f.eks. DR-licens, forsikringer, avis, vægtafgift),
11. ophavsrettigheder,
12. overskydende skat, hvis meddelelse om beløbet er givet før dødsfaldet,
13. indestående på bankkonti,
14. præmieobligationer,
15. aktier og andelsbeviser,
16. obligationer og pantebreve,
17. anparter,
18. investeringsbeviser,
19. forretning/virksomhed inkl. fast ejendom,
20. landbrugsejendom,
21. forsikringspolicer, kapitalpension- og indekskontrakter og lignende,
22. andre aktiver (f.eks. udestående fordringer).

Formuepassiver kan omfatte:²

1. forfalden husleje, vand,
2. el, gas,
3. telefon,
4. ejendomsskatter,
5. restskat fra tidligere år, hvis meddelelse om beløbet er givet før dødsfaldet,
6. kontogæld,
7. gæld på købekontrakter,
8. retsafgift,
9. istandsættelse af lejebolig,
10. udgifter til boets behandling,
11. gæld på købekontrakter,
12. gæld til pengeinstitut, pensionskasse, forsikrings- og finansieringsselskaber og lignende,
13. gæld med pant i fast ejendom,
14. gæld med pant i løsøre (f.eks. bil),
15. passiver vedrørende anparter,
16. gæld sikret på anden måde (f.eks. ved tilbageholdsret),
17. anden gæld.

Formuerettigheder omfatter engangsudbetalinger, der udløses som følge af dødsfaldet fra f.eks. ATP, forsikringer og pensionskasser. Ved beregningen indgår beløbet efter fradrag af skat.

² Jf. fodnote 1

Efterlevelseshjælp og løbende pensionsudbetalinger til den efterlevende ægtefælle indgår ikke i formueberegningen.

Endelig beregning af begravelseshjælpen.

Endelig beregning af begravelseshjælpen kan ske på grundlag af følgende dokumenter fra skifteretten med de nævnte supplerende oplysninger, hvor disse konkret er nødvendige:

1. Skifteretsattest om boudlæg, eventuelt suppleret med oplysninger om afdødes gæld og om efterlevende ægtefælles formue og gæld inklusiv særeje og oplysninger vedrørende engangsudbetalinger til ægtefællen.
2. Skifteretsattest om udlæg til ægtefælle, med tilhørende åbningsstatus og oplysninger vedrørende engangsudbetalinger til ægtefællen.
3. Ved uskiftet bo og forenklet privat skifte: Åbningsstatus, suppleret med oplysninger om efterlevende ægtefælles særeje og engangsudbetalinger til ægtefællen.
4. Ved almindeligt privat skifte og bobestyrerboer: Boopgørelse, suppleret med oplysninger vedrørende ægtefællens særeje og engangsudbetalinger til ægtefællen.

Det bemærkes, at beløb vedrørende begravelsen ikke indgår i formueberegningen.

A contoudbetaling.

Kommunalbestyrelsen kan efter et konkret skøn efter ansøgning udbetale begravelseshjælpen som et a conto beløb. Kommunalbestyrelsen kan herved tage udgangspunkt i skattevæsenets seneste oplysninger om afdødes og den efterlevendes formueforhold, en erklæring på tro og love om formueforholdene på dødstidspunktet og forventede udbetalinger til boet og den efterlevende ægtefælle.

Det bemærkes, at der ikke foreligger noget retskrav på at få begravelseshjælpen udbetalt a conto. Kommunen kan benytte denne mulighed, hvis det i det konkrete tilfælde skønnes rimeligt på grundlag af de foreliggende oplysninger. Hvis kommunen skønner, at der vil skulle udbetales maksimal begravelseshjælp, kan kommunen vælge at udbetale beløbet endeligt, selv om boet ikke er afsluttet.

Begravelseshjælpen kan kun forlanges tilbagebetalt, hvis der skriftligt er gjort opmærksom på denne mulighed, og borgeren har skrevet under på at være bekendt hermed.

Ankeadgang.

Kommunalbestyrelsens afgørelse kan indbringes for det sociale nævn, jf. lov om offentlig sygesikring § 24, stk. 4.

4.7.2 Befordringsgodtgørelse

(Sundhedslovens §§ 170, Indenrigs- og Sundhedsministeriet bekendtgørelse nr. 37 af den 12-01-2007 om befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.

Normalt skal den sikrede selv sørge for transport til alment praktiserende læge/vagtlæge og speciallæge, herunder speciallægepraksis på sygehus.

Reglerne om befordring/befordringsgodtgørelse til patienter i forbindelse med indlæggelse eller ambulans behandling på sygehus i øvrigt afholdes efter sygehusloven.

Som en undtagelse fra denne hovedregel ydes der efter sundhedsloven befordringsgodtgørelse til:

- a) Gruppe 1-sikrede, som modtager pension efter de sociale pensionslove, eller hvis ægtefælle modtager hustrutillæg efter folke- eller invalidepensionslovene, når der er tale om transport til og fra alment praktiserende læge eller speciallæge.
- b) Gruppe 1-sikrede, når der er tale om transport til og fra akut skadebehandling hos alment praktiserende læge eller speciallæge, og når tilskadekomnes tilstand nødvendiggør befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj. Samme ret har personer, som under midlertidigt ophold her i landet har ret til den offentlige sygesikrings ydelser som gruppe 1-sikrede.
- c) Gruppe 1-sikrede, når der er tale om transport til og fra speciallæge, såfremt afstanden mellem den sikredes bopæl eller faste opholdssted og speciallægens konsultationssted overstiger 50 km. Såfremt den sikrede søger en fjernereboende speciallæge, er den sikrede berettiget til den befordringsgodtgørelse, den sikrede ville have fået, såfremt den sikrede havde søgt nærmestboende speciallæge. Det forudsættes, at den sikrede normalt anvender offentligt transportmiddel. Anden befordringsform kan benyttes, såfremt patienten er ude af stand til at bruge offentlige transportmidler, eller såfremt der er urimeligt lange ventetider ved anvendelse af offentlige transportmidler. Ved benyttelse af eget befordringsmiddel kan patienten kun få befordringsgodtgørelse, hvis det ikke har været muligt for patienten at benytte offentlige transportmidler, således at den pågældende ellers ville have været henvist til at benytte taxa eller lignende. Godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel beregnes efter laveste sats i Finansministeriets til enhver tid gældende cirkulære om godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel på tjenesterejser
- d) Barn af en person, der er gruppe 1-sikret, når barnet er under 15 år og hjemmeboende, på samme betingelser som gruppe 1-sikrede. Dette gælder dog ikke, når samlevende forældre med hver sin sikringsform har angivet, at barnet skal være gruppe 2-sikret.

Pligten til at yde befordringsgodtgørelse påhviler den kommune, i hvilken patienten opholder sig på det tidspunkt, da befordringen rekvireres. Hvis en person opholder sig i en anden kommune end den, hvori vedkommende bor, er det således

den faktiske opholdskommune - og ikke bopælskommunen - der skal yde befordringsgodtgørelsen.

Det er en betingelse for ydelse af befordringsgodtgørelse, at patienten er berettiget til sundhedslovens ydelser i øvrigt.

Befordringsgodtgørelse ydes kun, når udgiften med det billigste forsvarlige befordringsmiddel til og fra behandlingen m.v. overstiger 60 kr. i alt. Det sociale udvalg vil dog kunne yde befordringsgodtgørelse, også hvor befordringsudgiften er mindre end 60 kr., for så vidt det drejer sig om patienter, der til stadighed har brug for lægehjælp. For de under a) nævnte personer er grænsen 25 kr.

Ud over befordringsgodtgørelse til patienten ydes der befordringsgodtgørelse til en ledsager til en patient, når ledsagelsen er nødvendig på grund af patientens alder eller helbredstilstand.

Til patienter, der har krav på befordringsgodtgørelse, ydes på rejser, der nødvendiggør overnatning uden for hjemmet, overnatningsgodtgørelse samt time- og dagpenge efter laveste sats i Finansministeriets til enhver tid gældende cirkulære om time- og dagpenge m.v.

Befordringen skal ske med det efter forholdene billigste befordringsmiddel.

Ved valget af befordringsmiddel må der lægges vægt på hensynet til patientens tilstand og på de foreliggende muligheder for at anvende offentlige befordringsmidler. Befordring med vognmand, taxi og lignende bør kun godtgøres i særlige tilfælde, hvor de almindelige befordringsmidler ikke kan anvendes på grund af patientens helbredstilstand. Det sociale udvalg kan om fornødent rådføre sig herom med lægen, men der bør ikke i almindelighed indhentes lægeerklæring om befordringsmidlets art.

4.7.3 Supplerende hjælp

(Sundhedslovens § 73)

I henhold til sundhedsloven kan kommunen undtagelsesvis yde hjælp til supplerende af de i sundhedslovens §§ 60 og 64-71 omhandlede ydelser. Der kan således ydes hjælp til supplerende af læge- og speciallægehjælp, tandlægehjælp, tandpleje, fysioterapi, fodterapi, psykologhjælp, kiropraktisk behandling og brilletilskud til børn under 16 år.

4.8 Tolkebistand

(Sundhedslovens § 50, og bekendtgørelse nr. 95 af den 07-02-2008).

Regionen afholder udgiften til tolkebistand, herunder dennes eventuelle befordringsudgift, når lægen skønner, at tolkens tilstedeværelse er nødvendig for behandlingen. Udgift til en tolk, som er nært beslægtet med patienten, afholdes ikke af regionen.

Tolken skal afregne på en særlig blanket, som skal attesteres af lægen, og afregningen skal sendes til den region, hvor den sikrede er bosiddende. Regionen afholder udgiften.

4.8.1 Almen praktiserende læges vederlag for anvendelse af tolk

Den almen praktiserende lægens vederlag er reguleret i landsoverenskomstens § 70 som en tillægsydelse, hvorefter der udløses et tillæg til konsultationshonoraret på 96,66 kr. i grundtakst. Forudsætning for, at der ydes tillæg, er, at der anvendes kvalificeret tolk, idet regionen meddeler lægerne, hvilke tolke/tolkebureauer, der anses for kvalificerede.

4.8.2 Den praktiserende speciallæges vederlag for anvendelse af tolk

Den praktiserende speciallæges vederlag er reguleret i landsoverenskomstens § 38 som en tillægsydelse, hvorefter der udløses et tillæg til konsultationshonoraret på 90,30 kr. i grundtakst. Tolketillæg kan ligeledes ydes i forbindelse med en særydelse, hvor denne træder i stedet for en konsultation. Forudsætning for, at der ydes tillæg, er, at der anvendes kvalificeret tolk, idet regionen meddeler lægerne, hvilke tolke/tolkebureauer, der anses for kvalificerede.

4.8.3 Tolkens vederlag

De enkelte regioner har mulighed for at tiltræde en rammeaftale om tolkebistand med Flygtningehjælpen, hvorefter tolken aflønnes efter Justitsministeriets cirkulære om honorering af tolke.

Visse regioner har valgt at indgå individuelle aftaler med tolke/tolkebureauer om levering af tolkebistand på lignende eller andre vilkår.

4.9 Sygehjælp under midlertidigt ophold i udlandet

Personer berettiget til ydelser efter sundhedsloven er i et vist omfang sikret sygehjælp under midlertidigt ophold i udlandet, på Færøerne og i Grønland, jf. i øvrigt kapitel 9 om internationale regler.

4.9.1 Rejsesygesikring

Sundhedslovens § 167. (Bekendtgørelse nr. 896 af den 10-07-2007 og overenskomst vedrørende rejsesygesikring af den 05-10-1988, senest ændret ved aftale af den 01-01-2008 mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og SOS International (ROK 55.60.1)).

Rejsesygesikringen omfatter samtlige personer der er berettiget til ydelser efter sundhedsloven her i landet, med undtagelse af visse personer i besiddelse af det særlige sundhedskort, jf. afsnit 6.2.1.4.

4.9.1.1 Rejsesygesikringens indhold

Rejsesygesikringen dækker udgifter i forbindelse med akut opstået sygdom, tilskadekomst eller dødsfald, der er indtrådt i den første måned af en ferierejse eller foretaget studietur. Kombinerede ferie/forretningsrejser er ikke omfattet heraf.

Rejsesygesikringen omfatter rejser uden for Danmark i Andorra, Azorerne, Belgien, Bulgarien, Cypern, Estland, Finland, Frankrig, Færøerne, Gibraltar, Grækenland, Grønland, Isle of Man, Irland, Island, Italien, Kanariske Øer, Kanaløerne, Letland, Liechtenstein, Litauen, Luxembourg, Madeira, Malta, Monaco, Nederlandene, Norge, Polen, Portugal, Rumænien, San Marino, Schweiz, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tjekkiet, Tyskland, Ungarn, Vatikanstaten og Østrig..

Udover udgifter til lægehjælp, medicin m.v. dækker rejsesygesikringen udgifter til hjemtransport af en sikret, der er afgået ved døden samt eventuel ledsager.

Sikrede skal i tilfælde af alvorlig sygdom eller gentagne sygebesøg, kontakte SOS International A/S i Danmark, hvis adresse og telefonnummer fremgår af sundhedskortets bagside. Anmeldelse kan ligeledes ske via internettet.

Fødselshjælp opstået i svangerskabets 9. måned samt abortus provocatus dækkes ikke af rejsesygesikringen. Rejsesygesikringen kan dække behandlingsudgifter i udlandet i op til 3 måneder ved sygdom indtrådt i den 1. måned af hver rejse eller studietur.

Rejsende, der har kroniske lidelser, er omfattet af rejsesygesikringen i det omfang, det ikke med rimelighed kunne forventes, at lidelsen ville medføre behandlingsbehov under udlandsopholdet. Behandlingen af de kroniske lidelser dækkes efter følgende vejledende retningslinier:

- 1) Den kroniske lidelse er som udgangspunkt dækket, såfremt den ikke:
 - Har medført hospitalsindlæggelse inden for de sidste 2 måneder før afrejse fra Danmark.
 - Har medført ændret medicinering inden for de sidste 2 måneder før afrejsen fra Danmark.

- 2) Den kroniske lidelse er dog som udgangspunkt ikke dækket såfremt:
 - Sikrede ikke har søgt læge for sin lidelse, uanset at sikrede måtte have viden om eller formode, at lidelsen var behandlingskrævende eller væsentlig forværret inden afrejsen fra Danmark.
 - Sikrede er opgivet eller afslået behandling i Danmark, eller sikrede selv har afslået behandling.

- 3) Rejsesygesikringen dækker ikke:
 - Kontrol og behandling, herunder medicin, til at holde den kroniske, den eksisterende eller den relaterede lidelse stabil og velreguleret.
 - Et før afrejsen kendt behandlingsbehov.

Der er dog altid tale om en konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde.

Vurderingen af om der kan forventes behov for behandling på rejsen foretages af den offentlige rejsesygesikring på baggrund af de lægelige oplysninger, der foreligger.

Det er således hverken sikrede eller sikredes egen læges vurdering, der er afgørende.

Personer med kroniske lidelser bør inden afrejse henvende sig til SOS International A/S og undersøge om de kan få et forhåndstilsagn på, at lidelsen er dækket.

Hjælp efter bekendtgørelse om rejsesygesikring ydes kun til udgifter, der ikke dækkes af Nordisk Konvention om Social Sikring, færøsk sygeforsikringslov eller aftaler med Grønland og Storbritannien, jf. reglerne herom i kapitel 9.

4.9.1.2 Legitimation

Legitimation for rettigheder efter rejsesygesikringen er det gule sundhedskort eller det særlige sundhedskort, som udstedes til hvilende sikrede eller til udstationerede danskere.

Særligt rejsesygesikringskort til personer uden selvstændigt sundhedskort (sikrede i gruppe 4 og 5) udstedes af kommunen, jf. afsnit 6.2.4.

4.9.1.3 Afregning

Sikrede kan få sygehjælpsudgifter refunderet ved anmeldelse af skadetilfælde til SOS International A/S, som administrerer ordningen for den offentlige rejsesygesikring. Anmeldelse skal foretages senest 6 måneder efter, at skadetilfældet indtraf. Der anvendes blanketten "Skadeanmeldelse", som kan udleveres af kommunen eller hentes på www.sundhed.dk/info/rejse.

Regninger skal indsendes sammen med en udfyldt skadesanmeldelse til SOS International A/S. Sikrede kan eventuelt indsende regninger og skadeanmeldelse til SOS gennem kommunen. Skadetilfælde skal i alle tilfælde anmeldes til SOS, uanset om den sikrede har modtaget en regning.

For nærmere beskrivelse af rejsesygesikringsordningen henvises der til brochuren "Rejsesygesikring" og til hjemmesiden www.sundhed.dk

4.9.1.4 Lande uden for rejsesygesikringens dækningsområde

Ved rejser uden for rejsesygesikringens dækningsområder anbefales det den rejsende selv at tegne fornøden forsikring.

4.9.2 EU-sygesikringskort.

Eu-sygesikringskortet (det blå kort) dækker udgifter til læge- og hospitalsbehandling, medicin, tandlægehjælp m.m., i det omfang der opstår et behov for behandling under ophold i indtil 1 år i et andet EU/EØS-land og i Schweiz. Det kan være ferieophold, erhvervsrejse, studieophold, aupair ophold m.m. Udgifterne dækkes på samme vilkår som for offentligtsyge(for)sikrede i opholdslandet.

Det blå kort dækker **ikke** udgifter til planlagt behandling, heller ikke en planlagt kontrolundersøgelse, hvis formålet med rejsen er at modtage den planlagte behandling/undersøgelse.

Personer, der ifølge EF-reglerne er dansk socialt sikrede, er berettiget til et blå kort fra Danmark. Borgere fra 3. lande, der bor i Danmark, er i mange tilfælde ikke omfattet af EF-reglerne.

Det blå kort omfatter:

1. dækning af udgifter til læge- og hospitalsbehandling på samme vilkår som for opholdslandets offentlige syge(for)sikrede. Evt. egenbetaling dækkes ikke,
2. udgifter til behandling på private hospitaler er typisk ikke dækket,
3. udgifter til lægeordineret medicin dækkes på samme vilkår som for opholdslandets offentlige syge(for)sikrede. Evt. egenbetaling dækkes ikke,
4. udgifter til andre ydelser, fx tandlægehjælp og fysioterapi dækkes på samme vilkår som for opholdslandets offentlige syge(for)sikrede. Evt. egenbetaling dækkes ikke.

Udgifter til lægeordineret hjemtransport dækkes ikke.

Det blå kort udstedes af kommunerne.

Der henvises til <http://www.sum.dk> temanummer udgivet af sikringstyrelsen og ministeriet om den offentlige rejsesygesikring vs. EU-sygesikringskortet og www.sundhed.dk

5 Lægevalg

5.1 Gruppe 1-sikrede, lægehjælp ved alment praktiserende læge/lægevalg

(Sundhedslovens § 59, Bekendtgørelse nr. 1238 af den 05-12-2006 om adgang til lægehjælp efter sundhedslovens, §§ 2 og 3, og landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 29, (ROK 55.10.1).

Gruppe 1-sikrede skal være tilmeldt en læge, og har ret til vederlagsfri lægehjælp ved denne alment praktiserende læge eller dennes stedfortræder. Ved stedfortræder forstås en læge, der under en alment praktiserende læges fravær fra praksis passer dennes tilmeldte patienter.

Gruppe 1-sikrede bosat på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis og sikrede, der af registreringsmæssige årsager ikke kan tilmeldes en læge, har dog adgang til at søge enhver læge, der har tilsluttet sig overenskomsten.

I øvrigt kan alle gruppe 1-sikrede dog søge anden læge end den valgte læge:

- Under midlertidigt ophold uden for lægens praksisområde ved pludselig opstået eller forværret sygdom, ulykkestilfælde eller lignende.
- Ved pludselig opstået eller forværret sygdom, ulykkestilfælde eller lignende, hvor det er en anden person end den sikrede, der kontakter lægen.

Endvidere har sikrede, der er omfattet af EU-reglerne om social sikring m.v., NATO-officerer m.fl., der af registreringsmæssige årsager ikke kan tilmeldes en læge, adgang til at søge enhver læge, som er tilmeldt overenskomsten, jf. i øvrigt kapitel 9 vedrørende EU-regler. Det samme gælder sikrede på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis.

5.1.1 Lægevalg

(Bekendtgørelse nr. 1238 af den 05-12-2006, § 2, og landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 27 og § 28).

(Landsoverenskomsten om almen lægegerning § 28, stk. 2, 3 og 4)

Ved tilflytning skal enhver sikret hos kommunen have oplyst, hvilke læger den pågældende har mulighed for at vælge. Af oplysningerne på lægevalgslisten skal det fremgå:

- lægernes navn, køn, alder, konsultationsadresse, telefonnummer, eventuel hjemmesideadresse og adgang til elektronisk kommunikation,
- om praksis er åben eller lukket for tilgang,
- antallet af og navne på læger, herunder amanuenser tilknyttet praksis (dog ikke uddannelsesamanuenser og vikarer),
- hvorvidt der er ansat klinikpersonale og om praksis varetager uddannelse af læger, samt endelig
- om der er tale om enkeltmands-, kompagniskabs-, samarbejds- eller netværkspraksis,

- hvornår lægen kan træffes telefonisk med henblik på telefonkonsultation samt anmodning om sygebesøg.
- Hvis lægen har åben konsultation, skal tidsrummet for den åbne konsultation fremgå.
- Hvis lægen har tidsbestilling, skal det fremgå, hvornår tidsbestilling kan finde sted.
- Endvidere skal der gives oplysning om, i hvilket omfang de adgangs- og indretningsmæssige forhold vedrørende konsultationslokalerne tilgodeser bevægelseshæmmede patienter.

Lægefortegnelsen ajourføres på grundlag af de fra regionen modtagne rettelsesmeddelelser, således at det klart fremgår, hvilke muligheder den enkelte sikrede har for valg af læge.

Ud over oplysningerne på lægevalglisten, skal der ved valg af læge endvidere gives oplysninger om:

- Fra hvilket år, lægen har været nedsat som praktiserende læge, samt såfremt lægen er speciallæge i almen medicin og
- lægens eventuelle interesseområder angivet ved medlemskab af faglige selskaber.
- Såfremt der er ansat klinikpersonale, skal det endvidere oplyses, hvilke funktioner klinikpersonalet varetager.
- Lægen skal tilbyde elektronisk kommunikation med patienterne. Der skal tilbydes elektronisk tidsbestilling, medicinbestilling og e-mail-konsultationsadgang tillige med oplysning om, hvordan man som patient får adgang til at anvende elektronisk kommunikation ved udlevering af password.
- Endelig skal der oplyses om lægevagtens telefonnummer og åbningstider.

Herudover kan den enkelte læge efter eget ønske meddele supplerende oplysninger af saglig og relevant karakter.

(Landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 28, stk. 1).

Enhver nytilkommet sikret skal hos kommunen have oplyst, at det er muligt at vælge en læge, der har åbent for tilgang. Endvidere skal den sikrede have oplyst, at lægen kan afvise at få tilmeldt den sikrede, såfremt afstanden fra praksis til den sikredes bopæl er større end 15 km. Den sikrede skal hos kommunen have oplyst, hvilke læger der findes inden for en afstand af 15 km og spørges om, hvilken læge den pågældende ønsker at vælge. For Københavns, Frederiksberg, Tårnby og Dragør kommuner er afstanden 5 km.

(Landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 27, stk. 1 og § 83, stk. 1)

En læge, hvis praksis er tilrettelagt som en enkeltmandspraksis, kan ikke vælge sig selv som læge. Lægen kan ikke få ydelseshonorar for ydelse af lægehjælp til sig selv, til ægtefælle eller hjemmeboende børn.

5.1.2 Administration af 15 km grænsen

(Landsoverenskomsten om almen lægegerning § 27, stk. 3, samt anmærkninger hertil)

Såfremt det ved lægevalg konstateres, at afstanden mellem sikredes bopæl og praksis er større end 15 km ad nærmeste offentlig vej (5 km for Københavns, Frederiksberg, Dragør og Tårnby kommuner), skal lægen tage stillingen til, hvorvidt lægen vil acceptere at have den sikrede tilmeldt. Den sikrede skal selv indhente denne accept hos lægen. Til det formål anvendes blanketten "Lægevalg udover 15 km". Blanketten afleveres hos kommunen, der færdigbehandler lægevalget.

Ved accept af den sikrede er lægen forpligtet til at tage på sygebesøg i dagtiden, når sygebesøg efter lægens skøn er nødvendigt. Det kan dog aftales lokalt, at sygebesøget varetages af andre læger.

5.1.3 Lukning for tilgang

(Landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 27, stk. 3, og § 17, stk. 7 og 8).

Uanset lukning for tilgang til praksis kan følgende gruppe 1-sikrede tilmeldes lægen, medmindre denne beder sig fritaget herfor:

- a) Børn af sikrede tilmeldt lægen, når børnenefylder 15 år og de hidtil har været tilmeldt den anden forældres læge.
- b) Ægtefæller og samlevende til sikrede tilmeldt lægen.
- c) Sikrede, der overgår fra gruppe 2 eller hvilende sikrede, når lægen er sikredes hidtidige læge.
- d) Sikrede, der efter en midlertidig flytning (højskoleophold, værnepligt m.v.) flytter tilbage, når lægen er sikredes hidtidige læge på stedet. Kommunen vurderer ved tilflytning, om flytningen har været midlertidig, herunder om flytningen er sket på grund af studie, kontraktperiode eller lignende.
- e) Sikrede, der ved flytning ikke har mulighed for at vælge mellem mindst 2 praksis inden for en afstand af 15 km ad nærmeste offentlige vej fra deres bopæl.

5.1.4 Administrativ tildeling af læge

(Landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 28, stk. 4).

I tilfælde, hvor en gruppe 1-sikret ikke reagerer på anmodningen om valg af læge, skal kommunen administrativt foretage lægetildeling.

Det skal i samarbejdsudvalget aftales, hvorledes der forholdes ved placering af sikrede, der trods opfordring hertil ikke har valgt læge.

5.1.5 Lægeskifte

(Landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 33,).

Gruppe 1-sikrede kan skifte læge ved at henvende sig til kommunen. Lægeskiftet kan tidligst få virkning 14 dage efter, at kommunen har modtaget skriftlig anmodning herom. Se desuden afsnit 5.3.1

5.1.6 Særligt lægeskifte

(Landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 34).

Når kommunen modtager brev fra regionen vedrørende frasigelse af patient, skal kommunen være behjælpelig med valg af ny læge.

Den sikrede udpeger selv sin nye læge, der skal indvillige i at modtage den sikrede som patient i sin praksis.

Såfremt kommunen, lægen eller den sikrede ikke kan tiltræde et skifte, kan hver af sagens parter forelægge sagen for samarbejdsudvalget.

Ved ægteskabs indgåelse kan hver af ægtefællerne skifte til den anden ægtefælles læge, såfremt de ønsker at have samme læge.

Ved imødekommelse af ønsket om lægeskifte anvendes datoen for henvendelse til kommunen som ændringsdato.

5.1.7 Lægeskift ved praksisændringer og -ophør

(Landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 26 stk. 9 og 10, § 33 og § 35).

Ved dødsfald, ved opløsning af kompagniskabspraksis eller ændringer i sammensætningen heraf, ved nedlæggelse eller overdragelse af en praksis og ved andre ændringer har de sikrede, der har valgt de pågældende læger og praksis, ret til at skifte læge.

Lægeskiftet kan få virkning 14 dage efter kommunen har modtaget skriftlig anmodning herom.

Hvis en læge dør og der ikke er draget omsorg for tilstedeværelsen af en stedfortræder, gælder tidsfristen på 14 dage ikke. Lægeskiftet gennemføres hurtigst muligt efter, at den sikrede har givet besked om valg af anden læge.

Endvidere gælder tidsfristen på 14 dage ikke ved nedlæggelse af en praksis eller opløsning af et kompagniskab. Lægeskiftet skal finde sted med virkning fra dagen efter praksisnedlæggelsen/opløsningen.

5.1.7.1. Regionens opgaver

Regionen giver snarest muligt de sikrede, der har valgt de pågældende læger og praksis, skriftlig besked om ændringerne. Regioner oplyser de sikrede om, at de har mulighed for at skifte læge.

5.1.7.2. Kommunens opgaver

Regionen kan aftale med kommunerne i regionen, at kommunerne bistår regionen med administrative opgaver, herunder information af de sikrede

i forbindelse med ændringer i praksis. Der henvises til bekendtgørelse om valgfri indplacering i sikringsgrupper, udstedelse af sundhedskort m.v., hvori det er fastsat at kommunerne efter nærmere aftale bistår regionerne ved udstedelse af sundhedskort.

Ved den sikredes besvarelse eller ved den administrative tildeling af læge som følge af manglende besvarelse, registreres nyt lægevalg i sygesikringsregisteret..

5.1.8 Børn under 15 år

(Landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 27, stk. 1).

Gruppe 1-sikrede, der er fyldt 15 år, vælger læge (praksis), der har åbent for tilgang.. Personer mellem 15 og 18 år kan vælge alment praktiserende læge uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller værge. Børn (plejebørn), der ikke er fyldt 15 år, følger forældrene (plejeforældrene). Har forældrene valgt hver sin læge, følger børnene moderen. Dog er børn i aldersgruppen 0-15 år selvstændigt sikrede og kan med forældres eller værges samtykke vælge en anden læge.

5.1.9 Automatisk tilgang af 15-årige

(Landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 28, stk. 4, jf. § 27, stk. 7).

Børn, der har fulgt en af forældrene (plejeforældrene), og som ikke vælger anden læge når de fylder 15 år, fortsætter automatisk med samme læge som en af forældrene (plejeforældrene).

5.1.10 Tilflyttere fra udlandet

(Bekendtgørelse nr. 1238 af den 05-12-2006, § 1).

Personer, der ved tilflytning fra udlandet vælger sikringsgruppe 1, skal opfordres til at vælge læge i overensstemmelse med landsoverenskomsten om almen lægegernings regler. Har den sikrede ikke valgt læge inden 8 dage, tildeler kommunen administrativt en læge.

5.2 Gruppe 2-sikrede, lægehjælp ved alment praktiserende læge/lægevalg

(Sundhedslovens § 60, stk. 2, Bekendtgørelse nr. 1238 af den 05-12-2006, § 7 og Sundhedslovens § 170).

Gruppe 2-sikrede har adgang til tilskud til delvis dækning af udgifter til lægehjælp ved alment praktiserende læge. Gruppe 2-sikrede har således ikke ret til vederlagsfri lægehjælp. Tilskuddet svarer til taksten for tilsvarende lægehjælp til en gruppe 1-sikret.

Gruppe 2-sikrede har frit lægevalg. Lægehjælpen ydes i øvrigt på samme vilkår og med de samme begrænsninger som lægehjælp til gruppe 1-sikrede, dog undtaget kørselsgodtgørelse til den praktiserende læge (som den gruppe 2-sikrede selv skal betale).

5.3 Lægeskift

5.3.1 Almindeligt lægeskift

(Bekendtgørelse nr. 382 af 10-06-2009 om valgfri indplacering i sikringsgrupper, udstedelse af sundhedskort m.v. § 13)

Et lægeskift kan tidligst få virkning 14 dage efter, at kommunen har modtaget skriftlig anmodning herom, jf. afsnit 5.1.5. Meddelelse om lægeskift betragtes som sket på datoen for indbetaling af gebyr for nyt sundhedskort. Gebyr for nyt sundhedskort udgør kr. 170 (2010 niveau) og satsreguleres én gang årligt.

5.3.2 Særligt lægeskift

Særligt lægeskift kan finde sted i henhold til bestemmelserne i Landsoverenskomsten om almen lægegerning, § 34, jf. afsnit 5.1.6.

Imødekommes ønsket om lægeskift, anvendes datoen for henvendelsen til kommunen som lægevalgets ikrafttrædelsesdato.

6 Sundhedskortet

6.1 Almindeligt sundhedskort

Alle personer, der har ret til ydelser efter sundhedsloven, forsynes med et sundhedskort.

Regionerne er ansvarlige for udstedelse af sundhedskort. Kortene udstedes på grundlag af kommunens registrering af borgernes indplacering i sikringsform og oplysninger om valg af læge. Kommunerne bistår efter nærmere aftale regionerne ved udstedelsen.

Børn (personer under 15 år), der ikke bor sammen med mindst én af sine forældre eller anbragt i pleje i private hjem, samt forældre under 15 år, der står tilmeldt folkeregistret på samme adresse som deres børn, er tilmeldt folkeregistret på opholdsstedet.

6.1.1 Bevisets indhold

(bekendtgørelse nr. 582 af den 10-06-2009 om valgfri indplacering i sikringsgrupper, udstedelse af sundhedskort m.v., §§ 7-10).

Sundhedskortet skal efter reglerne i den gældende bekendtgørelse indeholde oplysning om:

- 1) Personnummer, navn og adresse,
- 2) sikringsgruppe,
- 3) for gruppe 1-sikrede den valgte læge (eller læge-kompagniskab) og
- 4) bopæls- eller opholdskommune.

Det nærmere indhold af sundhedskortet fastlægges af regionerne inden for rammerne af de administrativt fastsatte regler.

Ved enhver ændring af de under pkt. 1 - 4 nævnte obligatoriske oplysninger skal der udstedes et nyt sundhedskort.

Tidligere udleveret bevis afleveres til kommunen eller tilintetgøres.

6.1.2 Genudstedelse af sundhedskort

(bekendtgørelse nr. 582 af den 10-06-2009 om valgfri indplacering i sikringsgrupper, udstedelse af sygesikringsbeviser m.v., §§ 11 og 13).

Kommunen opkræver et gebyr på 160 kr. (2008-niveau) for hvert sundhedskort eller særligt sundhedskort, der udstedes på grund af bevisets bortkomst eller ødelæggelse, eller når den sikrede ønsker ændringer i bevisets oplysninger om

- personnummer, navn og adresse,
- sikringsgruppe,
- den valgte læge (kun gruppe 1-sikrede) eller
- bopæls- eller opholdskommune,

der kan henføres til den sikredes egen beslutning eller handlemåde.

Gebyret reguleres en gang årligt pr. den 1. januar med satsreguleringsprocenten.

Der opkræves ikke gebyr for beviser, der udstedes

- i forbindelse med generel udskrivning af beviser til alle aktivt sikrede,
- i forbindelse med overgang fra hvilende til aktiv gruppesikring, f.eks. i forbindelse med ophør af værnepligt m.v.,
- ved ændring af personnummer,
- i forbindelse med lægeskifte som følge af praksisophør, ved ophævelse eller ændring af kompagniskabspraksis eller andre ændringer i lægepraksis, som er begrundet i beslutninger, der træffes af den enkelte læge eller regionen,
- i forbindelse med flytning,
- ved brud eller revner i beviset, når dette er over 4 år gammelt, samt ved defekt ved magnetstriben, der ikke kan henføres til forkert opbevaring eller brug af beviset,
- ved navneændring i forbindelse med indgåelse af ægteskab,
- når den sikrede første gang får ret til ydelse efter sundhedsloven,
- når den sikrede fylder 15 år,
- til børn under 15 år som følge af den selvstændigt sikrede, som børnene følger, får ændret oplysningerne i sit bevis.

6.2 Særligt sundhedskort

(vejledning nr.538 af den 10-06-2009 om særligt sundhedskort for ret til sundhedslovens ydelse og bekendtgørelse nr. 582 af den 10-06-2009 om valgfri indplacering i sikringsgrupper, udstedelse af sundhedskort m.v., § 12).

Særligt sundhedskort - skal efter anmodning udstedes til personer, der efter EU-reglerne m.v. er berettiget til lovens ydelser uden at have fast ophold her i landet.

Det særlige sundhedskort dokumenterer således, at personer uden fast ophold – dvs. personer, som ikke er tilmeldt folkeregistret, enten fordi de ikke har bopæl i Danmark, eller fordi de uanset bopæl i landet ikke er tilmeldt folkeregistret, da de er fritaget for den almindelige registreringspligt – har ret til ydelser efter sundhedsloven.

Personkredsen, som har ret til at få et særligt sundhedskort, fremgår af afsnit 6.2.1 Personkreds.

Ved udstedelse af kortet anvendes individuelle personnumre:

- et cpr.nr. for personer, der tidligere har haft et sådant,
- et skattecpr.nr. for personer, der har fået tildelt et af SKAT og
- for de få personer, som hverken har et cpr.nr. eller skattecpr.nr., gives et "systemtildelt" cpr.nr.

6.2.1 Systemtildelt cpr.nr.:

Det systemtildelte cpr.nr. genereres i de kommunale systemer. Nummeret bør kun gives i de tilfælde, hvor personen ikke er i besiddelse af et almindeligt cpr.nr. eller et skatte-cpr.nr. (tildelt af SKAT).

Et systemtildelt cpr.nr. er opbygget således:

38MMÅÅxxxx (kvinder) – 39MMÅÅxxxx (mænd),

MM = fødselsmåned, ÅÅ = fødselsår og xxxx er et systemgenereret løbenummer.

De systemtildelte cpr.nr vil ikke være registreret i CPR-registeret, men kun i sygesikringsregisteret/kommunesystemerne.

6.2.2 Nationalitetskoder

Det anbefales, at nationalitetskoden 4000000200 og 4000000065 udgår til fordel for de nye individuelle personnumre. Dog vil de nævnte nationalitetskoder fortsat kunne anvendes, da det kan være hensigtsmæssigt f.eks. i forbindelse med afregning ved lægebesøg for personer der endnu ikke har fået et cpr.nr. eller fået et særligt sundhedskort. Nationalitetskoderne vil også kunne anvendes af de IT-systemer, der ikke har implementeret de systemtildelte cpr.numre.

Jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning nr. 121 af 14/12-2006 er kortet gyldigt i maksimalt 2 år. Kortets gyldighedsperiode er dog højst 1 år for visse ikke-erhvervsaktive, der opholder sig i et andet EU-/EØS-land end Danmark. Kommunen vurderer ved hver udstedelse kortets gyldighedsperiode.

Indplacering i sikringsgruppe 1 eller 2 sker efter den pågældendes valg af sikringsgruppe. Den pågældende kan ved meddelelse til kommunen vælge, hvilken sikringsgruppe vedkommende vil tilhøre. Valget har virkning fra 14 dage efter henvendelsen. Fornyet skift mellem sikringsgruppe 1 og sikringsgruppe 2 kan herefter tidligst ske 1 år efter.

Det særlige sundhedskort udstedes som hovedregel af seneste eller nuværende bopælskommune. Hvis den pågældende i en periode ikke har haft bopæl i Danmark, udstedes kortet af den danske kommune, hvor den pågældendes arbejdsgiver har sit hjemsted, eller hvorfra et selvstændigt erhverv udøves. Det særlige sundhedskort udstedes af seneste bopælskommune, hvis man har været uafbrudt dansk sikret.

6.2.3 Personkreds (opremsning)

6.2.3.1 Personer som er bosat i et andet EØS-land og omfattet af EØS-aftalen eller aftalen mellem EU og Schweiz

Særligt sundhedskort udstedes efter anmodning til følgende borgere i EØS eller Schweiz, der er bosat i et andet EØS-land eller Schweiz, og som efter EØS-aftalen eller aftalen mellem EU og Schweiz (reglerne i EF-forordning 1408/71), har ret til ydelser efter sundhedsloven i Danmark:

1. Grænsearbejdere, der har bopæl i et andet EØS-land eller Schweiz og arbejder i Danmark.
2. Arbejdstagere eller selvstændige erhvervsdrivende, som er beskæftiget i Danmark, men udsendes til at udføre et arbejde i et andet EØS-land eller Schweiz.

3. Tjenestemænd og dermed ligestillede (f.eks. overenskomstansatte akademikere), som udsendes fra Danmark til tjeneste i et andet EØS-land eller Schweiz.
4. Lokalt ansat personale ved danske diplomatiske repræsentationer eller konsulater i andre EØS-lande eller Schweiz, eller personer, der står i privat tjeneste hos embedsmænd tilknyttet disse diplomatiske repræsentationer eller konsulater. Det er dog en forudsætning, at de pågældende er danske statsborgere og har valgt at være omfattet af dansk lovgivning.
5. Hjelpepersonale, der er ansat ved Den Europæiske Unions institutioner, og som har valgt at være omfattet af dansk lovgivning.
6. Personer, der er bosat i et andet EØS-land eller Schweiz, og som er beskæftiget ombord på et skib, der fører dansk flag.
7. Familiemedlemmer til personer, der er nævnt under pkt. 2 - 6, og som er bosat i et andet EØS-land eller Schweiz, medmindre de pågældende er erhvervsmæssigt beskæftiget i bopælslandet.

Derudover kan personer, der under ophold i et andet EØS-land eller Schweiz, ikke bliver optaget i opholdslandets forsikringssystem, have ret til at få et særligt sundhedskort.

6.2.3.2 Personer, som er bosat i et andet nordisk land og omfattet af Nordisk Konvention om Social Sikring

Særligt sundhedskort udstedes efter anmodning til følgende personer, der er bosat i et andet nordisk land, og som efter Nordisk Konvention om Social Sikring har ret til ydelser efter sundhedsloven i Danmark:

1. Grænsearbejdere, der har bopæl i et andet nordisk land og arbejder i Danmark.
2. Arbejdstagere eller selvstændige erhvervsdrivende, som er beskæftiget i Danmark, men udsendes til at udføre et arbejde i et andet nordisk land.
3. Personer, ligestillet med tjenestemænd (f.eks. overenskomstansatte akademikere), som er udsendt fra Danmark til tjeneste i et andet nordisk land.
4. Familiemedlemmer til personer, der er nævnt under pkt. 2 og 3, og som er bosat i et andet nordisk land, medmindre de pågældende er erhvervsmæssigt beskæftiget i bopælslandet.

6.2.3.3 Personer bosat i lande uden for EØS-landene

Udsendte arbejdstagere eller selvstændige erhvervsdrivende, der er omfattet af dansk lovgivning i henhold til bestemmelser i de konventioner om

social sikring, som Danmark har indgået med stater uden for EØS-landene, har ligeledes ret til et særligt sundhedskort. Dette gælder for tiden følgende lande: Bosnien-Herzegovina, Kroatien, Makedonien, Serbien og Montenegro, Israel, Marokko, Pakistan, Tyrkiet og Quebec.

6.2.3.4 Personer bosat i Danmark

Følgende personer, der har ret til ydelser efter sundhedsloven her i landet efter EØS-aftalen eller aftalen med Schweiz, uanset at de ikke er tilmeldt folkeregistret, kan få et særligt sundhedskort:

- a) Personale ved andre EØS-landes eller Schweiz' repræsentationer her i landet, der enten som udsendte tjenestemænd eller dermed ligestillede er omfattet af den pågældende medlemsstats lovgivning, eller andet personale ved sådanne repræsentationer m.fl., der har valgt at være omfattet af hjemlandets lovgivning. Hertil kommer det nævnte personales herboende familiemedlemmer.
- b) Statsborgere i EØS-lande eller Schweiz, der gør tjeneste ved NATO, WHO eller andre internationale organisationer her i landet som udsendte tjenestemænd eller dermed ligestillede, og deres familiemedlemmer.

På tilsvarende måde kan følgende personer, uanset at de ikke er tilmeldt folkeregistret, forsynes med et særligt sundhedskort, jf. Nordisk Konvention om Social Sikring:

- c) Ikke-EØS-statsborgere ved andre nordiske landes repræsentationer her i landet, der som udsendte tjenestemænd eller dermed ligestillede er omfattet af det pågældende nordiske lands lovgivning, samt deres familiemedlemmer.
- d) Ikke-EØS-statsborgere, der er omfattet af et nordisk lands lovgivning, og som gør tjeneste ved NATO, WHO, eller andre internationale organisationer her i landet som udsendte tjenestemænd eller dermed ligestillede, samt deres familiemedlemmer.
- f) Det særlige sundhedskort anvendes som dokumentation for ret til ydelser her i landet. Personer, som er bosat uden for Danmark, jf. 6.2.1.1, 6.2.1.2 og 6.2.1.3 kan tillige anvende beviset som rejsesygesikringsbevis i rejsesygesikringsordningens område, bortset fra i det land, hvor de pågældende er bosat.

Disse personer kan alene anvende det særlige sundhedskort som dokumentation for ret til ydelser her i landet, og de har ikke ret til rejsesygesikring.

6.2.4 Nationalitetskoder

Nationalitetskode	Land
4000000006	Norge
4000000014	Sverige
4000000022	Island
4000000030	Finland
4000000049	Grønland
4000000057	Færøerne
4000000332	Storbritannien
4000000340	Italien
4000000359	Holland
4000000367	Belgien
4000000375	Luxembourg
4000000383	Frankrig
4000000391	Tyskland
4000000405	Irland
4000000413	Grækenland
4000000421	Spanien
4000000448	Portugal
4000000456	Østrig
4000000464	Liechtenstein
4000000472	Schweiz
4000000480	Estland
4000000499	Letland
4000000502	Litauen
4000000510	Polen
4000000529	Tjekkiet
4000000537	Slovakiet
4000000545	Ungarn
4000000553	Slovenien
4000000561	Malta
4000000588	Cypern
4000000596	Bulgarien
4000000618	Rumænien

Ovenstående nationalitetskoder anvendes i forbindelse med afregning for lægebesøg etc. for personer jf. EF-forordning 1408/71, ved turistrejser, studieophold m.m.

4000000065	Danmark (Danskere udstationeret i et andet EØS-land)
4000000200	Grænsearbejdere (bosat i et andet EØS-land, men arbejdstagere i Danmark)

Nationalitetskoder 4000000065 og 4000000200, anvendes i forbindelse med afregning ved lægebesøg for personer med ret til det særlige sundhedskort men endnu ikke har fået et cpr.nr. Nationalitetskoderne anvendes også af de IT-systemer, der ikke har implementeret de systemtildelte cpr.numre. Se afsnit 6.2.1

6.2.5 Særligt sundhedskort til personer bosat på Færøerne eller i Grønland

6.2.5.1 Personer, som opholder sig her i landet på skoleophold eller i uddannelsesøjemed

(Bekendtgørelse nr.1344 af den 09-12-2006 om sundhedslovens ydelser til personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland under midlertidigt ophold her i landet).

Personer, der har bopæl på Færøerne eller i Grønland, og som opholder sig her i landet på skoleophold eller i uddannelsesøjemed, har ret til sundhedslovens ydelser på samme vilkår, som gælder for personer, der har bopæl her i landet, uanset opholdets længde. De pågældende personer forsynes med særligt sundhedskort for ret til sundhedslovens ydelser. Ovennævnte personer optages ikke i CPR.

6.2.6 Rejsesygesikringsbevis

Til personer, med ret til ydelser efter sundhedsloven, og som er registreret med hvilende sikringsret (institutionsanbragte og værnepligtige), jf. afsnit 4.9.1, udstedes rejsesygesikringsbevis, der af kommunen kan rekvireres hos Dafolo eller SOS International A/S.

Ved udstedelse af rejsesygesikringsbevis bør brochuren "Rejsesygesikringen" udleveres. Brochuren rekvireres hos regionen eller kan ses på www.sundhed.dk.

6.2.7 Institutionsanbragte (Sikringsgruppe 4) og værnepligtige (sikringsgruppe 5)

For hvilende sikrede udfyldes kortet med personens personnummer, sikringsgruppe (4 eller 5) og kommunenummer samt med navn og adresse.

7 Sagsbehandling i forbindelse med personhændelse

7.1 Sundhedskort

Kommunen skal sikre sig, at sundhedskortet udstedes til den rette person. Dette sker ved fremsendelse af sundhedskortet til borgerens folkeregisteradresse.

Hvis kommunen udleverer et midlertidigt sundhedskort til en borger, der henvender sig personligt, forudsættes det, at borgeren legitimerer sig. Kommunen kan kræve forevisning af sædvanlige legitimationspapirer, såsom pas, kørekort eller ID-kort.

Tilsvarende skal borgeren legitimere sig, hvis kommune udsteder særlig legitimation i medfør af sundhedsloven.

I nedenstående afsnit behandles en række situationer, som oftest kræver udstedelse af nyt sundhedskort. Bestilling af sundhedskort foretages normalt automatisk af edb-systemet.

7.2 Flytning

Når en person melder flytning til folkeregistret, vil indrapporteringen til CPR aflede en hændelse, der automatisk bestiller et sundhedskort.

Ved en gruppe 1-sikrets flytning kan der blive tale om valg af ny alment praktiserende læge på grund af afstandsbestemmelsen, jf. afsnit 5.1.1, lægevalg. Den gruppe 1-sikrede tilskrives eventuelt om valg af læge via blanketten OS 03.101. Ved manglende reaktion tildeles administrativt en alment praktiserende læge.

7.2.1 Flytning inden for kommunen

Hvis flytningen inden for kommunen medfører ny alment praktiserende læge, registreres denne.

7.2.2 Tilflytning fra anden kommune

Hvis flytningen fra anden kommune medfører ny alment praktiserende læge, registreres denne.

Ved flytning vil den sikrede være registreret i sygesikringsregistret med den i fraflytningskommunen valgte sikringsgruppe/læge.

7.2.3 Tilflytning fra udlandet, herunder Færøerne og Grønland

Ved tilflytning fra udlandet oprettes personen automatisk via CPR-indberetning som gruppe 1-sikret uden læge. Sikrede kan, såfremt det ønskes, overføres til gruppe 2.

7.2.4 Fraflytning til udlandet, herunder Grønland og Færøerne

Ved fraflytning til udlandet, herunder Grønland og Færøerne, skal sundhedskortet inddrages.

7.2.5 Tilflytning af personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland, der skal på skole- eller andet uddannelsesophold i kommunen

Personer, der har bopæl på Færøerne eller i Grønland, og som opholder sig her i landet på skole- eller andet uddannelsesophold, har ret til sundhedslovens ydelser uanset opholdets længde, jf. afsnit 6.2.3.1. De pågældende personer forsynes med særligt sundhedskort.

7.3 Sikringsgruppeskift

Reglerne for valg af sikringsform er omtalt i kapitel 3.

Sygesikringsregisteret foretages registrering af sikringsgruppe, jf. oversigt over sikringsgrupper i afsnit 10.1.1.

Ved ændring af sikringsgruppe vil sygesikringsregisteret indeholde oplysning om tidligere sikringsgruppe.

Ved fraflytning til udlandet og ved dødsfald sker ændring af sikringsgruppe automatisk via CPR til henholdsvis sikringsgruppe 7 og sikringsgruppe 9.

7.3.1 Sikredes børn

Hvis forældrene (plejeforældrene) har forskellige sikringsgrupper efter et eventuelt gruppeskift, skal de samtidig over for kommunen angive, hvilken sikringsgruppe børnene skal være omfattet af, og alle børnene skal henføres til samme sikringsgruppe.

Har forældrene (plejeforældrene) ikke angivet hvilken sikringsgruppe, børnene skal henføres til, meddeler kommunen, at børnene indplaceres i gruppe 1, medmindre der inden for en frist af 14 dage fremsættes begæring om valg af gruppe 2.

7.3.2 Optagelse i kriminalforsorgens institutioner

(Socialministeriets bekendtgørelse nr. 119 af den 17-03-1976, som ændret ved Bekendtgørelse nr. 23 af 09-01-2007).

Optages en sikret i en af kriminalforsorgens institutioner, påhviler det vedkommende institution at give hjemstedskommunen meddelelse om anbringelsen, såfremt opholdet har varet eller skønnes at ville vare 3 måneder eller mere.

Kommunen registrerer den sikrede i sygesikringsregisteret med sikringsgruppe 4 – institutionsanbragte. Varetægtsarrestanter indberettes dog først, når de har fået endelig dom.

Ved optagelse i institutionen inddrages sundhedskortet af institutionen. Personer med hvilende sikringsret bevarer retten til begravelseshjælp efter sundhedsloven, jf. afsnit 4.7.1, ligesom de pågældende er omfattet af ydelser efter sundhedsloven og derfor ved udlandsrejser forsynes med rejsesygesikringsbevis OS 402, jf. afsnit 6.2.4. hvor sikringsgruppen skal udfyldes med 4.

7.3.3 Udskrivning fra kriminalforsorgens institutioner

Ved udskrivning fra institutioner under kriminalforsorgen påhviler det vedkommende institution at give meddelelse herom til den kommune, hvor sikrede tager ophold.

Sikrede tilbageføres til sikringsgruppe 1 eller 2 med udskrivningsdatoen som ikrafttrædelsesdato.

7.3.4 Indkaldelse til værnepligt/civil værnepligt

Værnepligtige, der indkaldes til aftjening af værnepligtens første samlede uddannelse i forsvaret, skal ikke foretage anmeldelse til folkeregistret, idet anmeldelsespligten påhviler forsvarskommandoen. Dette gælder også for værnepligtige, der antages og indkaldes til frivillig tjeneste i forsvaret uden tidligere at have gennemgået den normale værnepligts første samlede uddannelse.

Øvrige værnepligtige skal foretage anmeldelse om indkaldelsen til det folkeregister, i hvilket de er optaget. Dette gælder for værnepligtige, der indkaldes til a) aftjening af værnepligtens første samlede uddannelse i civilforsvaret, b) udførelse af civilt arbejde eller c) aftjening af deres værnepligt ved bistandsarbejde i udviklingslande. Anmeldelsen skal foretages uanset om indkaldelsen ikke kan antages at ville vedvare 3 måneder, og uanset om den hidtidige bopæl bevares. Indkaldelsesordren skal forevises ved anmeldelsen.

På baggrund af oplysning om indkaldelse til civil værnepligt overføre det kommunale folkeregister pågældende til passiv sikringsgruppe 5 - værnepligtige - i den tidligere bopælskommune.

Den militære afdeling vil drage omsorg for, at sundhedskortet tilintetgøres efter inddragelse ved møde (indkaldelse) ved forsvaret. Kommunen skal ved civil værnepligt inddrage sundhedskortet eller sikre sig destruktion på anden vis. Den civile værnepligtiges lægeadgang reguleres af Militærnægteradministrationen.

Personer med hvilende sikringsret bevarer retten til begravelseshjælp efter sundhedsloven, jf. afsnit 4.7.1, ligesom de pågældende har ret til ydelser efter sundhedsloven og derfor ved udlandsrejser forsynes med rejsesygesikringsbevis, hvor sikringsgruppen skal udfyldes med 5.

7.3.5 Værnepligtens ophør

Ved hjemsendelse fra militær værnepligt modtager kommunen besked via advisering i sygesikringsregisteret. Kommunen foretager lægevalg, der indberettes til registeret via M726/M728. Ved hjemsendelse fra civil værnepligt skal den værnepligtige rette henvendelse til kommunen der foretager lægevalg som ved militær værnepligtige.

Flytter den hjemsendte tilbage til sin tidligere kommune, tildeler edb-systemet automatisk den hjemsendte samme sikringsoplysninger som før indkaldelsen.

7.3.6 Dobbelt personnummer

(Tidligere benævnt Ihjelslagen (personen har haft to personnumre)).

Hvis en person har haft to personnumre medfører CPR's indrapportering, at det ene af personnumrene i sygesikringsregisteret markeres med inaktiv sikringsgruppe 8. Oplysningerne fjernes automatisk efter 24 måneder.

Såfremt den sikrede, der har haft to personnumre, har fået udstedt to sundhedskort, skal kortet med det ihjelslagne personnummer inddrages.

7.3.7 Forsvundne

Hvis en sikret forsvinder, markeres personen via CPR-indberetningen automatisk som inaktiv sikringsgruppe 8 i sygesikringsregisteret. Oplysningerne fjernes automatisk efter 24 måneder.

Findes sikredes sundhedskort, skal dette inddrages.

7.3.8 Genfundne

Genfundne personer oprettes automatisk via CPR-indberetning som gruppe 1-sikret uden læge.

7.3.9 Ændring af personnummer (nynummererede)

Ændring af personnummer udføres af folkeregistret.

Via CPR-indberetningen markeres det tidligere personnummer i sygesikringsregisteret automatisk med inaktiv sikringsgruppe 8. Oplysningerne fjernes automatisk efter 24 måneder. Det tidligere sundhedskort skal inddrages. Via CPR-indberetningen oprettes automatisk nyt personnummer i sygesikringsregisteret med det tidligere personnummers sikringsoplysninger. Advisering skal fjernes.

7.3.10 Døde

Ved dødsfald markeres personen automatisk via CPR-indberetningen i sygesikringsregisteret som inaktiv sikringsgruppe 9. Oplysningerne fjernes automatisk efter 24 måneder. Sundhedskortet skal inddrages.

7.4 Søfarende

Søfarende forhyret på danske skibe i udenrigsfart omfattes af sundhedsloven, idet de nærmere regler herom er fastsat i Bekendtgørelse nr. 1332 af den 05-12-2006 om særlig sygesikringsordning for søfarende m.fl. Da det er registreringen i folkeregistret, der er afgørende for registreringen i sygesikringsregisteret, vil det for en sikret, der tager hyre på et dansk skib i udenrigsfart, være afgørende, om der sker afmelding i folkeregistret. En sikret, der forbliver registreret i folkeregistret, forbliver registreret i sygesikringsregisteret med sin hidtidige gruppestatus.

7.5 Navneændring

Ved udstedelse af nyt sundhedskort ved navneændring, skal det tidligere sundhedskort inddrages. Der skal betales gebyr, undtagen ved navneændring i forbindelse med indgåelse af ægteskab, jf. afsnit 6.1.2

7.6 Registerindsigt

Ønsker en sikret registerindsigt, kan kommunen få udskrevet en registerindsigt fra det regionale sygesikringsregister. Registerindsigt kan kun udskrives, hvis den sikrede ifølge folkeregistret står tilmeldt i kommunen og samtidig er selvstændig registreret som sikret med sikringsgruppe 1, 2, 4, 5 eller 6.

8 Børn (følgeskabsregler)

8.1 Børn under 15 år

(Landsoverenskomsten for almen læger, § 27 og bekendtgørelse 582 af 10-06-2009).

Et barn er selvstændigt sikret, men valg af sikringsform og læge skal ske med samtykke fra forældre eller værge. Er barnet mellem 15 og 18 år kan det vælge sikringsform uden samtykke fra forældre eller værge.

Børn, følger forældrene (plejeforældrene). Har forældrene valgt hver sin læge, følger børnene moderen, medmindre andet aftales.

8.1.1 Adopterede børn fra udlandet

Reglerne om adoption, herunder om international fremmedadoption, fremgår af lov nr. 629/1985 med senere ændringer, adoptionsloven (Justitsministeriet www.im.dk, herunder civilretsdirektoratet www.civildir.dk)

Ved adoption af et udenlandsk barn (international fremmedadoption), har adoptionsbevillingen gyldighed fra barnets ankomst til landet. Ved adoptionen sker der fuldt familieskifte, hvilket indebærer, at adoptanten får forældremyndighed og værgemål over barnet.

Barnet har fra ankomsten bopæl/folkeregisteradresse hos forældrene og er derfor ret til ydelser umiddelbart, jf. sundhedslovens § 7 og bekendtgørelse nr. 582 af den 10-06-2009 om valgfri indplacering i sikringsgrupper m.v., § 2 og § 8.

8.1.2 Hjemmeboende

(Sundhedslovens §§ 58 og 59, og bekendtgørelse nr. 582 af den 10-06-2009, § 2).

Børn under 15 år, der opholder sig i forældrenes hjem, eller er anbragt i pleje i private hjem og står tilmeldt folkeregistret på opholdsstedet, er omfattet af henholdsvis forældrenes eller plejeforældrenes sikringsform. Har forældrene (plejeforældrene) valgt hver sin sikringsform, skal de samtidig over for kommunen angive, hvilken sikringsform børnene skal være omfattet af. Alle børnene henføres til samme sikringsform. Giver forældrene ikke oplysning herom til kommunen, meddeler kommunen de pågældende, at børnene indplaceres i gruppe 1, medmindre der inden for en frist af 14 dage fremsættes ønske om valg af gruppe 2.

Samlever forældrene ikke, har barnet samme sikringsgruppe som den af forældrene, det lever sammen med.

Har forældrene haft hver sin læge, følger børnene moderens lægevalg, medmindre andet aftales.

8.2 Tilgang af 15-årige

(Landsoverenskomsten for almen lægegerning, § 28, stk. 4, jf. § 27, stk. 7, og bekendtgørelse nr. 582 af den 10-06-2009, § 4).

Den 1. i hver måned registreres alle, der fylder 15 år i løbet af måneden, og som ikke i forvejen er selvstændigt sikrede, som selvstændigt sikrede i gruppe 1.

8.2.1 Automatisk lægevalg/udskrivning af sundhedskort

I følgende tilfælde foregår lægevalg automatisk:

Hvis den 15-årige har samme adresse som moderen, og moderen har valgt læge (gruppe 1-sikret), så tildeles den 15-årige automatisk moderens læge. Hvis den 15-årige har samme adresse som faderen, og faderen har valgt læge (gruppe 1-sikret), så tildeles den 15-årige faderens læge.

Der udsendes et brev, når den pågældende fylder 15 år. Her beskrives, at den 15-årige efter ønske kan skifte til sikringsgruppe 2, hvis anmodning derom indgives til kommunen inden 14 dage, samt at skift til anden læge kan ske, hvis anmodning derom indgives.

8.2.2 Manglende automatisk lægevalg/udskrivning af sundhedskort

Udskrivning af sundhedskort tilbageholdes til:

- 15-årige, der ikke har kunnet tildeles en læge, fordi moderen/faderen ikke er gruppe 1-sikret eller har bopæl på en anden adresse.

Disse personer registreres i sygesikringsregisteret med adviskode.

8.3 Særlige ydelser til børn under 16 år

8.3.1 Brillor til børn under 16 år

(Sundhedslovens § 70, 72 og bekendtgørelse nr. 1056 af den 20-10-2006 samt bekendtgørelse 711 af 27-06-2008 om udbetaling af visse kontantydelse til sikrede §1 stk. 3)

Regionen yder tilskud til briller til børn under 16 år. De nærmere regler, herunder tilskuddenes størrelse, fastsættes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Tilskuddet udbetales af kommunen på regionens vegne mod aflevering af specificeret og kvitteret regning, jf. afsnit 4.5.8, medmindre der er truffet aftale med leverandøren om direkte afregning.

9 Internationale regler

For internationale regler henvises til Ministeriets vejledning om EF-regler mm. om social sikring – Sygehjælp. Vejledningen vil blive revideret løbende og er tilgængelig på: <http://www.sum.dk/sum/site.aspx?p=350>

10 Regionernes og kommunernes it-system

Til løsning af de opgaver, som regionerne og kommunerne løser og som er omtalt i de foregående kapitler, er der udviklet it-løsninger af CSC Scandihealth.

NOTUS Kommunal, NOTUS EU-Sygesikring (Kommunalt sagsbehandler værktøj).
NOTUS Regional, (Regionernes sagsbehandler værktøj).

Regionerne danner grundlaget til bl.a. sundhedskort, patientfortegnelser og afregningen af lægerne. For kommunerne dannes grundlag for lægeskift på baggrund af bl.a. borgers flytninger, børns følgeskab samt grundlaget for "Det særlige sundhedskort".

10.1 It-løsningerne Edb-registre

Alle de opgaver, som varetages, løses ved hjælp af en kombination af flere registre.

Sygesikringsregisteret indeholder aktuelle, fremtidige og historiske oplysninger på personer med bopæl her i landet.

10.1.1 Registrets aktuelle oplysninger:

1. Personnummer.
2. Nuværende alment praktiserende læge-ydernummer.
3. Dato for overgang til nuværende alment praktiserende læge (ikrafttrædelsesdato).
4. Dato for hvornår oplysningen om nuværende alment praktiserende læge er tilgået registret (indberetningsdato).
5. Nuværende sikringsgruppe:

10.2 Sikringsgrupper

<u>Sikringsgruppe</u>	<u>Beskrivelse</u>
1	Selvstændig sikret - med lægevalg
2	Selvstændig sikret - uden lægevalg
3	<i>Benyttes ikke</i>
4	Sikrede er optaget i fængselsvæsnets institutioner efter dom (3 måneder eller mere)
5	Sikrede er værnepligtig (3 måneder eller mere)
6	Tilsvarende som gruppe 1; men sikrede er institutionsanbragt (§112).
7	Sikrede har bopæl i udlandet.
8	Sikrede har status afgangsført - fraflyttet regionen, ihjelslagne, (personer der har haft 2 CPR-numre), forsvundne eller omnummererede.
9	Sikrede er død.

<u>Sikringsgruppe</u>	<u>Beskrivelse</u>
0	Tidligere selvstændigt registrerede børn.

6. Dato for overgang til nuværende sikringsgruppe (ikrafttrædelsesdato).
7. Dato for hvornår oplysningen om nuværende sikringsgruppe er tilgået registeret (indberetningsdato).
8. Gyldighedsdato for sidst udstedte sundhedskort.
9. Bemærkning: Speciel oplysning vedrørende den sikrede. F.eks., at der er givet dispensation fra afstandsgrense for lægevalg, eller at der er udskrevet et særligt sundhedskort.
10. Type. Om personen er voksen, ung forældre, hjemmeboende barn eller udeboende barn.

Registerets historiske oplysninger:

1. Personnummer.
2. Et eller flere tidligere alment praktiserende lægeydernummer/ydernumre.
3. Dato for overgang til tidligere alment praktiserende læge (ikrafttrædelsesdato).
4. Dato for hvornår oplysningen om tidligere alment praktiserende læge er tilgået registret (indberetningsdato).
5. En eller flere tidligere sikringsgrupper.
6. Dato for overgang til tidligere sikringsgruppe (ikrafttrædelsesdato).
7. Dato for hvornår oplysningen om tidligere sikringsgruppe er tilgået registret (indberetningsdato).

10.2.1 Kommunal Sygesikring

Kommunal Sygesikring indeholder funktionalitet til administration af den kommunale del af sygesikring i Danmark.

Kommunal Sygesikring kan tilgås fra kommunernes egne interne netværk. Som internet-applikation nås den via en webbrowser, f.eks. Internet Explorer.

Brugergrænsefladen består af nogle søgebillede til advis-søgning og et søgebillede til sikrede-søgning. Dertil kommer et detaljebillede med familie og bopælsoplysninger samt billeder til læge- og gruppeskift.

Via *Ret sikrede* i Kommunal Sygesikring ændrer kommunerne oplysninger om sikringsgruppe og/eller ydernummer for alment praktiserende læge, og de nye ændringer tilføjes registret. Der kan dog kun registreres på personer, som er selvstændigt sikret.

Gruppe- og lægevalg kan indberettes med en fremtidig ikrafttrædelsesdato (maksimalt 1 år frem i tiden). Der kan kun forekomme én fremtidig registrering pr. person.

En persons aktuelle oplysninger vises ved søgning på borgerens CPR-nr., navn eller adresse. Herudover er der mulighed for følgende:

- Udskrive midlertidigt sundhedskort).
- Bestille sundhedskort.

- Registrere om personen har Det særlige sundhedskort.
- Udskrive registerindsigt til borger.
- Ajourføring af følgeskab.
- Udskrive et Rejsesygesikringskort.

I øvrigt vises:

- Borgeren har adressebeskyttelse.
- Følgeskabsperson, hvis personen er selvstændigt registreret.
- Borgerens eventuelle ægtefælle samt familierelationer.
- Advis tilknyttet den enkelte borger
- Udskrivningsdatoen for det sidst udskrevne lægevalgsbrevkort.
- Oplysninger om personens sundhedskort
 - Hvis et sundhedskort er bestilt, men endnu ikke produceret, vises bevisets gyldighedsdato samt udtrækningsdato.
 - Hvis et sundhedskort er bestilt og produceret, vises datoen for udtrukket til produktion.
- Om der er en fremtidig registrering på personen.

10.2.2 Ajourføring af følgeskab

Opfyldes betingelserne for det, kan det vælges at lade et barn/børn skifte følgeskabsperson til den anden forælder. Dette sker typisk, når forældrene har forskellig læge, og forældrene ønsker, at deres barn/børn skal have læge af eget køn.

Sagsbehandleren udfører nedenstående opgave for én sikret. Følgeskabsreglerne gælder børn under 15 år. Børn over denne alder bliver automatisk selvstændigt sikret og får tilsendt lægevalgsbrev umiddelbart før deres fødselsdag.

Et barns følgeskab medfører, at hvis forælderen skifter læge, gør barnet også – helt automatisk.

Barnet har som udgangspunkt følgeskab med enten sin far eller sin mor. I nogle tilfælde kan der være behov for, at der gives et lægevalg uden følgeskab. Dette sker som en dispensation og på baggrund af forældres samtykke, og barnet bliver nu opfattet som selvstændigt sikret.

Sagsbehandling af advis

Sagsbehandleren kan fremsøge adviser. Bag hver advis er der en sikret, som kan sagsbehandles. Sagsbehandleren vælger at udfylde et eller flere søgekriterier på én gang. Der søges efter adviser, der opfylder alle de angivne kriterier.

Advis listen, der kan sammenlignes med en fejlliste, viser igangværende sager. Det vil sige personer, som af forskellige årsager endnu ikke er faldet på plads i sygesikringsregisteret eller på anden måde er påført et advis.

Behandl advis

Den mest almindelige handling: Sagsbehandleren behandler et eller flere adviser, der blokerer for, at systemet kan viderebehandle den aktuelle sag. Adviset bevirker, at sagsbehandleren ser sagen og umiddelbart kan gå i gang med at behandle den.

10.2.3 Automatiske ajourføringer

Til ajourføring af Kommunal Sygesikring foretages forskellige opdateringskørsler:

- Registrering af personhændelser (fra CPR).
- Optagelse af 15-årige.
- Praksisændringer.
- Ajourføring af følgeskab.

10.2.4 Registrering af personhændelser

Hver dag opdateres med hændelser, som stammer fra ændringer i Det Centrale Personregister (CPR). Hændelser, der kræver manuel behandling af sagen, bevirker, at sagen – i form af en adviskode automatisk placeres på advisoversigten.

Adviskoder, der dækker over forhold, som kan have betydning for sundhedskortets dataindhold, vil have opsættende virkning for bevisernes udsendelse. Dvs. adviset skal fjernes for at effektuere en eventuel bevisbestilling.

Følgende hændelser registreres i Kommunal Sygesikring:

Hændelse	Sygesikringsregisterets behandling
Tilflytning fra andre kommuner	Personen overføres med læge/gruppevalg. Der bestilles automatisk sundhedskort til gruppe 1-, 2- eller 6-sikrede. Sagen vil optræde med adviskode for lægevalg ved tilflytning. For Københavns Kommune gælder ovenstående for flytning mellem socialdistrikter. I København bestilles tillige et lægevalgsbrevkort.
Intern flytning i kommunen	Der foretages ingen registrering i registret. Der dannes adviskode for intern flytning, hvis kommunen – via kommunefanebladet i administration – har ønsket dette. Kommunen kan således fravælge, at beviser udskrives automatisk.
Død	Personen sættes automatisk i gruppe 9, med ikrafttrædelsesdato pr. dødsdato. Adviskoder, bevisbestillinger, bestilte lægevalgsbrevkort, registerindsigt og fremtidige ændringer slettes.
Forsvundet	Personen sættes automatisk i gruppe 8, Genfundet. Personen sættes i sikringsgruppe 1 og med ydernummer 0. Sagen vil optræde på advisoversigten.
Omnummereret	Gammelt CPR-nummer sættes i gruppe 8.
Nynummereret	Alle registreringer på tidligere CPR-nummer overføres til nyt CPR-nummer (se omnummereret). Sagen vil optræde på adviskode.
Udvandring	Personen sættes i gruppe 7 pr. udvandringsdato.
Indvandring	Personen oprettes med sikringsgruppe 1 og ydernummer 0 samt med avis for "Lægevalg mangler". Sagen vil optræde med adviskode.
Indkaldelse	Personen sættes i sikringsgruppe 5 og med ydernummer 0.
Hjemsendelse	Ved hjemsendelse til samme region registreres personen med samme sikringsoplysninger som før indkaldelsen, og der bestilles sundhedskort. Ved hjemsendelse til anden

	region sættes personen i sikringsgruppe 1 og med ydernummer 0 samt med advis for hjemsendelse. Sagen optræder med adviskode.
Tilflytning (fra Grønland og Færøerne)	Personen oprettes med sikringsgruppe 1 og ydernummer 0 samt med advis for "Lægevalg mangler". Sagen vil optræde med adviskode.
Navneændringer	Der foretages intet i sygesikringsregisteret. Der bestilles et sundhedskort til gruppe.1-, 2- eller 6-sikrede. Der skelnes mellem forskellige årsager til navneændring – nogle er betalbare, andre ikke. Der dannes adviskode for navneændring, hvis kommunen – via kommuneprofilbilledet – har ønsket dette. Kommunen kan således fravælge, at sundhedskort udskrives automatisk.

10.2.5 Optagelse af 15-årige

En gang om måneden ændres status for de kommende 15-årige fra selvstændigt registreret til selvstændig sikret.

Ændringen i registrene sker kort efter den 1. i måneden, hvor de personer, der fylder 15 år i den efterfølgende måned, skifter status fra værende barn til voksen. De kommende 15-årige ændrer status med virkning fra den 1. i den måned, hvor de fylder 15 år.

De kommende 15-årige modtager et brev, hvori de gøres opmærksom på deres nye status og hermed ret til frit at skifte læge.

Hvis de intet foretager sig, fortsætter de med at være tilknyttet samme læge, som da de fulgte en af deres forældre. Der udskrives ikke et nyt sundhedskort.

10.2.6 Praksisændringer

Der foretages dagligt opdatering af praksisoplysninger, herunder behandling af praksisophør, praksisovertagelse og praksisopsplitning. Praksisændringer foretages af regionen, som via yderregisteret i NOTUS Behandler indberetter ændringerne – og herunder bestiller udskrift af sundhedskort og lægevalgsbrev.

10.2.7 Ajourføring af følgeskab

Når en følgeskabsperson skifter læge eller sikringsgruppe, ajourføres personens børn automatisk med samme oplysninger den følgende nat. Hvis følgeskabspersonens nye sikringsoplysninger er fremtidige, ajourføres børnenes oplysninger først 18 dage før ikrafttrædelsesdatoen.

10.2.8 Sikrede søgning Terminalforespørgsel

Ved søgning på konkret CPR vises borgerens stamoplysninger, samt familierelationer. Det vil sige bl.a. ægtefælles læge og børns civilstand og sikringsstatus/forhold. Billedet viser desuden, hvilke personer der bor på samme adresse.

10.2.9 Det landsdækkende sygesikringsregister

Det landsdækkende sygesikringsregister anvendes af CSC Scandihealths regionale afregningssystem, kaldet Fællessystemet. Afregningssystemet anvendes at regionerne: Syddanmark, Nordjylland, Hovedstaden og Sjælland. Region Midtjylland modtager opdateringer til deres afregningssystem.

I NOTUS Regning anvendes registeret bl.a. til ydelsesvalidering (kontrol af regninger). Registeret indeholder historiske oplysninger. Dette sikrer bl.a., at en persons regning honoreres, selv om den først behandles, efter den sikrede har skiftet læge eller gruppe.

10.2.10 Advis

I Kommunal Sygesikring anvendes en række adviskoder til sager eller hændelser, der enten ikke kan færdigregistreres automatisk af systemet, eller som kommunen har ønsket at blive orienteret om.

Adviserne kan manuelt slettes på advis eller slettes automatisk ved opdatering af en persons sikringsoplysninger.

10.2.11 Personoplysningsregister

Sygesikringsregisteret læser kun i dette register. Personoplysningsregisteret indeholder blandt andet:

- Personnummer.
- Navn.
- Adresse.
- Kommunenummer.
- Navne- og adressebeskyttelse.
- C/o navn.
- Henvisningsnumre (der er adgang til at anvende ægtefælles, faders og moders personnummer).
- Civilstand og socialdistrikt.

10.2.12 Kommune

På fanebladet *Kommune* ajourføres stamoplysninger vedrørende kommunen og der kan rettes og suppleres med oplysninger som:

- Tekst til sundhedskortet – herunder telefonnummer
- Valg af at arbejde socialdistriktsopdelt
- Valg af advis ved intern flytning
- Valg af advis ved navneændring
- Lægevalgsbrev.

10.2.13 Lægelisten

Lægelisten indeholder oplysninger om de ydere og deres sundhedspersonale.

Denne indeholder en delmængde af det regionale Yderregister. Registeret indeholder bl.a.:

- Ydernummer.
- Praksisnavn og adresse.
- Tlf., e-mail og www-adresse.
- Åben/lukket for tilgang.
- Til-/afgangsdato.
- Minimum og maksimum samt aktuelt antal sikrede.

NOTUS eBorger er en borgervendt selvbetjeningsløsning i kommunerne og via Borger.dk og er tilgængelig hele døgnet. Herfra kan der skiftes læge, sikringsgruppe, bestilles EU-Sygesikringkort samt bestilles nyt sundhedskort.

10.3 Servicering

CSC Scandihealth har en Helpdesk, som servicerer kommunen vedrørende Kommunal Sygesikring, NOTUS eBorger og EU-Sygesikring. Kommunen kan ringe eller maille til afdelingen og få hjælp til afklaring af forskellige spørgsmål vedrørende alle de kommunale systemer.

10.3.1 Sundhedskort

Bevisbestilling foretages automatisk af systemet på grundlag af relevante CPR-hændelser, f.eks. navneændring.

10.3.2 Registerindsigt

Kommunen kan bestille registerindsigt til en borger, og denne kan udskrives på en lokal printer i kommunen.

10.3.3 Lægevalgsbrev

Regionerne kan ved f.eks. praksisophør vælge at bestille lægevalgsbreve til sikrede tilmeldt den ophørte praksis.

Lægevalgsbrev udskrives ugentligt og fremsendes til kommunen.

10.3.4 Sundhedskort

Regionerne kan ved praksisoverdragelse vælge at bestille sundhedskort til sikrede tilmeldt den aktuelle praksis.

Sundhedskortet monteres på en carrier (et stykke pap), som indeholder information til den sikrede, bl.a. om baggrunden for, at den sikrede modtager et nyt bevis. Beviset kuverteres og afleveres til postvæsenet.

Udtræk af oplysninger til produktion af sundhedskort foregår dagligt.

10.3.5 Midlertidigt sundhedskort

Midlertidigt sundhedskort kan anvendes, hvis den sikrede ikke kan vente på, at beviset bliver produceret.

Bevisets gyldighed kan indtastes manuelt. Den sikredes navn kan ligeledes indrapporteres manuelt. Dette vil være nødvendigt, hvis den sikrede er midlertidig registreret. Beviset udskrives i kommunen.

10.4 Materiale til regionerne fra CSC Scandihealth

De regionale afregningssystemer danner grundlag til statistikker til regionerne til brug i administrationen af praksisområdet. Nogle Datavarehus-lister udskrives fast periodisk, og andre kan bestilles ad hoc eller udskrives med et fast tidsinterval.

10.4.1 Patientfortegnelse

Regionen kan bestille en fortegnelse over en sundhedspersons sikrede pr. valgfri dato. Uddataformen kan enten være papir eller etiketter. Uddata kan bl.a. afgrænses på sikringsgruppe, aldersinterval og køn.

Regionen kan desuden bestille en særlig ændringsliste, der viser, hvilke patientændringer der er sket i en given periode hos en praksis. Alle lister viser antallet af gruppe 1 sikrede opgjort pr. kommune, pr. praksisområde eller pr. ydernummer. For alle lister gælder, at antal gruppe 1- sikrede vises i absolutte tal og i procenttal.

10.4.2 MFR-lister

Formålet med listerne er at sikre, at alle 15 måneders og 4 og 12-årige børn får tilbudt vaccination mod mæslinger, MFR (fåresyge og røde hunde).

10.4.3 Statusliste

Liste over børn, der i en given periode (normalt det næste år) og som via forældrene kan henføres til en læge, sendes via regionen til lægerne. Samtidigt leveres selvklæbende adressesedler til videre forsendelse af tilbudsmateriale.

Liste over børn, der i samme periode fylder 12 år, og som ikke kan henføres til en læge, sendes via regionen til kommunen. Samtidigt leveres selvklæbende adressesedler til videre forsendelse.

11 Klageregler

11.1 Indledning

Proceduren for klager er forskellig afhængig af, hvad den sikrede vil at klage over.

Klagevejene kan opdeles på følgende måde:

- Klager over den faglige behandling.
- Klager over, at sundhedspersonen ikke har opfyldt sine forpligtelser i henhold til praksisrådets overenskomster.
- klager over, at praksisrådets myndighederne ikke har opfyldt forpligtelserne efter sundhedsloven.

11.2 Klager over den faglige behandling

(Bekendtgørelse nr. 215 af den 09-04-1999 af Lov om sundhedsvæsenets centrale styrelse m.v. og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 544 af den 14-06-2001 om persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed samt om klagevejledning i statsamterne).

Klager over medicinalpersoners faglige arbejde indgives til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Klager over tandlægers faglige virksomhed behandles dog i det i overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Tandlægeforening etablerede særlige klagesystem.

11.3 Klager over overenskomstmæssige forhold

Praksisrådets overenskomster fastlægger bl.a. ydernes rettigheder og forpligtelser over for det offentlige og de sikrede. I samtlige overenskomster er derfor opbygget et klagesystem, som den sikrede kan anvende, såfremt pågældende finder, at yderen eller det offentlige har overtrådt overenskomstmæssige forhold.

Klagen bør i alle tilfælde stiles til regionen, der vil drage omsorg for det videre forløb. Klagen kan fremsættes enten direkte eller gennem kommunens social- og sundhedsforvaltning.

Der er i overenskomsterne fastsat klagefrister.

11.4 Klager over samarbejdsudvalgenes afgørelser

(Sundhedslovens § ???).

Regionens afgørelser vedrørende de sikredes ret til ydelser og afgørelser truffet af kommunen om udbetaling af kontanttilskud kan indbringes for det sociale nævn.

Kommunens afgørelser i øvrigt kan indbringes for det sociale ankenævn, dog kan afgørelser efter lovens § 13 ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Det sociale ankenævns afgørelse kan ikke påklages.

Klage til det sociale ankenævn og ankestyrelsen indgives inden 4 uger efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen. Det sociale ankenævn og ankestyrelsen kan se bort fra ankefristen, når der er en særlig grund hertil.

Afgørelse herom træffes af formanden for det sociale ankenævn eller chefen for ankestyrelsen.

11.4.1 Klager over den offentlige rejsesygesikrings afgørelser

SOS International træffer på regionens vegne afgørelse vedrørende ydelser efter overenskomst om rejsesygesikring. SOS International's afgørelser kan inden 6 måneder, efter at selskabet har meddelt klageren en afgørelse, indbringes for samarbejdsudvalget vedrørende rejsesygesikring. Samarbejdsudvalgets sekretariat udgøres af Regionernes Lønnings- og Takstnævn og SOS International i fællesskab.

11.4.2 Adresser på klageinstanser

Klager til Den Sociale Ankestyrelse stiles til:
Den sociale Ankestyrelse
Amaliegade 25
Postbox 3042
1021 København K

Klager til samarbejdsudvalget vedrørende rejsesygesikring stiles til:
Samarbejdsudvalget vedrørende rejsesygesikring
Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Danske Regioner
Dampfærgevej 22
Postbox 2593
2100 København Ø

12 Bilag

12.1 Oversigt over kommunale blanketter

Ved administrationen af praksisområdet anvendes følgende kommunale blanketter og pjecer:

12.1.1 Administrative blanketter

Blanketnr.	Blanketnavn	Rekvireres fra	Betales af
OS 106	Brevkort om valg af læge ved praksisændringer og ophør	Udskrives fra CSC	Kommunen
OS 302	Tilskud fra den offentlige sygesikring	Dafolo A/S	Kommunen
OS 03.101	Valg af læge/erklæring om bortkommet sundhedskort	Dafolo A/S	Kommunen
OS 03.102	Lægevalg udover 15 km. Afstand	Dafolo A/S	kommunen
OS 03.104	Tilmelding til læge med lukket patienttilgang	Dafolo A/S	kommunen
OS 305	Samleopgørelse over kontanttilskud	Dafolo A/S	Kommunen
OS 320	Anmodning om gruppeskift/lægeskift	Dafolo A/S	Kommunen
	Skadeanmeldelse	SOS International	SOS International
	Rejseforsikring A/S	SOS International	SOS International
	Rejsesygesikningsbevis	SOS International	SOS International
	Rejseforsikring A/S		

12.1.2 Informationspjecer

Blanketnr.	Blanketnavn	Rekvireres fra	Betales af
OS 602	Sundhedskortet	Dafolo A/S	Regionen/kommunen
	Rejsesygesikring ved ferierejser i Europa og Udenrigsministeriet	SOS International	Regionernes Lønnings- og Takstnævn (Danske Regioner), SOS International