

Kommissionens afgørelse

om fastsættelse af almindelige gennemførelsesbestemmelser for godtgørelse af lægeudgifter

KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER HAR -

under henvisning til vedtægten for tjenestemænd i De Europæiske Fællesskaber og ansættelsesvilkårene for de øvrige ansatte i Fællesskaberne, der er fastsat ved Rådets forordning (EØF, Euratom, EKSF) nr. 259/68¹, særlig artikel 72,

under henvisning til den fælles ordning vedrørende sygeforsikring for tjenestemænd i De Europæiske Fællesskaber, som efter fælles aftale er vedtaget af alle fællesskabsinstitutioner og trådt i kraft den 1. december 2005, særlig artikel 52,

under henvisning til udtalelse fra Forvaltningskomitéen for Sygeforsikringsordningen,

efter høring af Personaleudvalget og

under henvisning til udtalelse fra Vedtægtsudvalget -

TRUFFET FØLGENDE AFGØRELSE:

Artikel 1

Bilaget til nærværende afgørelse udgør de almindelige gennemførelsesbestemmelser for godtgørelse af lægeudgifter.

Artikel 2

Denne beslutning træder i kraft den 1. 2007.

Artikel 3

Bilagene til ordningen, som senest blev ændret den 26. januar 1999, og alle fortolkningsbestemmelser, meddelelser fra administrationen og cirkulærer ophæves samtidig med, at nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser træder i kraft.

Enkeltstående lægebehandlinger, som har fundet sted før nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser er trådt i kraft, godtgøres i overensstemmelse med vilkårene i bilagene til ordningen, som senest blev ændret den 26. januar 1999.

Ved lægebehandling, som er startet inden nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser er trådt i kraft, og som fortsætter herefter, fastsættes godtgørelsen i overensstemmelse med nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser.

¹ EFT L 56 af 4.3.1968, s. 1. Forordningen er senest ændret ved forordning (EF, Euratom) nr. 2104/2005 (EUT L 337 af 22.12.2005, s. 7).

<u>INDHOLDSFORTEGNELSE</u>	
Generelle definitioner	6
Hvem er forsikret?	6
Godtgørelsessatser	6
Lægehenvi sning / recept	7
Forhåndstilladelse	7
Alvorlig sygdom	7
Godtgørelsesloft	7
Urimeligt store udgifter	7
Udtalelse fra den rådgivende læge eller rådgivende tandlæge	8
Udtalelse fra Lægerådet	8
Afsnit I – RETTEN TIL AT VÆRE FORSIKRET	
Kapitel 1 – Bestemmelser vedrørende de tilsluttede	9
1. Dækning for kontraktansatte – Artikel 2, stk. 1, 3. led	9
2. Lønnet beskæftigelse – artikel 2, stk. 5, 5.-7. led, og artikel 6, 7 og 9	9
3. Dækning under orlov af personlige årsager – Artikel 2, stk. 3, 7. led	10
4. Tilslutning af tidligere anerkendt partner – artikel 2, stk. 4	10
5. Bevis for betaling til ordningen – artikel 3, stk. 4 og 5, og artikel 5, 6, 7, 8, 9 og 10	10
6. Arbejdsløshed – artikel 11	10
Kapitel 2 – Bestemmelser om medforsikrede	11
1. Anerkendelse af partnerskab – artikel 12, 2. led	11
2. Primærdækning for ægtefælle eller anerkendt partner – artikel 13	11
3. Supplerende dækning for medforsikrede – artikel 14 og 16	11
4. Skilsmisse og ophævelse af partnerskab – artikel 15	12
5. Forsørgelsesberettigede børn – artikel 16	12
6. Andre forsørgelsesberettigede personer – artikel 17	13
7. Forlængelse af dækningsperioden for forsørgelsesberettigede børn og hermed sidestillede personer – artikel 18	13
Kapitel 3 – Fælles bestemmelser for tilsluttede og medforsikrede	14
1. Forlængelse af tilsluttedes forsikringsdækning ved alvorlig sygdom, svangerskab og fødsel – artikel 7 og 10	14
2. Medforsikredes situation ved forsikringens udløb – artikel 12, 15, 16, 17 og 18	14
Afsnit II – REGLER FOR GODTGØRELSE	
Kapitel 1 – Lægekonsultationer og -besøg	15
1. Generelt og definitioner	15
2. Godtgørelsesbestemmelser	15
2.1. Lægekonsultationer og -besøg	15
2.2. Ledende specialister	16
3. Ydelser, som ikke godtgøres	16

Kapitel 2 – Hospitalsindlæggelse og kirurgiske indgreb	17
1. Hospitalsindlæggelse	17
1.1. Definitioner	17
1.2. Forhåndstilladelse	17
1.3. Godtgørelsesbestemmelser	18
2. Kirurgiske indgreb	19
Kapitel 3 – Ydelser ved afhængighed af hjælp	21
1. Permanent eller længerevarende ophold på paramedicinske og andre institutioner	21
1.1. Definitioner	21
1.2. Forhåndstilladelse	22
1.3. Godtgørelsesbestemmelser	22
2. Sygeplejer	23
2.1. Generelle bestemmelser	23
2.2. Godtgørelse	24
Kapitel 4 – Farmaceutiske produkter	28
1. Definition	28
2. Betingelser for godtgørelse	28
3. Godtgørelsesbestemmelser	28
4. Produkter, der godtgøres efter forhåndstilladelse	29
5. Produkter, som ikke godtgøres	30
6. Information til de tilsluttede	30
Kapitel 5 – Tandpleje, -behandling og -proteser	31
1. Forebyggende pleje og behandling	31
2. Parodontalbehandling	31
3. Tandregulering	32
4. Bidfunktion	32
5. Tandproteser	32
6. Implantater	34
7. Alvorlig sygdom	34
8. Særlige bestemmelser	34
Kapitel 6 – Billeddiagnostik, analyser, laboratorieundersøgelser og andre diagnosemetoder	35
1. Generelle bestemmelser	35
2. Analyser og undersøgelser, som kræver en forhåndstilladelse	35
3. Analyser udelukket fra godtgørelse	35
4. Information til de tilsluttede	35
Kapitel 7 – Graviditet, fødsel og barnløshed	36
1. Godtgørelsesberettigede ydelser i forbindelse med graviditet	36
1.1. Definitioner og generelle bemærkninger	36
1.2. Særlige bestemmelser	36
2. Fødselsrelaterede ydelser og godtgørelser	36
2.1. Definition	36
2.2. Fødsel på hospital	36
2.3. Hjemmefødsel	37

2.4. Fødsel på en fødeklíník eller på et godkendt center for hospitalsmiljøet	37
3. Ydelser og godtgørelser ved behandling for barnløshed	38
Kapitel 8 – Diverse behandlinger	40
1. Generelle bestemmelser	40
2. Særlige bestemmelser	40
Kapitel 9 – Plejepersonale	47
Kapitel 10 – Kurophold	48
Afsnit 1 – Rekkonvalescensophold og postoperativ kur	48
1. Generelle bestemmelser	48
2. Betingelser for en forhåndstilladelse	48
3. Godtgørelsesbestemmelser	48
4. Udelukket fra godtgørelse	49
5. Betingelser for godtgørelse	49
Afsnit 2 – Badekur	50
1. Generelle bestemmelser	50
2. Betingelser for forhåndstilladelse af en badekur	50
3. Godtgørelsesbestemmelser	51
4. Udelukket fra godtgørelse	51
Kapitel 11 – Proteser, ortopædiske og andre hjælpemidler	53
1. Syn	53
1.1. Brillér	53
1.2. Kontaklinser	54
1.3. Alvorlige synsproblemer	55
1.4. Øjenprotese	55
2. Hørelse	55
3. Ortopædiske hjælpemidler, bandager og andet	56
Kapitel 12 – Kørselsudgifter	57
1. Generelle bestemmelser	57
2. Godtgørelsesbetingelser	57
3. Personale med tjenestested uden for EU	58
Kapitel 13 – Fast tilskud til begravelsesomkostninger	59
BILAG I : Liste over kirurgiske indgreb	60
BILAG II : Ortopædiske hjælpemidler, bandager og andre hjælpemidler, som godtgøres med 85 % eller 100 % ved alvorlig sygdom	73
Afsnit III – PROCEDURER	
Kapitel 1 – Godtgørelsesanmodning og bilag	77
1. Generelle bestemmelser	77
2. Anmodning om godtgørelse	77
3. Krævede oplysninger	77
4. Særlige bestemmelser	78
5. Bilag	78
6. Lægemidler	79

Kapitel 2 – Forebyggende helbredsundersøgelser	80
Kapitel 3 – Bestemmelser om tillægsforsikring	81
1. Definition	81
2. Målgruppen for tillægsforsikring	81
3. Bestemmelser	82
4. Godtgørelse	82
Kapitel 4 – Tilsagn om betaling og forskud	84
1. Betalingstilsagn	84
2. Forskud	85
Kapitel 5 – Anerkendelse som alvorlig sygdom	86
1. Definition	86
2. Hvad omfatter dækningen?	86
3. Procedurer	86
4. Tilbagevirkende kraft	87
Kapitel 6 – Fastsættelse af den særlige godtgørelse, jf. artikel 72, stk. 3, i vedtægten	88
1. Bestemmelser	88
2. Særlige bestemmelser	88
Kapitel 7 – Fastsættelse af ligebehandlingskoefficienter, jf. artikel 20, stk. 5	89
1. Referencemedlemsstat	89
2. Observationsperiode	89
3. Beregning af ligebehandlingskoefficienten	89
Kapitel 8 – Fastsættelse af koefficient for godtgørelsesgrundlaget, jf. artikel 21, stk. 1	90
Kapitel 9 – Revision af regnskaberne for den fælles sygeforsikringsordning, jf. artikel 45, stk. 5	91

Generelle definitioner

I henhold til artikel 72 i vedtægten og den fælles ordning vedrørende sygeforsikring for tjenestemænd i De Europæiske Fællesskaber, som trådte i kraft den 1. december 2005, i det følgende benævnt den fælles ordning, sikrer den fælles sygeforsikringsordning for De Europæiske Fællesskabers institutioner, i det følgende benævnt sygeforsikringsordningen, at de forsikrede får dækket deres lægeudgifter i forbindelse med sygdom, ulykker og graviditet, og at der udbetales et tilskud til begravelsesomkostninger.

Hvem er forsikret?

De forsikrede er de tilsluttede – dvs. tjenestemænd, midlertidigt ansatte, kontraktansatte og modtagere af alderspension eller fratrædelsesydelse samt i visse tilfælde medlemmerne af institutionerne - **og de medforsikrede** på de vilkår og inden for de begrænsninger, der er fastsat i den fælles ordning (artikel 2-18) og i afsnit I i nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser.

Godtgørelsessatser

Sygeforsikringsordningen godtgør udgifterne med op til 80 % af de afholdte udgifter.

Denne sats forhøjes til 85 % for:

- konsultationer og besøg
- kirurgiske indgreb
- indlæggelse
- lægemidler
- røntgenbehandling, analyser
- laboratorieundersøgelser og
- lægeordnede proteser, ekskl. tandproteser, der godtgøres med 80 %.

I tilfælde af tuberkulose, polio, kræft, sindssygdom og andre sygdomme, der af ansættelsesmyndigheden er anerkendt som værende lige så alvorlige, samt ved forebyggende undersøgelser og fødsel, godtgøres udgifterne med 100 % uden øvre loft, dog med forbehold af begrænsningerne i nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser.

Dækningen af lægeudgifter i forbindelse med ulykker og erhvervssygdomme, som er omfattet af artikel 73 i vedtægten, er begrænset til 80 og 85 %. De resterende hhv. 20 og 15 % dækkes gennem vedtægtens artikel 73 vedrørende ulykker og erhvervssygdomme.

Lægehenviisning / recept

En lægehenviisning/recept er et dokument, hvori lægens navn og officielle data, patientens fulde navn, lægebehandlingen (arten af behandlingen og antallet af behandlinger) eller den ordinerede medicin er angivet. Henviisningen/recepten underskrives af den udstedende læge. Den ligger pr. definition tidsmæssigt forud for behandlingens begyndelse. For at være godtgørelsesberettiget må den ikke være over 6 måneder gammel ved den første behandling eller ved købet af lægemidlerne.

Forhåndstilladelse

Godtgørelsen af en række af de ydelser, der er fastsat i nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser, er betinget af en forhåndstilladelse, dvs. en procedure, der skal gennemføres inden godtgørelsen. Den tilsluttede skal søge afregningskontoret om en forhåndstilladelse, inden behandlingen eller ydelserne begynder, dog ikke i hastende tilfælde, ved hjælp af den hertil udfærdigede formular og vedlægge ansøgningen en specificeret henviisning eller afhængig af ydelserne en fuldstændig lægerapport. Der tages stilling til ansøgningen på grundlag af en udtalelse fra den rådgivende læge, der udtaler sig ud fra, om ydelsen er lægeligt forsvarlig.

Inden den rådgivende læge udfærdiger sin udtalelse, kan han i visse tilfælde tage kontakt med den ordinerende læge og/eller patienten.

Alvorlig sygdom

En alvorlig sygdom er en sygdom, der er anerkendt som sådan af ansættelsesmyndigheden på grundlag af en udtalelse fra den rådgivende læge i henhold til kriterierne i afsnit III, kapitel 5, i nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser.

Udgifter i forbindelse med en alvorlig sygdom godtgøres med 100 % uden loft, undtagen i visse tilfælde, der er behørigt angivet i nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser (f.eks. udgifter til sygeplejer og tandbehandling). Der kan desuden lægges et loft over godtgørelsen af disse udgifter, hvis de er urimeligt store (se definition heraf).

Godtgørelsesloft

Ifølge artikel 20 i den fælles ordning skal der i de almindelige gennemførelsesbestemmelser fastsættes godtgørelseslofter for at sikre, at ordningen balancerer finansielt. Der anvendes således en godtgørelsessats på den afholdte udgift. Udgiften godtgøres med det herved fremkomne beløb, hvis det er mindre end det loft, der er fastsat for ydelsen. Hvis beløbet er større end loftet, godtgøres udgiften med det til loftet svarende beløb. Godtgørelsesloftet er lig med det beløb, som maksimalt kan godtgøres for en given ydelse.

Urimeligt store udgifter

Hvis der ikke er fastsat et godtgørelsesloft, eller hvis der er tale om alvorlig sygdom, kan den del af udgifterne, der klart overstiger det normale prisniveau i det land, hvor ydelsen har fundet sted, udelukkes fra at blive godtgjort, jf. artikel 20 i den fælles ordning.

Det er afregningskontoret, der i hvert enkelt tilfælde efter at have indhentet en udtalelse fra den rådgivende læge afgør, hvor stor en andel af udgifterne der betragtes som urimelig. Den rådgivende læge udtaler sig om, hvori lægebehandlingen præcis har bestået, så afregningskontoret kan sammenligne de anvendte satser.

Det særlige problem, der gør sig gældende for lande, hvor lægebehandling er dyr, løses ved at anvende en koefficient på godtgørelsesgrundlaget (jf. afsnit III, kapitel 8).

Udtalelse fra den rådgivende læge eller rådgivende tandlæge

En udtalelse fra den rådgivende læge eller rådgivende tandlæge er en lægeudtalelse, som lægen afgiver på grundlag af de oplysninger, som han har om den forsikrede, samt oplysninger fra den behandlende læge, foreliggende resultater af medicinsk og anden forskning og om nødvendigt en udtalelse fra Lægerådet. Der skal indhentes en udtalelse fra den rådgivende læge eller tandlæge i forbindelse med anmodninger om forhåndstilladelser, i de tilfælde, der er fastsat i nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser, og når lederne af afregningskontorerne anmoder om det i forbindelse med konkrete spørgsmål.

Den rådgivende læge eller tandlæge afgiver kun udtalelse i de situationer, der er udtrykkeligt nævnt i den fælles ordning og i nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser og inden for de heri fastsatte grænser.

Udtalelse fra Lægerådet

Sygeforsikringsordningens lægeråd består af en rådgivende læge pr. institution og rådgivende læger fra de enkelte afregningskontorer. Rådet høres af de organer, der er fastsat i den fælles ordning, dvs. forvaltningskomitéen, hovedkontoret og afregningskontorerne, om alle lægelige spørgsmål i forbindelse med forvaltningen af ordningen.

Lægerådet udtaler sig på grundlag af den nyeste videnskabelige litteratur og om nødvendigt efter at have hørt specialister eller de førende lægevidenskabelige kredse inden for det pågældende område.

Lægerådets udtalelser skal være begrundede.

Afsnit I – RETTEN TIL AT VÆRE FORSIKRET

Kapitel 1 – Bestemmelser vedrørende de tilsluttede

1. Dækning for kontraktansatte – Artikel 2, stk. 1, 3. led

- 1.1. Ved ansættelsen giver den kontraktansatte ansættelsesmyndigheden besked om, hvorvidt han anmoder om fortsat at være sygeforsikret under den nationale socialsikringsordning, som han senest har været tilsluttet, jf. artikel 112 i ansættelsesvilkårene for de øvrige ansatte, eller om han vælger at blive tilsluttet den fælles sygeforsikringsordning. Dette skal meddeles senest ved tiltrædelse af tjenesten.
- 1.2. Den kontraktansatte tilsluttes automatisk den fælles sygeforsikringsordning den første dag i måneden, efter at den myndighed, der har beføjelse til at indgå ansættelseskontrakter, har indbetalt det sidste bidrag til den nationale socialsikringsordning, som den kontraktansatte senest har været tilsluttet.

2. Lønnet beskæftigelse – artikel 2, stk. 3, 5.-7. led, og artikel 6, 7 og 9

- 2.1. Den tilsluttede har pligt til at meddele afregningskontoret, hvis han påtager sig lønnet beskæftigelse, og hvis der sker ændringer i denne beskæftigelse.
- 2.2. Når den lønnede beskæftigelse ophører, kan modtageren af en førtidspension eller en opsat pension, modtageren af den i vedtægtens artikel 41 og 50 fastsatte godtgørelse og personer, der er endeligt udtrådt af tjenesten i medfør af forordningerne (EF) nr. 1746/02, 1747/02 og 1748/02, ved at henvende sig til afregningskontoret og fremlægge et bevis for, at beskæftigelsen er ophørt, på ny optages i den fælles sygeforsikringsordning.
- 2.3. Modtagere af løn som defineret i artikel 13, stk. 2, i den fælles ordning, ekskl. pension, anses for at have lønnet beskæftigelse.

Modtagere af forskningsstipendier uden forbindelse med et universitetsstudium, tantieme, mødediæter og indtægter fra intellektuelle ejendomsrettigheder anses ligeledes for at have lønnet beskæftigelse.

- 2.4. Personer med konstant eller lejlighedsvis lønnet beskæftigelse, som bevirker, at de har en skattepligtig årsindtægt på under 20 % af den årlige grundløn for en ansat i lønklasse AST 2/1 korrigeret med justeringskoefficienten for det land, hvori indtægten oppebæres, kan efter anmodning fortsætte med at være primærforsikret under den fælles sygeforsikringsordning, dog forudsat at der føres bevis for, at de ikke er dækket af en ved lov eller administrativt fastsat sygeforsikring i henhold til love og administrative

bestemmelser i det land, hvor beskæftigelsen finder eller har fundet sted, eller i bopælslandet.

- 2.5. Den tilsluttede skal for hvert skatteår sende afregningskontoret et officielt bevis for, hvor meget han har tjent (f.eks. skattekort eller andre dokumenter udarbejdet af de nationale myndigheder).

Hvis afregningskontoret konstaterer, at en tilsluttet har lønnet beskæftigelse, og at beskæftigelsen giver en skattepligtig årsindtægt på over 20 % af den årlige grundløn for en ansat i lønklasse 2, 1. løntrin, korrigeret med justeringskoefficienten for det land, hvori indtægten oppebæres, og den tilsluttede ikke har meddelt dette skriftligt til afregningskontoret, suspenderes forsikringsdækningen, lige så længe beskæftigelsen varer, og lægeudgifter, der er godtgjort i denne periode, kræves tilbagebetalt i henhold til bestemmelserne i artikel 33 i den fælles ordning.

3. Dækning under orlov af personlige årsager – Artikel 2, stk. 3, 7. led

- 3.1. Tilsluttede, som ønsker at være dækket under orlov, skal anmode ansættelsesmyndigheden herom inden udgangen af den første måned af orloven. Ansættelsesmyndigheden sender anmodningen til afregningskontoret.
- 3.2. Ved forlængelse af orloven skal den tilsluttede, hvis han/hun fortsat ønsker at være dækket, give meddelelse herom til ansættelsesmyndigheden eller den myndighed, der har beføjelse til at indgå ansættelseskontrakter, inden udgangen af den første måned af den forlængede orlov. Myndigheden sender anmodningen til afregningskontoret.
- 3.3. Tilsluttede, der har lønnet beskæftigelse under orloven, kan ikke være omfattet af sygeforsikringen. En tilsluttet, der ikke længere har lønnet beskæftigelse, men stadig er på orlov, kan senest 30 dage efter beskæftigelsens ophør anmode ansættelsesmyndigheden eller den myndighed, der har beføjelse til at indgå ansættelseskontrakter, om på ny at blive omfattet af den fælles sygeforsikringsordning.
- 3.4. Tilsluttede, som fortsat er omfattet af den fælles sygeforsikringsordning, og som har forsørgelsesberettigede børn på mellem 18 og 26 år, skal hvert år inden den 31. oktober for hvert barn sende afregningskontoret dokumentation for, at barnet stadig er under uddannelse og dermed berettiget til at være omfattet af den fælles sygeforsikringsordning.

4. Tilslutning af tidligere anerkendt partner – artikel 2, stk. 4

I lighed med efterladte fraskilte ægtefæller er tidligere anerkendte partnere, som modtager en efterladtepension, ligeledes omfattet af ordningen.

5. Bevis for betaling til ordningen – artikel 3, stk. 4 og 5, og artikel 5, 6, 7, 8, 9 og 10

Institutionerne skal regelmæssigt og mindst hver tredje måned sende hovedkontoret en liste over de tilsluttede, der er omfattet af disse bestemmelser, og som har betalt.

At listen ikke fremlægges, må ikke føre til, at der kommer afbrydelser i forsikringsdækningen.

6. Arbejdsløshed – artikel 11

Tilsluttede, der modtager arbejdsløshedsunderstøttelse fra Fællesskaberne har pligt til at give afregningskontoret skriftlig meddelelse om eventuelle ændringer i privatadresse og familiesituation (ægteskab, partnerskab, fødsel, dødsfald, skilsmisse, ophævelse af partnerskab).

Bestemmelsen betragtes ikke som værende overholdt, hvis den nye adresse blot er angivet på godtgørelsesanmodningen.

Kapitel 2 – Bestemmelser om medforsikrede

1. Anerkendelse af partnerskab – artikel 12, 2. led

Hvis partnerskabet ikke er anerkendt til at få husstandstillæg, men det kan anerkendes i sygeforsikringsammenhæng, jf. artikel 72, stk. 1, 2. afsnit, skal den tilsluttede indsende en anmodning om dækning til afregningskontoret sammen med et officielt bevis for det ikke-ægteskabelige partnerskab.

2. Primærdækning for ægtefælle eller anerkendt partner – artikel 13

2.1. Hvis ægtefællen eller den anerkendte partner har en årlig erhvervsindtægt på under 20 % af den årlige grundløn for en ansat i lønklasse AST 2/1, kan han/hun være primærforsikret gennem den fælles sygeforsikringsordning, forudsat at det dokumenteres, at han/hun ikke har mulighed for at være forsikret gennem en ved lov eller administrativt fastsat sygeforsikring i henhold til love og administrative bestemmelser i det land, hvor beskæftigelsen finder eller har fundet sted, eller i bopælslandet. Denne dækning vurderes hvert år.

2.2. Hvis der i en national socialsikringsordning er en prøvetid, hvor betalingen af bidrag ikke giver ret til nogen godtgørelse, vil ægtefællen eller den anerkendte partner stadig være omfattet af den fælles sygeforsikringsordning i denne periode.

2.3. En ægtefælle eller en anerkendt partner med erhvervsindtægt kan undtagelsesvist være primærforsikret gennem den fælles sygeforsikringsordning, hvis han/hun ikke har mulighed for at være forsikret gennem en ved lov eller administrativt fastsat sygeforsikring, eller hvis præmien for at tegne en sygeforsikring udgør mindst 20 % af erhvervsindtægten.

3. Supplerende dækning for medforsikrede – artikel 14 og 16

3.1. Generelle bestemmelser

Ved fuld dækning for samme risici forstås en forsikringsdækning, som tilbyder de samme ydelser som nævnt i artikel 1 i den fælles sygeforsikringsordning.

Ændringer i ægtefælles, den anerkendte partners og forsørgelsesberettigedes børns situation skal straks meddeles skriftligt til både afregningskontoret og ansættelsesmyndigheden eller den myndighed, der har beføjelse til at indgå ansættelseskontrakter.

3.2. Ægtefælle og anerkendt partner (artikel 14)

- a) Med henblik på de lande, for hvilke der ikke findes en justeringskoefficient, vil koefficienten for Belgien blive anvendt til at fastsætte en ægtefælles / en anerkendt partners ret til supplerende dækning i henhold til den fælles sygeforsikringsordning.
- b) Den fælles sygeforsikringsordning deltager i godtgørelsen af ydelser som tillægsforsikring, dog forudsat at primærforsikringens procedurer er blevet fulgt først. Personer, som har den fælles sygeforsikringsordning som tillægsforsikring, skal anvende det europæiske sygesikringskort eller et tilsvarende bevis udstedt af primærforsikringen, når han/hun rejser inden for Den Europæiske Union og i lande, der er tilknyttet ordningen.

3.3. Forsørgelsesberettigede børn, som har mulighed for at være forsikret gennem en anden ved lov eller administrativt fastsat sygeforsikring (artikel 16, stk. 1, 2. afsnit)

Med hensyn til børn, som er primærforsikret gennem en anden ved lov eller administrativt fastsat ordning, fungerer den fælles sygeforsikringsordning som tillægsforsikring, men kan optræde som primærforsikring ved behandling i udlandet eller ved behandling som privatpatient i lande med offentlige sygesikringer uanset årsagen til, at primærforsikringen har afvist at dække behandlingen.

I så fald skal den tilsluttede blot dokumentere, at primærforsikringen har nægtet at godtgøre den pågældende behandling.

Den fælles sygeforsikringsordning kan påtage sig udgifterne ved hospitalsindlæggelse af et barn, som er tillægsforsikret, hvis den tilsluttede dokumenterer, at primærforsikringen ikke på nogen måde godtgør den pågældende behandling.

4. Skilsmisse og ophævelse af partnerskab – artikel 15

4.1. Den maksimale dækningsperiode, som er fastsat i artikel 15, stk. 1, indledes på datoen for den officielle registrering af skilsmissen eller opløsningen af partnerskabet.

Forsikringsdækningen kan ikke forlænges ud over denne 12-måneders periode, medmindre der foreligger alvorlig sygdom, som er indtruffet og anmeldt før forsikringsdækningen er ophørt, eller der er tale om svangerskab, som er indledt og anmeldt, før dækningsperioden er udløbet.

4.2. Bestemmelserne i artikel 15, stk. 2, i den fælles ordning gælder ligeledes for ægtefællen.

4.3. Hvis der officielt er søgt om skilsmisse eller opløsning af partnerskabet, kan den tilsluttede ægtefælle eller partner få direkte adgang til den fælles sygeforsikringsordning for sig selv og/eller forsørgelsesberettigede børn efter tilladelse fra den tilsluttede eller en domstolsafgørelse.

5. Forsørgelsesberettigede børn – artikel 16

5.1. Hvis forsikringen af et barn gennem en anden forsikringsordning forudsætter, at den person, som kan gøre krav på denne rettighed i den anden ordning, indbetaler et yderligere bidrag, kan barnet være primærforsikret i den fælles sygeforsikringsordning.

- 5.2. Den tilsluttede har pligt til at dokumentere (ved brevveksling eller anden form for dokumentation), at barnet ikke har mulighed for at være forsikret gennem en anden ordning, eller at det medfører højere bidrag fra den person, der er medlem af den anden ordning.
- 5.3. Hvis forældrene begge er tilsluttet sygeforsikringsordningen og de har fælles forældremyndighed, kan de begge anmode om at få godtgjort udgifter til lægebehandling af deres barn. Anmodninger om forhåndstilladelse og overslag samt anmodning om godtgørelse af de hermed forbundne lægeudgifter kan imidlertid kun indsendes af en og samme forældrepart.
- 5.4. Ved officiel separation, skilsmisse eller opløsning af partnerskab vil børn, der tidligere kun var tillægfsforsikret, blive primærforsikret i den fælles sygeforsikringsordning.

6. Andre forsørgelsesberettigede personer - artikel 17

- 6.1. Der er kun mulighed for primærforsikring.
- 6.2. I fald personen kan forsikres gennem en anden ved lov eller administrativt fastsat ordning, er der ingen mulighed for tillægfsforsikring.

Hvis personens ret til forsikringsdækning i den anden ordning imidlertid ikke kan overføres til et andet land og/eller kræver, at der indbetales et tillæg i forhold til ordningens bidragssatser, kan personen primærforsikres gennem den fælles sygeforsikringsordning.

Det samme gælder, når forsikring kun er mulig gennem frivillig indbetaling af bidrag.

- 6.3. Den tilsluttede skal fremlægge den nødvendige dokumentation som støtte for anmodning om forsikring af en person, der kan sidestilles med forsørgelsesberettiget barn.

7. Forlængelse af dækningsperioden for forsørgelsesberettigede børn og hermed sidestillede personer – artikel 18

- 7.1. Hvis den forsikrede i den forlængelsesperiode, der er fastsat i artikel 18 i den fælles ordning, tager lønnet beskæftigelse jf. ordningens artikel 2, suspenderes dækningen af den fælles sygeforsikringsordning. Hvis beskæftigelsen ophører, træder dækningen atter i kraft indtil udgangen af den indledende 12-måneders periode.

Hvis der i en national socialsikringsordning er en prøvetid, hvor betalingen af bidrag ikke som modydelse giver ret til godtgørelse af udgifter, vil den pågældende person fortsat være omfattet af den fælles sygeforsikringsordning i denne periode, dog ikke ud over den 12-måneders forlængelse.

Tilsluttede, som ønsker at forlænge forsikringsdækningen, skal indsende en skriftlig anmodning herom til afregningskontoret.

Forlængelsen tildeles ikke automatisk, selv ikke i tilfælde hvor der er bevilget en skattenedsættelse.

Kapitel 3 – Fælles bestemmelser for tilsluttede og medforsikrede

1. Forlængelse af tilsluttedes forsikringsdækning ved alvorlig sygdom, svangerskab og fødsel – artikel 7 og 10

En sådan dækning kan kun tilbydes til tilsluttede, hvis rettigheder er udløbet, hvis følgende betingelser er opfyldt alle sammen:

- a. den tilsluttede skal betale halvdelen af bidraget til ordningen, der fastsættes i forhold til den seneste ajourførte grundløn for den pågældendes løntrin og lønklasse
- b. den alvorlige sygdom skal være indtruffet inden udtrædelsen af tjenesten og være anmeldt inden forsikringsdækningens ophør, og tilsvarende skal et svangerskab være indledt inden udtrædelsen af tjenesten og være anmeldt til institutionen inden forsikringsdækningens ophør
- c. hvis den tilsluttede er tidligere tjenestemand, må vedkommende ikke udøve nogen lønnet beskæftigelse, og hvis den tilsluttede er tidligere midlertidig ansat eller kontraktansat, må vedkommende ikke gennem en anden ved lov eller administrativt fastsat sygeforsikring kunne få dækket lægeudgifterne i forbindelse med den alvorlige sygdom eller svangerskabet, selv mod betaling af bidrag
- d. gyldigheden af anerkendelsen af den alvorlige sygdom må ikke være udløbet
- e. den tilsluttede skal underkaste sig en lægeundersøgelse.

2. Medforsikredes situation ved forsikringens udløb – artikel 12, 15, 16, 17 og 18

Ved alvorlig sygdom eller svangerskab forlænges forsikringsdækningen ligeledes for ægtefællen eller partneren, den tidligere ægtefælle, den anerkendte partner eller tidligere anerkendte partner, når forsikringsdækningen udløber, men kun for de lægeudgifter, der er forbundet med den alvorlige sygdom, og udgifterne i forbindelse med svangerskab og fødsel og på følgende betingelser, som alle skal være opfyldt:

- a. den alvorlige sygdom skal være indtruffet og anmeldt inden forsikringsdækningens ophør, og svangerskabet skal være indledt og anmeldt til institutionen inden dækningsperiodens udløb
- b. vedkommende må ikke have lønnet beskæftigelse og må ikke være dækket gennem en anden ved lov eller administrativt fastsat sygeforsikring for disse udgifter, selv mod betaling af et bidrag
- c. gyldigheden af anerkendelsen af den alvorlige sygdom må ikke være udløbet
- d. vedkommende skal underkaste sig en lægeundersøgelse.

På samme betingelser forlænges forsikringsdækningen ligeledes for personer, der sidestilles med en tilsluttets forsørgelsesberettigede børn, jf. artikel 2, stk. 4, i bilag VII til vedtægten, for lægeudgifter forbundet med alvorlig sygdom og udgifter i forbindelse med svangerskab og fødsel.

Afsnit II - REGLER FOR GODTGØRELSE

Kapitel 1 – Lægekonsultationer og -besøg

1. Generelt og definitioner

Konsultationer og besøg omfatter i princippet en udspørgning af den syge, en klinisk undersøgelse og om nødvendigt anvisning af en behandling.

Konsultationer finder sted i lægens konsultation, hvorimod besøg indebærer, at lægen tilser patienten på dennes bopæl, hvor han opholder sig, eller på hospitalet, og en undersøgelse i lægens egen konsultation er dermed udelukket.

Konsultationer og besøg formodes at omfatte:

- almindeligt brugte diagnosemetoder (måling af blodtryk, undersøgelse med speculum, vaginal eller rektal eksploration, smear (ekskl. analyser))
- blodprøver
- kvalitative urinprøver (albumin og glukose)
- intravenøse, intramuskulære, subkutane og intradermiske indsprøjtninger
- vaccinationer
- mindre forbindinger
- udarbejdelse af korte lægeerklæringer
- evt. udgifter til konsultationen/besøget og lægens kørsel.

Andre undersøgelser og procedurer foretaget under konsultationen eller besøget og udarbejdelsen af detaljerede lægeerklæringer, som faktureres særskilt, godtgøres i henhold til de gældende bestemmelser.

Det kan efter høring af den rådgivende læge besluttes ikke at godtgøre flere på hinanden følgende eller gentagne konsultationer, hvis de er ubegrundede, eller der ikke menes at være behov for dem.

2. Godtgørelsesbestemmelser

2.1. Lægekonsultationer og -besøg

- Honorarer for konsultation/besøg af en alment praktiserende læge godtgøres med 85 % med et loft på 35 EUR og 100 % ved alvorlig sygdom.
- Honorarer for konsultation/besøg af en specialist godtgøres med 85 % med et loft på 50 EUR og 100 % ved alvorlig sygdom.
- Honorarer for hastebesøg, besøg om natten, i weekenden og på fridage, som er fastlagt i henhold til lokale traditioner og gældende lovgivning, godtgøres med 85 % og 100 % ved alvorlig sygdom.
- En homøopatisk læges optagelse af en patients sygehistorie under første besøg, og som faktureres særskilt i forhold til besøget, godtgøres med 85 % med et loft på 35 EUR.
- Konsultation og rådgøring med lægen pr. telefon, brev eller e-mail godtgøres med 85 % med et loft på 10 EUR.

2.2. Ledende specialister

En ledende specialist er en internationalt anerkendt specialist inden for et bestemt lægefagligt område, som har ansvaret for et forskerhold, og som er forfatter til flere publikationer.

Forudsat at den rådgivende læge mener, at det er nødvendigt, godtgøres konsultation af ledende specialister med 85 % med et loft, der er tre gange så højt som loftet for konsultation af en specialist, og 100 % ved alvorlig sygdom.

Der kan højst godtgøres to konsultationer af ledende specialister for samme lidelse om året.

3. Ydelser, som ikke godtgøres

Følgende ydelser godtgøres ikke:

- konsultationer, der foregår på et internetsted
- gebyrer for aftaler, som sikrede udebliver fra
- forsendelsesomkostninger for lægeerklæringer, som faktureres særskilt
- konsultationer, undersøgelser og tekniske procedurer, som udføres af ikke-terapeutiske eller administrative årsager, f.eks.:
 - juridisk ekspertudtalelse
 - undersøgelse af forsikringshensyn
 - undersøgelse af arbejdsevne
 - flyvercertifikatundersøgelse
 - arbejdsmedicinske undersøgelser (undersøgelse forud for ansættelse og årlige lægeundersøgelser).

Kapitel 2 – Hospitalsindlæggelse og kirurgiske indgreb

1. Hospitalsindlæggelse

1.1. Definitioner

Som indlæggelse betragtes ophold på hospitaler og klinikker med følgende formål:

- behandling for medicinske lidelser eller kirurgiske indgreb samt fødsler, inkl. en dags indlæggelse
- revalidering eller genoptræning som følge af sygdom eller et kirurgisk indgreb med invaliderende virkning
- behandling af psykiatriske lidelser
- palliativ behandling.

Følgende betragtes ikke som indlæggelse og giver derfor ikke ret til godtgørelse:

- ophold på en institution, som ikke har en multidisciplinær, medicinsk-teknisk og logistisk infrastruktur
- ophold i en beskyttet bolig, lejlighed med overvågning eller beboelse med tilknyttet støttefunktioner uden en medicinsk og/eller paramedicinsk infrastruktur
- ophold på et hospital, en klinik eller en anden form for institution med henblik på at komme i fysisk form eller gennemgå en foryngelseskur.

1.2. Forhåndstilladelse

I følgende tilfælde kræves en forhåndstilladelse afgivet på grundlag af en lægeerklæring:

- ophold på over 6 måneder med henblik på behandling for en medicinsk lidelse eller et kirurgisk indgreb
- ophold med henblik på et plastikkirurgisk indgreb
- revaliderings- eller genoptræningsophold, som ikke følger efter en indlæggelse for en medicinsk lidelse eller et kirurgisk indgreb (f.eks. ortopædiske, neurologiske og reumatologiske indgreb), eller hvis de følger efter en indlæggelse, ved ophold på over 2 måneder
- ophold på over 12 måneder på et psykiatrisk hospital
- ophold på specialklinikker for forebyggende helbredsundersøgelser og diagnosticering (generelt check-up)

- udgifter til ledsager.

1.3. Godtgørelsesbestemmelser

Godtgørelsessatser

Indlæggelse med henblik på kirurgiske indgreb eller medicinsk behandling godtgøres med 85 %.

Godtgørelsessatsen er på 100 %:

- ved alvorlig sygdom
- ved ophold på mindst 3 på hinanden følgende dage i intensiv behandling, også selv om opholdet ikke direkte skyldes alvorlig sygdom, og i så fald for hele opholdet
- ved ophold på en palliativ hospitalsafdeling
- ved længerevarende indlæggelse for opholdsudgifterne ud over 30 sammenhængende dage og efter udtalelse fra den rådgivende læge.

Betingelser for godtgørelse

Der skal tilstilles afregningskontorets rådgivende læge en lægeerklæring om indlæggelsen, for at denne kan godtgøres.

- Opholdsudgifter

Opholdsudgifterne til kost og logi, service og skatter godtgøres på grundlag af de faktisk afholdte udgifter og i overensstemmelse med faktureringsreglerne i det land, hvor indlæggelsen har fundet sted. Hvis de er inkluderet i en fast indlæggelsespris pr. døgn, sker der en samlet godtgørelse.

Udgifterne til stue godtgøres højst med prisen for hospitalets billigste enestue.

Godtgørelsen af udgifterne begrænses til den indlæggelsesperiode, som er lægeligt nødvendig af hensyn til indgrebene eller behandlingen i det land, hvor indlæggelsen finder sted.

- Udgifter til diagnose og behandling

Ud over udgifterne til kirurgiske indgreb nævnt under punkt 2 godtgøres udgifterne til følgende ydelser ligeledes med 85 % eller 100 % ved alvorlig sygdom:

- udgifter til operationsstue, pålægning af gips og forbindelse og andre udgifter til behandling i forbindelse med kirurgiske indgreb
- honorarer til lægebesøg og -konsultationer
- laboratorieanalyser og -undersøgelser, røntgenundersøgelser

- medicin, udgifter til proteser, ortoser og andre ortopædiske instrumenter og apparater, dog forudsat at disse udgifter har en direkte forbindelse med det kirurgiske indgreb og/eller indlæggelsen
- diagnose- og behandlingsydelser.
- Udgifter til ledsager

Ved indlæggelse af en sikret på under 14 år eller en sikret, som på grund af lidelsen eller et andet lægeligt begrundet behov har brug for støtte fra et familiemedlem, kan udgifterne til det ledsagende familiemedlems ophold på stuen eller på hospitalet undtagelsesvist godtgøres med 85 % med et loft på 40 EUR, hvis det ordineres af den behandlende læge, og der er indhentet en forhåndstilladelse.

Opholdsudgifterne for et barn, der ammes og derfor bør følge sin mor på hospitalet, godtgøres ligeledes.

2. Kirurgiske indgreb

Udgifterne til kirurgiske indgreb godtgøres med 85 % eller 100 % ved alvorlig sygdom. Disse udgifter omfatter samtlige honorarer til kirurgen, dennes assistent(er) og narkoselægen.

Ved 85 % godtgørelse refunderes udgifterne for hvert enkelt indgreb indtil et bestemt loft, som fastsættes efter kategori:

Kategori	85 % godtgørelse Loft (EUR)
A1	535
A2	735
A3	1.350
B1	2.000
B2	2.600
C1	4.250
C2	5.350
D1	10.000
D2	Ikke relevant

I bilag I findes en liste over kirurgiske indgreb opdelt efter kategori.

Kirurgiske indgreb, som ikke findes på denne liste er at sammenligne med indgreb af tilsvarende omfang, og udgifterne godtgøres på dette grundlag efter høring af den rådgivende læge.

Ved **særligt vanskelige indgreb** kan der efter høring af den rådgivende læge eventuelt godtgøres et beløb svarende til udgiftsloftet for den umiddelbart højere kategori end den kategori, hvortil det pågældende indgreb hører.

Når der i henhold til de gældende faktureringsbestemmelser opkræves et supplerende honorar for **hasteindgreb**, godtgøres udgifterne hertil med 85 % og 100 % ved alvorlig sygdom, men den samlede godtgørelse af det kirurgiske indgreb må dog ikke overstige loftet for den kategori, der ligger umiddelbart over den kategori, hvortil det pågældende indgreb hører.

Forudsat der foreligger en forhåndstilladelse efter høring af den rådgivende læge, godtgøres **korrigerende og rekonstruerende plastikkirurgi**, især i forbindelse med alvorlig sygdom, misdannelse eller ulykke. Der finder ingen godtgørelse sted af plastikkirurgiske indgreb, som kun har æstetiske formål.

Kapitel 3 – Ydelser ved afhængighed af hjælp

Godtgørelse af ydelser til personer, der er afhængige af hjælp, dvs. ophold på institutioner og udgifter til sygeplejere, dog ikke med henblik på afgiftning, afhænger af, i hvilken grad den sikrede er afhængig af hjælp.

Graden af afhængighed af hjælp fastsættes efter nedenstående tabel på grundlag af det laveste antal point, som er opnået i et af de to vedlagte spørgeskemaer, som udfyldes af den behandlende læge:

Point	Grad af afhængighed
91-100	5
75-90	4
50-74	3
25-49	2
0-24	1

Udgifterne godtgøres i de tilfælde, hvor graden af afhængighed er lig med kategori 1-4 på skalaen (kategori 1 er lig med den højeste grad af afhængighed). Udgifterne godtgøres ikke for kategori 5.

1. Permanent eller længerevarende ophold på paramedicinske og andre institutioner

1.1. Definitioner

I henhold til dette kapitel godtgøres ophold på:

- a) hvile- eller behandlingshjem, som er godkendt af myndighederne, og som er lægeligt og/eller paramedicinsk indrettet til at tage sig af ældre og/eller handicappede
- b) psykiatrisk behandlingsinstitution, som er godkendt af myndighederne, og som er lægeligt og/eller paramedicinsk indrettet med henblik på længerevarende og permanente ophold
- c) revaliderings- eller genoptræningscenter i tilfælde, hvor en tidligere godtgørelsesanmodning i forbindelse med hospitalsindlæggelse er blevet afvist (jf. afsnit II, kapitel 2, punkt 1.2)
- d) psykiatrisk hospital med henblik på længerevarende permanent ophold på over 12 måneder, hvis en tidligere anmodning om godtgørelse af hospitalsindlæggelse er blevet afvist (jf. afsnit II, kapitel 2, punkt 1.2)
- e) dagcenter
- f) afgiftningscenter, som ikke er en del af et hospital.

1.2. Forhåndstilladelse

For at udgifterne til ophold og behandling på de institutioner, der er nævnt under punkt 1.1, kan godtgøres, skal der indhentes en forhåndstilladelse på grundlag af en lægeerklæring, som sendes til den rådgivende læge, jf. punkt 1.3 nedenfor.

Afslag på forhåndstilladelse ved hospitalsindlæggelse (jf. afsnit II, kapitel 2) har ingen indflydelse på, om der gives forhåndstilladelse i henhold til dette kapitel.

1.3. Godtgørelsesbestemmelser

Den del af udgifterne, som skal afholdes af den sikrede, kan ikke godtgøres i henhold til ordningens artikel 24 om særlig godtgørelse.

a) Hvile- og behandlingshjem

En anmodning om forhåndstilladelse skal vedlægges en lægeerklæring, der skal indeholde en begrundelse for opholdet og en oversigt over, hvilken form for behandling patienten har brug for, samt de 2 formularer i bilaget behørigt udfyldt af den behandlende læge.

Tilladelsen gives højst for 12 måneder, men den kan forlænges.

Alle udgifter til behandling og ophold godtgøres med 85 % eller 100 % ved alvorlig sygdom med et loft på 36 EUR om dagen for opholdsudgifterne.

Ved samlet fakturering, hvor det ikke er muligt at skelne udgifterne til behandling fra udgifterne til opholdet, foretages der en vægtning på grundlag af graden af afhængighed, jf. nedenstående tabel:

Grad af afhængighed	Udgifter til behandling	Udgifter til ophold
4	30 %	70 %
3	50 %	50 %
2	60 %	40 %
1	70 %	30 %

Også i disse tilfælde gælder der for udgifterne til opholdet et loft på 36 EUR om dagen.

b) Ophold og behandling på et psykiatrisk behandlingshjem godtgøres med 85 % og 100 % ved alvorlig sygdom efter de gældende regler for hvile- og behandlingshjem.

Tilladelsen kan forlænges efter en detaljeret erklæring fra den behandlende læge og for et tidsrum, som fastsættes af afregningskontoret.

c) Varigt ophold og behandling på et genoptrænings- og revalideringshjem og på et psykiatrisk hospital godtgøres med 85 % eller 100 % ved alvorlig sygdom efter de gældende regler for hvile- og behandlingshjem.

Ved samlet fakturering, hvor det ikke er muligt at skelne udgifterne til behandling fra udgifterne til opholdet, fordeles udgifterne efter afhængighedsgrad 1.

d) Ophold og behandling på et dagcenter godtgøres på følgende vilkår:

- Ved tilknytning som dagpatient til et hvile- og behandlingshjem for ældre eller ved tilknytning til et neurologisk eller psykiatrisk dagcenter godtgøres opholds- og behandlingsudgifterne på samme vilkår som ved varigt ophold på en institution under a), og der gælder et loft på 18 EUR om dagen for opholdsudgifter.
- Ved behandling på et medicinsk/pædagogisk center godtgøres udelukkende behandlingen efter de gældende regler.

e) Ophold og behandling på et afgiftningscenter, som ikke er en del af et hospital, eller lignende godtgøres udelukkende med 85 % med et loft på 36 EUR om dagen for opholdsudgifterne.

Ved samlet fakturering, hvor det ikke er muligt at skelne udgifterne til behandling fra udgifterne til opholdet, fordeles udgifterne efter afhængighedsgrad 1.

Der godtgøres kun for ophold på i alt 6 måneder over en 12-måneders periode.

2. Sygeplejer

2.1. Generelle bestemmelser

a) Definitioner

En sygeplejers ydelser består først og fremmest i omsorg og pleje hjemme hos den syge flere timer om dagen eller eventuelt hele dagen og/eller natten.

Punktuelle sygeplejeydelser (indsprøjtninger, forbindinger osv.) godtgøres på de vilkår, der er fastsat i afsnit II, kapitel 9.

En voksen, som sidder hjemme hos et sygt barn, fordi forældrene ikke kan være der, er ikke at betragte som en sygeplejers ydelser.

b) Krav

- Brugen af en sygeplejer forudsætter en forhåndstilladelse.

Anmodningen om en forhåndstilladelse skal vedlægges en lægeerklæring, hvoraf det skal fremgå, hvor længe der er brug for en sygeplejer, hvilken form for behandling der kræves og hvor ofte, samt de to vedlagte formularer udfyldt af den behandelende læge.

Tilladelsen gives, hvis afregningskontorets rådgivende læge på grundlag af den forsikredes grad af afhængighed vurderer, at der er et klart behov for ydelsen. Kun afhængighedsgrad 1, 2, 3 og 4 giver mulighed for godtgørelse af udgifterne til sygeplejer.

- En sygeplejer skal være officielt godkendt til at udføre dette erhverv.

I lande, hvor sygeplejerhvervet ikke er reguleret, og/eller det er umuligt at finde en officielt godkendt sygeplejer (f.eks. af Røde Kors), skal den behandlende læge i sin henvisning angive navnet på den person, der skal forestå ydelserne, og erklære, at vedkommende har de krævede kompetencer til at gøre dette.

Hvis sygeplejeren ikke er tilknyttet en officiel organisation (f.eks. Røde Kors) eller ikke er selvstændig med officiel godkendelse, skal afregningskontoret have forelagt et bevis for ansættelsesforholdet (behørigt udformet arbejdskontrakt og/eller særlig forsikringskontrakt om beskæftigelse af sygeplejer).

Socialbidrag forbundet med ansættelseskontrakten og/eller forsikringspræmien henregnes til udgifterne til sygeplejer og godtgøres dermed.

- Fakturaer skal udformes i henhold til lovgivningen i det land, hvor de udstedes.

Hvis de krævede dokumenter ikke fremlægges, kan der ikke gives nogen forhåndstilladelse, og de tilhørende ydelser godtgøres ikke.

2.2. Godtgørelse

Udgifterne til sygepleje godtgøres med 80 % og 100 % ved alvorlig sygdom med et loft (jf. nedenfor), uanset hvor mange personer der er inddraget i arbejdet.

Udgifter til sygeplejerens kørsel, indlogering og bospisning og øvrige udgifter godtgøres ikke.

Ikke-godtgjorte udgifter kan ikke godtgøres i henhold til sygeforsikringsordningens artikel 24 om særlig godtgørelse.

- **Midlertidig sygepleje**

Udgifter til sygepleje i hjemmet i en periode på højst 60 dage godtgøres med 80 % med et loft på 72 EUR om dagen eller 100 % ved alvorlig sygdom med et loft på 90 EUR.

- **Langvarig sygepleje**

Ved sygepleje i hjemmet ud over 60 dage godtgøres udgifterne med 80 % eller 100 % ved alvorlig sygdom efter de lofter, der er fastsat i nedenstående tabel, hvorfra trækkes 10 % af den tilsluttedes grundindtægt (løn, alderspension, invalidepension eller -ydelse, godtgørelse iht. artikel 2, stk. 4 og 5, i den fælles ordning).

Grad af afhængighed	Godtgørelsesloft
4 og 3	50 % af grundlønnen for en tjenestemand i lønklasse AST 2/1
2 og 1	100 % af grundlønnen for en tjenestemand i lønklasse AST 2/1

Tilladelsen gives højst for 12 måneder, men den kan forlænges.

- **Sygepleje i hospitalsmiljøet**

Udgifter hertil godtgøres ikke, undtagen hvis der er tale om offentlige institutioner, hvor infrastrukturen ikke er tilstrækkelig til at sikre den almindelige pleje. I disse tilfælde godtgøres udgifterne til sygeplejer efter henvisning fra den behandlende læge med 80 % med et loft på 60 EUR om dagen, forudsat at der foreligger en forhåndstilladelse, som er givet efter høring af den rådgivende læge. Ved alvorlig sygdom godtgøres disse udgifter med 100 % med et loft på 75 EUR om dagen.

Vedr.: Hr./Fr.

Personalnummer:

I. EVALUERING AF SELVHJULPENHED

KODE	BESKRIVELSE	POINT
ERNÆRING	- Uafhængig, i stand til at bruge bestik, spiser rimeligt hurtigt	10 <input type="checkbox"/>
	- Har brug for hjælp, f.eks. til at skære maden ud	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv spise	0 <input type="checkbox"/>
BAD	- Kan selv tage bad	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv tage bad	0 <input type="checkbox"/>
PERSONLIG HYGIEJNE	- Kan selv vaske sit ansigt, frisere sig, børste tænder, barbere sig (kan selv sætte barbermaskinestik i stikkontakt)	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv gøre disse ting	0 <input type="checkbox"/>
PÅKLÆDNING	- Uafhængig. Kan selv binde snørebånd, lukke spænder m.m. og tage seler på	10 <input type="checkbox"/>
	- Har brug for hjælp, men kan til dels selv gøre disse ting rimeligt hurtigt	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv gøre disse ting	0 <input type="checkbox"/>
TARMFUNKTION	- Ingen problemer. Kan om nødvendigt selv anvende klyster/stikpiller.	10 <input type="checkbox"/>
	- Lejlighedsvis problemer. Har brug for hjælp til at anvende klyster eller stikpiller	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv anvende klyster/stikpiller	0 <input type="checkbox"/>
BLÆREFUNKTION	- Ingen problemer. Kan eventuelt selv anvende udstyr til opsamling af urin	10 <input type="checkbox"/>
	- Lejlighedsvis problemer og har brug for hjælp til at anvende udstyr til opsamling af urin	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv anvende sådant udstyr	0 <input type="checkbox"/>
BRUG AF WC	- Kan selv gå på wc eller bruge bækken. Kan selv holde sit tøj, tørre sig, skylle efter og gøre bækkenet rent	10 <input type="checkbox"/>
	- Har brug for nogen at støtte sig til, til at holde sit tøj og wc-papir	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv gøre disse ting	0 <input type="checkbox"/>
BRUG AF SENG, KØRESTOL OG STOL	- Uafhængig, kan bl.a. selv blokere kørestol og slå fodstøtter ned	15 <input type="checkbox"/>
	- Har brug for lidt hjælp eller blot tilsyn	10 <input type="checkbox"/>
	- Kan selv sætte sig, men har brug for maksimal hjælp for at flytte sig	5 <input type="checkbox"/>
	- Helt afhængig	0 <input type="checkbox"/>
GANG	- Uafhængig ved afstand på 50 m. Kan bruge stok, men bruger ikke rollator o.lign.	15 <input type="checkbox"/>
	- Kan gå 50 m med hjælp	10 <input type="checkbox"/>
	- Uafhængig med kørestol ved afstand på 50 m, hvor vedkommende ikke selv kan gå	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv gå	0 <input type="checkbox"/>
BRUG AF TRAPPER	- Uafhængig. Kan bruge stok	10 <input type="checkbox"/>
	- Har brug for hjælp eller blot tilsyn	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan ikke selv gå op ad trapper	0 <input type="checkbox"/>
SAMLET ANTAL POINT		../100

Lægen skal sætte kryds ud for hvert af disse punkter.

*Udfyld venligst også bagsiden***DA****DA**

II. EVALUERING VEDRØRENDE RUM OG TID

KODE	EVALUERING AF KONSTATEREDE PROBLEMER	POINT	
1. PROBLEMER MED AT UDTRYKKE SIG Problemer med at gøre sig forståelig med tale og/eller tegn	- hele tiden	0 <input type="checkbox"/>	
	- af og til, sjældent	5 <input type="checkbox"/>	
	- aldrig	10 <input type="checkbox"/>	
2. TALEFORSTYRRELSE Råber uden grund og/eller forstyrrer andre ved at råbe og/eller skringe	- hele tiden	0 <input type="checkbox"/>	
	- af og til, sjældent	5 <input type="checkbox"/>	
	- aldrig	10 <input type="checkbox"/>	
3. UPASSENDE ADFÆRD Opfører sig upassende ved bordet i forbindelse med måltider, klæder sig af utidigt, urinerer andre steder end på wc, spytter m.m.	- hele tiden	0 <input type="checkbox"/>	
	- af og til, sjældent	5 <input type="checkbox"/>	
	- aldrig	10 <input type="checkbox"/>	
4. TIDSMÆSSIG ORIENTERING	- helt desorienteret	0 <input type="checkbox"/>	
	- af og til	5 <input type="checkbox"/>	
	- ingen problemer	10 <input type="checkbox"/>	
5. FORSTYRRET ADFÆRD Relationelle og adfærdsmæssige problemer og/eller selvdestruktiv adfærd og eller urolig psykomotorisk adfærd (flakken omkring, forsvinden m.m.)	- hele tiden	0 <input type="checkbox"/>	
	- af og til, sjældent	5 <input type="checkbox"/>	
	- aldrig	10 <input type="checkbox"/>	
6. NATLIG ADFÆRD Flakker om, forstyrrer andre, kan ikke skelne mellem dag og nat	- hele tiden	0 <input type="checkbox"/>	
	- af og til, sjældent	5 <input type="checkbox"/>	
	- aldrig	10 <input type="checkbox"/>	
7. ORIENTERING I OMGIVELSERNE	- helt desorienteret	0 <input type="checkbox"/>	
	- af og til	5 <input type="checkbox"/>	
	- ingen problemer	10 <input type="checkbox"/>	
8. DESTRUKTIV ADFÆRD Ødelægger materiel og genstande: tøj, møbler, aviser m.m. og/eller aggressiv over for andre	- hele tiden	0 <input type="checkbox"/>	
	- af og til, sjældent	5 <input type="checkbox"/>	
	- aldrig	10 <input type="checkbox"/>	
9. HUKOMMELSESTAB	a) - nyligt:	JA NEJ	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - langvarigt:	JA NEJ	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
10. GENKENDELSE AF NÆRMESTE FAMILIE M.M. Genkender ikke ...	a) - nærmeste familie (børn, ægtefælle):	JA NEJ	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - venner, bekendte og andre:	JA NEJ	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
SAMLET ANTAL POINT		.../100	

Lægen skal sætte kryds ud for hvert af disse punkter.

.....
Dato

.....
Lægens underskrift og stempel

DA

DA

Kapitel 4 - Farmaceutiske produkter

1. Definition

I denne ordning forstås ved et farmaceutisk produkt:

- en specialitet, der er registreret som lægemiddel og godkendt til at blive markedsført
- et magistrelt præparat fremstillet under apotekerens ansvar, og hvis sammensætning fremgår af recepten eller apotekerens regning, og hvis bestanddele bevisligt er effektive og sikre
- et homøopatisk præparat eller en fytoterapeutisk specialitet eller en grundtinktur, hvis effektivitet og sikkerhed er videnskabeligt bevist.

2. Betingelser for godtgørelse

Det farmaceutiske produkt skal være ordineret af lægen ud fra en anerkendt lægelig indikation og med en dosering, som stemmer overens med sædvanlige terapeutiske retningslinjer. Det udleveres af en farmaceut, en læge eller et hvert andet anerkendt organ eller system, som har autorisation til at udlevere lægemidler.

Hvis en person med en anden uddannelse end læge (f.eks. tandlæge, jordemoder, sygeplejerske, Heilpraktiker osv.) ifølge den nationale lovgivning har beføjelse til at ordinere farmaceutiske produkter, kan disse ligeledes godtgøres på de i ordningen fastsatte betingelser i de lande, hvor denne praksis er officielt anerkendt og omfattet af loven.

Sammensætningen af et magistrelt præparat skal være angivet på recepten eller på apotekets regning og vedlægges anmodningen om godtgørelse.

Hvis der anmodes om godtgørelse af produkter med doser, som væsentligt overstiger de sædvanlige terapeutiske retningslinjer, vil den del af produktet, som anses for at være ubegrundet, ikke blive godtgjort efter høring af den rådgivende læge.

3. Godtgørelsesbestemmelser

Farmaceutiske produkter godtgøres med 85 % eller 100 %, når de ordineres i forbindelse med alvorlig sygdom.

I følgende tilfælde gælder andre godtgørelsesbestemmelser:

- narkotika i forbindelse med afvænnning eller ved substitutionsbehandling af stofmisbrugere godtgøres med 100 % i højst 6 måneder – jf. punkt 4.1

- diætetiske produkter, jf. punkt 4.3 b), hvor 40 % af udgifterne godtgøres med 85 % eller 100 %, hvilket i gennemsnit svarer til prisforskellen mellem disse produkter og klassiske produkter
- farmaceutiske produkter, der anvendes ved tobaksafvænnning, hvor godtgørelsen er begrænset til 200 EUR for samtlige behandlinger, som den sikrede måtte følge i et helt livsforløb.

4. Produkter, der godtgøres efter forhåndstilladelse

4.1. Følgende produkter kræver en forhåndstilladelse udarbejdet på grundlag af en lægeerklæring:

- slankeprodukter
- hormonbehandling mod aldring, som ikke er begrundet i en objektiv hormonmangel
- væksthormoner
- produkter anvendt i symptomatisk behandling af mandens rejsningsproblemer, når impotensen skyldes en alvorlig sygdom, en ulykke eller en prostataoperation. Til denne kategori lægemiddel kan der over en 12-måneders periode højst godtgøres 400 EUR
- narkotika anvendt ved afvænnning eller substitutionsbehandling af stofmisbrugere. For disse produkter gælder en særlig 100 %-godtgørelse i en periode på højst 6 måneder.

4.2. Hvis præparater, der er godkendt til at blive markedsført som farmaceutiske produkter, anvendes til andre formål end den anerkendte lægelige indikation, nemlig til samme formål som produkterne under punkt 4.1, kræves der en forhåndstilladelse, hvortil der skal indgives en lægeerklæring.

Denne bestemmelse gælder også for produkter til behandling for hårtab.

4.3. For visse diætetiske produkter og hygiejneprodukter kræves der, hvis de betragtes som livsnødvendige, en forhåndstilladelse, hvortil der skal indgives en lægeerklæring.

Disse produkter godtgøres, selv om de ikke er købt på et apotek, hos en læge eller i et andet organ eller system, som er godkendt til at udlevere lægemidler.

Det drejer sig om:

- a) specialprodukter beregnet til enteral eller parenteral ernæring, som godtgøres med 85 % eller 100 % ved alvorlig sygdom
- b) - flydende ernæring med højt kalorie- eller proteinindhold, som ordineres i forbindelse med strålebehandling, kemoterapi eller store kirurgiske indgreb
 - specialmælk bestående af højt hydrolyserede semielementære præparater ordineret ved længerevarende diarree på grund af alvorlig allergi over for komælk eller soja eller ved anafylaktisk chok, dårlig tarmabsorption eller tarmbetændelse
 - specialernæring, der anvendes ved stofskiftesygdomme.

Godtgørelsen af disse 3 kategorier af produkter beregnes på grundlag af 40 % af de afholdte udgifter svarende til den gennemsnitlige prisforskel mellem disse produkter og klassiske produkter.

- c) desinfektions- eller hygiejneprodukter, som er nødvendige til behandlingen af visse alvorlige sygdomme som f.eks. nosokomielle sygdomme.

5. Produkter, som ikke godtgøres

Følgende er udelukket fra godtgørelse:

- 5.1. produkter, der har et kosmetisk, hygiejnisk, æstetisk eller diætetisk formål eller tjener til at øge den personlige komfort, ekskl. de under punkt 4 nævnte situationer
- 5.2. styrkende vine og likører, organoterapeutiske produkter, sporstoffer med katalytisk virkning, der er godkendt til at blive markedsført som farmaceutiske produkter, men for hvilke det ikke er bevist, at de er effektive og/eller sikre.

6. Information til de tilsluttede

To lister over de vigtigste farmaceutiske produkter, hvoraf den ene indeholder produkter, der godtgøres, og den anden produkter, der ikke godtgøres, holdes løbende ajour og meddeles de tilsluttede.

Produkter, som ikke er opført på nogen af listerne, kan godtgøres efter høring af den rådgivende læge.

Kapitel 5 – Tandpleje, -behandling og -proteser

1. Forebyggende pleje og behandling

Udgifter til forebyggende behandling for mundhule- og tandproblemer, røntgenundersøgelser, pleje og kirurgisk behandling godtgøres med 80 % med et loft på 750 EUR pr. kalenderår pr. sikret, forudsat at behandlingen foretages af personale, som er autoriseret hertil af de nationale myndigheder.

I forbindelse med alvorlige sygdomme som kræft, insulinafhængig diabetes, valvulopati (konsekvens af tandinfektioner), som påvirker mundhulen, godtgøres udgifterne med 100 %, forudsat at den rådgivende læge og den rådgivende tandlæge i fællesskab har afgivet en positiv udtalelse; der er dog et loft på 1 500 EUR. Dette loft gælder ligeledes ved problemer i behandlingen af hyperaktive børn og gravide.

Beløbet dækker følgende ydelser:

- konsultation
- røntgenoptagelse af en enkelt tand
- panoramarøntgenoptagelse og teleradiografi foretaget i tandlægeklinikken*
- fluorbehandling
- forsegling af huller og revner
- tandrensning
- tandfyldninger**
- rekonstruktion, opbygning (med skruer eller stifter), indlæg og facader i kunststof
- rodbehandling og rodfyldning
- normal tandudtrækning, incision af en byld, fjernelse af splinter
- kirurgisk tandudtrækning, retineret tand, apikal amputation, rodamputation, frenulumplastik***
- lokal eller regional anæstesi.

Ydelser, som ikke er opført på denne liste, godtgøres efter udtalelse fra den rådgivende tandlæge med 80 % eller 100 % ved alvorlig sygdom, dog begrænset af det årlige loft.

(*) Samme undersøgelser samt maxillofacial scanning foretaget på hospital godtgøres med 85 %.

(**) Udgifterne til systematisk udskiftning af alle amalgamfyldninger godtgøres ikke, medmindre de er beskadiget eller er en kilde til tilbagevendende problemer.

(***) Udtrækning af en retineret visdomstand på hospital under generel eller lokal anæstesi godtgøres inden for de grænser og på de betingelser, der er fastsat for kirurgiske indgreb under gruppe A2. I tilfælde af yderligere udtrækning under samme behandling er godtgørelsen pr. tand begrænset til halvdelen af maksimumsbeløbet for gruppe A2 for kirurgiske indgreb.

2. Parodontalbehandling

Udgifterne til parodontalbehandling, som afregningskontoret efter forelæggelse af et detaljeret overslag har forhåndsgodkendt efter høring af den rådgivende tandlæge, godtgøres med 80 % med et loft på 350 EUR pr. seks tænder eller 2 100 EUR for hele munden over en 10-års periode.

Der kan på de samme betingelser godkendes en anden godtgørelse seks år efter afslutningen af tiårs perioden.

Røntgenudgifterne godtgøres særskilt, jf. punkt 1 ovenfor.

3. Tandregulering

Udgifterne til tandregulering (dento-facial ortopædi) godtgøres med 80 % med et loft på 3 300 EUR for hele behandlingen (inkl. cephalometrisk analyse, tandmodeller, billeder, udgifter til bøjle), forudsat at behandlingen er forhåndsgodkendt af afregningskontoret, hvortil der skal indsendes et overslag og indhentes en udtalelse fra den rådgivende tandlæge. Røntgenudgifterne godtgøres særskilt, jf. punkt 1 ovenfor.

Tandregulering bør startes før den sikredes 18. år undtagen ved alvorlig sygdom i mundhulen, maxillofacial kirurgi, maxillofacial traume og alvorlige temporomandibulære ledproblemer, som er påvist ved røntgen og klinisk.

Godtgørelse af et andet behandlingsforløb kan bevilges på samme vilkår som ovenfor i følgende tilfælde:

- den sikrede flytter til et andet bopælsland og derfor er nødt til at skifte til en anden tandlæge, og denne ikke er i stand til at fortsætte behandlingen efter den samme terapeutiske metode. Bevillingen finder kun sted, hvis flytningen til et andet bopælsland dokumenteres, og den nye behandling umiddelbart følger efter den foregående
- den behandlende tandlæge dør eller lukker sin klinik
- manglende tandanlæg af mindst 5 tænder (ekskl. visdomstænder) i over- eller undermund
- omfattende maxillofacial kirurgi med osteosyntese (traumer eller tumorer)
- alvorlige temporomandibulære ledproblemer.

4. Bidfunktion

Udgifterne til behandling for bidproblemer godtgøres med 80 % med et loft på 450 EUR for hele behandlingen, forudsat at den er forhåndsgodkendt af afregningskontoret, og at der til det formål er indsendt et overslag, og der er indhentet en udtalelse fra den rådgivende tandlæge.

En sådan behandling, som kun kan godtgøres en gang, omfatter:

- indledende undersøgelse, ekskl. røntgenbilleder, som godtgøres i henhold til punkt 1 ovenfor
- bidskinne
- konsultation med henblik på kontrol af skinnen
- konsultation med henblik på tilpasning af balancen i sammenbidet.

5. Tandproteser

Udgifter til tandproteser, godtgøres med 80 %, dog højst med nedenstående maksimumsbeløb, forudsat at der er indhentet en forhåndsgodkendelse, og at der til det formål er indsendt et overslag, og at den rådgivende tandlæge er hørt. I hastende tilfælde, hvor det ikke er muligt at indsende et overslag, godtgøres kun udgifterne til en foreløbig protese.

Ydelse	Loft (EUR)
1. a) Faste proteser	
Guldindlæg eller keramisk indlæg, støbt opbygning	250
Støbt krone, teleskopkrone, krone eller element i metalkeramik, keramikfacade	250
Forankring (Dolder Barre: pr. støtte)	250
Midlertidig krone eller pontics*	30
b) Reparation af faste proteser	
Udtagning eller genindsætning af faste elementer (pr. element)	50
Reparation af kroner eller broelementer (ekskl. midlertidige kroner og elementer) pr. element.	90
2. a) Løse proteser	
Basisplade af kunststof, bidskinne (ekskl. blegningsskinne)	200
Tand eller bøjle på kunststofbasis	50
Fuld protese i over- eller undermund	800
Foreløbig basisplade af kunststof	90
Foreløbig tand eller bøjle på kunststofbasis	30
Støbt metalplade (med bøjler)	400
Tand på støbt metalplade (højst 10)	100
b) Reparation af løse proteser	
Reparation af kunststofbasis, tilføjelse (udskiftning) af en tand eller bøjle på kunststof- eller metalbasis*	60
Rebasering (delvis eller fuldstændig / kunststof- eller metalplade)	150

(*) Ved midlertidige kroner og reparationer på metalbasis (krom – kobolt) fordobles maksimumsbeløbene for godtgørelse.

Der kan først efter 6 år gives tilladelse til en fornyelse af løse eller faste proteser, som allerede er blevet godtgjort af sygeforsikringsordningen. Godtgørelsen finder sted på de oven for fastsatte betingelser.

Ved traumer eller alvorlig sygdom (f.eks. kræft i kæben), som påvirker mundhulen, og som gør det umuligt at bære den nuværende protese, kan fristen for en fornyelse undtagelsesvist afkortes, forudsat at den rådgivende tandlæge høres, og der indgives en detaljeret lægeerklæring og et overslag.

6. Implantater

- 6.1. Behandlingen i forbindelse med indoperationen af implantater kræver en forhåndstilladelse fra afregningskontoret, hvortil der skal fremlægges et prisoverslag og en udtalelse fra den rådgivende tandlæge.
- 6.2. Der kan kun godtgøres 4 implantater pr. kæbe, dvs. i alt højst 8 implantater pr. sikret i et helt livsforløb.
- 6.3. Ydelserne i forbindelse med indoperationen af et implantat godtgøres med 80 % med et loft på 550 EUR pr. implantat. Udgifterne til indoperationen af implantater omfatter:
 - forundersøgelse med undtagelse af røntgenoptagelser, som godtgøres særskilt
 - transplantation af kunstig knogle
 - det indopererede materiale: implantat, abutment, membran og sterilt engangsmateriale
 - lokalbedøvelse lagt af tandlægen
 - det kirurgiske indgreb i forbindelse med implantatets placering i knoglen
 - undersøgelse og blottlægning af implantatets hoved, som finder sted nogle måneder efter dets indoperation i knoglen.
- 6.4. Hvis implantatet indopereres på hospitalet, hvilket også kræver en forhåndstilladelse, godtgøres opholdsudgifter, generel anæstesi og andre tilhørende udgifter på de vilkår, der gælder for den pågældende ydelse, med undtagelse af lægens honorar og de ydelser, der er nævnt i punkt 6.3 ovenfor.
- 6.5. Forudsat at der foreligger en forhåndstilladelse godtgøres udgifterne til autogen knogletransplantation, som skal udføres af en maxillofacial kirurg, med 85 % med det samme loft, som gælder for kirurgiske indgreb i gruppe B1. Opholdsudgifter og de andre tilhørende udgifter godtgøres på de betingelser, der gælder for de enkelte ydelser.

7. Alvorlig sygdom

Ved alvorlig sygdom, som påvirker mundhulen, godtgøres behandlingsudgifterne, jf. punkt 2-6, forudsat at der er indhentet en fælles udtalelse fra den rådgivende læge og den rådgivende tandlæge, med 100 % med en øvre grænse svarende til to gange loftet for de enkelte ydelser.

8. Særlige bestemmelser

I de tilfælde, hvor der kræves en forhåndstilladelse, skal den fælles sygeforsikringsordnings officielle overslagsblanketter anvendes, medmindre der er tale om hastende tilfælde eller force majeure. Medmindre det ikke er muligt i henhold til den nationale lovgivning, skal fakturaer være opstillet efter samme model som overslag. På fakturaerne og i overslagene skal beløbene opføres særskilt for de enkelte ydelser, og nummeret på de tænder, der er behandlet, skal angives.

Overslagene vedrørende tandregulering, parodontalbehandling, faste proteser og implantater skal vedlægges røntgenbilleder og/eller modeller. Den rådgivende tandlæge kan, hvis det vurderes at være nødvendigt, foretage eller få foretaget en fysisk undersøgelse af patienten.

Behandling, der er givet et overslag for, skal indledes mindst tolv måneder efter, at der er givet en tilladelse. Denne frist kan undtagelsesvist forlænges efter høring af den rådgivende tandlæge.

Udgifter til behandling med æstetisk formål (f.eks. tandblegning, systematisk udskiftning af sølvamalgamfyldninger, facader på intakte fortænder, tandudsmykning osv.) godtgøres ikke.

Kapitel 6 – Billeddiagnostik, analyser, laboratorieundersøgelser og andre diagnosemetoder

1. **Generelle bestemmelser**

Udgifterne hertil godtgøres med 85 % eller 100 % ved alvorlig sygdom.

2. **Analyser og undersøgelser, som kræver en forhåndstilladelse**

I følgende tilfælde kræves en forhåndstilladelse:

- Analyser i forbindelse med:
 - antiældningsbehandling
 - multipel hormonbehandling
 - fødevareallergi og -intolerance
 - genetiske undersøgelser, ekskl. undersøgelse for en helt præcis lidelse.
- Nye teknikker inden for undersøgelser, analyser og billeddiagnostik, hvortil udgifterne ikke godtgøres i mindst en af Den Europæiske Unions medlemslande.

3. **Analyser udelukket fra godtgørelse**

Følgende ydelser godtgøres ikke:

- Analyser af:
 - målinger af oxidativ stress
 - mikroernæring
 - flokkulationstest.
- Udgifter til analyser og undersøgelser, som efter høring af den rådgivende læge ikke anses for at være formålstjenlige og/eller nødvendige.
Analyser og undersøgelser anses for ikke at være formålstjenlige, hvis der ikke er videnskabeligt belæg for deres effektivitet og sikkerhed.

4. **Information til de tilsluttede**

Der føres to lister over de vigtigste analyser, analysekategorier og undersøgelser, hvoraf den ene indeholder ydelser, der godtgøres, og den anden ydelser, der ikke godtgøres. Listerne holdes løbende ajour og meddeles de tilsluttede.

Analyser og undersøgelser, som ikke er opført på nogen af listerne, kan godtgøres efter høring af den rådgivende læge.

Kapitel 7 – Graviditet, fødsel og barnløshed

1. Godtgørelsesberettigede ydelser i forbindelse med graviditet

1.1. Definitioner og generelle bemærkninger

Graviditeten er den periode, der ligger mellem befrugtning og fødsel.

Konsultationer, fysioterapeutbehandlinger (før og efter fødslen) samt alle andre undersøgelser og ydelser, som har forbindelse med graviditeten, og som udføres af læger, jordmødre, fysioterapeuter og/eller andet sundhedspersonale godtgøres i overensstemmelse med de gældende bestemmelser for de enkelte ydelser.

Honorarer for, at sundhedspersonalet står til rådighed (telefon eller andet) under graviditeten, godtgøres ikke.

1.2. Særlige bestemmelser

Analyser og lægemidler, som ordineres af en jordemoder, godtgøres i de lande, hvor sådanne handlinger er officielt anerkendte og omfattet af lovgivningen.

En jordemoders tilsyn godtgøres uden lægehenvielse.

Fysioterapeutbehandlinger før og efter fødsel, som er ordineret af en læge, medregnes ikke i det maksimale antal behandlinger, som er fastsat i afsnit II, kapitel 8 i nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser. De godtgøres dog efter samme betingelser.

Fødselsforberedelse i grupper, som forestås af en fysioterapeut eller en jordemoder, og som er lægeordineret, godtgøres med 80 % med et loft på 15 EUR pr. møde.

Udgifter til haptonomie-seancer og svømning for gravide godtgøres ikke.

2. Fødselsrelaterede ydelser og godtgørelser

2.1. Definition

Som fødsel betragtes enhver nedkomst efter den 22. graviditetsuge.

2.2. Fødsel på hospital

Følgende godtgøres med 100 %:

- honorarer til læger, der bistår ved en normal fødsel, vanskelig fødsel, tvillingefødsel eller kejsersnit
- honorarer til jordemoder og narkoselæge, udgifter til fødestue, udgifter til en fysioterapeuts bistand under fødslen samt andre udgifter til ydelser direkte forbundet med fødslen

- opholds- og behandlingsudgifter for moder og barn på hospital i maksimalt 10 dage eller under hele hospitalsindlæggelsen ved komplikationer i direkte forbindelse med fødslen
- opholds- og plejeudgifter til barn på neonatal afdeling.

Udgifterne til stue godtgøres højst med prisen for hospitalets billigste enestue.

Hvis der i standardprisen for en dags indlæggelse på et hospital ud over opholdsudgifterne også medregnes alle eller en del af udgifterne til fødsel, bistand, undersøgelser og andre diverse udgifter til fødslen, er den samlede godtgørelse på 100 %.

Vurderingen af, om udgifterne er urimeligt store, jf. artikel 20, stk. 2, i den fælles ordning, sker i forhold til de gældende faktureringspriser i det land, hvor fødslen har fundet sted, efter høring af den rådgivende læge.

2.3. Hjemmefødsel

Ved hjemmefødsel godtgøres følgende med 100 % i maksimalt 10 dage:

- honorarer til læge og/eller jordemoder i forlængelse af fødslen
- udgifter til sygeplejerske og andet sundhedspersonale
- alle lægeudgifter direkte forbundet med fødslen.

Ved lægelige komplikationer kan godtgørelsesperioden forlænges efter høring af den rådgivende læge. Hvis komplikationerne medfører, at moderen og/eller barnet skal indlægges, godtgøres udgifter til ophold og pleje med 100 %.

Når en række lægelige og andre ydelser leveres af en tjeneste, som omfatter flere forskellige tjenesteydere, f.eks. plejepersonale, dækker godtgørelsen alle ydelser uden nogen form for skelnen.

Udgifter til hushjælp godtgøres ikke.

2.4. Fødsel på en fødeklinik eller på et godkendt center uden for hospitalsmiljøet

Ved fødsel på en fødeklinik eller et center uden for hospitalsmiljøet, som er godkendt af sundhedsmyndighederne,

- godtgøres fødselshonorarerne på samme vilkår som ved hjemmefødsler
- godtgøres de ekstra udgifter til tilsyn og ophold i højst et døgn efter fødslen.

Udgifter til ydelser i forlængelse af fødslen, som udføres i hjemmet af sygeplejersker og andet plejepersonale godtgøres med 100 % i maksimalt ti dage, inkl. opholdet uden for hjemmet.

Ved komplikationer for moderen og/eller barnet i direkte forbindelse med fødslen forlænges betalingstilsagnet efter høring af den rådgivende læge. Hvis komplikationerne medfører indlæggelse, godtgøres opholds- og plejeudgifterne med 100 %.

Afgørelsen af, om udgifterne til ophold på en fødeklinik eller et center uden for hospitalsmiljøet er urimeligt store, jf. artikel 20, stk. 2, i sygeforsikringsordningen, vurderes i forhold til opholdsudgifterne i forbindelse med hospitalsindlæggelse i det land, hvor fødslen har fundet sted.

3. Ydelser og godtgørelse ved behandling for barnløshed

3.1. Udgifter til reagensglasbefrugtning på grund af sterilitet, der skyldes et patologisk problem hos den tilsluttede, dennes ægtefælle eller partner, godtgøres på følgende vilkår og på betingelse af en forhåndstilladelse:

- der tillades højst 5 forsøg pr. barn
- behandlingen godtgøres, forudsat den indledes, før moderen er fyldt 45 år.

Denne godtgørelse finder først sted, når godtgørelsesmulighederne er udtømt i ægtefælles eller den anerkendte partners primære sygeforsikringsordning.

Følgende godtgøres med 85 %:

- udgifter til udtagelse af oocytter og spermatoocytter, befrugtning og dyrkning med et loft svarende til kategori B1 for kirurgiske indgreb
- udgifter til stimulering, undersøgelser, analyser, laboratorieopgaver og opbevaring (af oocytter og spermatoocytter).

Eventuelle udgifter til genetisk undersøgelse af embryoet, før det sættes op, godtgøres på betingelse af en forhåndstilladelse ved genetisk betingede sygdomme eller anomalier hos slægtninge (førstegrads- eller andengrads slægtninge).

Eventuelle udgifter til ægdonation (udgifter til stimulation og udtagning af æg på donoren, ekskl. alle andre udgifter) godtgøres på betingelse af, at der foreligger en forhåndstilladelse, og at moderens sterilitet skyldes et patologisk forhold som f.eks. kemoterapi, strålebehandling eller bilateral ovariektomi, ekskl. frivillig sterilisation, medmindre den skyldes et erkendt patologisk problem.

3.2. Hvad specielt den mandlige barnløshed angår, godtgøres udgifterne på nedenstående betingelser med 85 %, forudsat at den ikke skyldes, at manden på et tidligere tidspunkt har ladet sig sterilisere frivilligt:

a) kirurgiske indgreb godtgøres op til loftet for den kategori, som indgrebet hører under:

- | | |
|---------------------------------------|-------------|
| • vasovasostomi: | kategori B1 |
| • anastomose epididymo-deferentialis: | kategori B1 |
| • rekanalisering af sædlederne: | kategori B1 |
| • behandling for varicocele: | kategori A2 |

b) kunstig insemination med sperm fra patienten eller en donor

c) reagensglasbefrugtning, inkl. mikroinsemination (ICSI - Intra Cytoplasmic Sperm Injection), på de i stk. 3.1 fastsatte betingelser

d) udtagelse af spermatoocytter (fra ductus deferens, ductus epididymidis eller testikel) og forberedelse heraf til ICSI, hvor loftet svarer til kirurgiske indgreb i kategori A2.

NB : Forbedringer af sædkvaliteten omtales i kapitlet om lægemidler, og penisimplantater omtales i kapitlet om proteser.

Kapitel 8 – Diverse behandlinger

1. Generelle bestemmelser

1.1. Udgifter til de behandlinger, der er opført under punkt 2 nedenfor, og som er ordineret af en læge, eller ved psykoterapi og lignende ordineret af en psykiater, en neuropsykiater eller en neurolog, godtgøres med 80 % af de godtgørelsesberettigede maksimumsbeløb, der er fastsat for ydelsen, eller ved alvorlig sygdom med 100 % af det dobbelte af det fastsatte maksimumsbeløb.

1.2. For hver type behandling angives, hvor mange behandlinger der højst kan godtgøres i et kalenderår. Medmindre andet er angivet, kan et højere antal behandlinger godtgøres, hvis der indhentes en forhåndstilladelse, i forbindelse med dokumenteret alvorlig sygdom, postoperativ eller posttraumatisk revalidering eller problemer med nedsat mobilitet.

1.3. Lægehenvisningerne skal foreligge, inden behandlingen indledes, og må ikke være mere end seks måneder gammel ved den første behandling. De skal som et minimum indeholde følgende oplysninger:

- patientens navn
- begrundelse for behandling
- type behandling og antal behandlinger.

Alt afhængig af behandlingen kan der kræves andre oplysninger, jf. betingelserne i punkt 2.

1.4. Behandlingen skal svare til behandlingen, som er angivet på lægehenvisningen, og den skal udføres af fagligt kvalificeret personale med den fornødne lovpligtige autorisation.

1.5. Fakturaerne skal udarbejdes af behandlerne selv, dog ikke ved behandling på et hospital, et revalideringscenter og en kurbadeanstalt, hvis kuren er godkendt på forhånd.

Fakturaer fra f.eks. skønhedssaloner, fitnesscentre, hoteller, centre for thalassoterapi og balneoterapi godtgøres ikke.

1.6. Følgende ydelser godtgøres ikke: skønhedsbehandling, abonnementer fra svømmehal, indskrivningsgebyrer i sports- og fitnesscentre.

1.7. Behandlinger, som ikke er opført under punkt 2, skal godkendes på forhånd.

2. Særlige bestemmelser

LH: Lægehenvisning krævet

FT: Forhåndstilladelse krævet

A. Behandling, som kræver en lægehenviisning

	Behandling / ydelse	LH	FT	Maks. antal behandlinger om året / (12 mdr.)	80 % loft (EUR)	Bemærkninger
A 1	Aerosolterapi	x		30	--	
A 2	Konsultation hos ernæringseksper	x		10	25	
A 3	Kinesiterapi, fysioterapi og lignende²	x		60	25	
A4	Behandling hos autoriseret fodterapeut	x		12	25	

² F.eks. lægeordineret massage, sygegymnastik, bevægelsesterapi, genoptræning, mekanoterapi, strækning, mudderbade (fango), vandmassage, hydroterapi, elektroterapi, diadynamisk strøm, mikrobølgeterapi, ionisering, kortbølgeterapi, særlige former for elektroterapi, infrarød bestråling, ultralydsbehandling osv.

B. Behandling, som skal udføres af en læge eller på hospitalet

	Behandling / ydelse	LH	FT	Maks. antal behandlinger om året / (12 mdr.)	80 % loft (EUR)	Bemærkninger
B 1	Akupunktur	x		30	25	Udført af en behandler med lovpligtig autorisation
B 2	Mesodermal injektionsterapi	x	x	30	45	- Udført af en læge eller på et hospital (lægens honorar inkluderet i loftet på 45 EUR pr. behandling) - Et højere antal behandlinger/år kan ikke bevilges
B 3	Behandling med ultraviolette stråler	x	x		35	

DA**DA**

C. Behandling, som kræver en lægehenviisning og i visse tilfælde en forhåndstilladelse

	Behandling / ydelse	LH	FT	Maks. antal behandlinger om året / (12 mdr.)	80 % loft (EUR)	Bemærkninger
C 1	Fuld psykologisk undersøgelse / vurdering foretaget af én behandler	x			150	
C 2	Kiropraktisk / osteopatisk behandling	x		24	40	Bevilling af et højere antal behandlinger/år kræver en forhåndstilladelse. Kraniosakral terapi, energiterapi, organmassage og mikro-osteopati godtgøres ikke.
	<ul style="list-style-type: none"> • Personer på 12 år eller derover • Børn under 12 år 	x	x	24		
C 3	Logopædisk/ortofonisk behandling (lægeerklæring udarbejdet af øre-næse-halslæge eller neurolog)				35	<p>Omfattende neurologiske problemer: over 180 behandlinger kræver forhåndstilladelse</p> <p>Vedrører:</p> <ul style="list-style-type: none"> - svært hørehæmmede børn eller børn med neurologiske lidelser - voksne med neurologiske lidelser eller lidelser i struben
	<ul style="list-style-type: none"> • Børn indtil og med 12 år 	x		180 over et eller flere år		
	<ul style="list-style-type: none"> • Børn mellem 13 og 18 år • Personer over 18 år 	x	x	30 for hele behandlingen		
	Logopædisk/ortofonisk vurdering	x	x		40	

	Behandling / ydelse	LH	FT	Maks. antal behandlinger om året / (12 mdr.)	80 % loft (EUR)	Bemærkninger
C 4	Psykomotorisk og grafomotorisk behandling	x		60	35	
C5	Psyko­terapeutisk behandling ved <ul style="list-style-type: none"> • speciallæge i psykiatri, neuropsykiatri eller neurologi • psykolog eller psyko­terapeut 	x	x	30 for alle former for behandling	60 90 25	<ul style="list-style-type: none"> • Individuel behandling • Familiebehandling • Gruppebehandling <p>Hvis der foreligger en forhåndstilladelse kan det maksimale antal behandlinger/år overskrides</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Henvisning fra psykiater, neuropsykiater eller neurolog ○ 10 første behandlinger kan ordineres af praktiserende læge ○ Ved børn under 15 år kan henvisningen udstedes af børnelæge

DA

DA

D. Behandling, som altid kræver en forhåndstilladelse

	Behandling / ydelse	LH	FT	Maks. antal behandlinger om året / (12 mdr.)	80 % loft (EUR)	Bemærkninger
D 1	Multidisciplinær neuro-psykologisk vurdering	x	x		600	På grundlag af lægeerklæring fra neuropædiater eller psykiater
D 2	Behandling i overtryksskammer	x	x		--	
D 3	Lymfedrænage	x	x	20 /12 måneder	25	Ved alvorlig sygdom ingen begrænsning i antallet af behandlinger og intet loft
D 4	Endermologibehandling, ekskl. behandling af æstetiske årsager	x	x	5 /12 måneder	--	Behandling af vansirende ar
D 5	Hårfjerning	x	x		Maks. godtgørelsesberettiget beløb svarende til kirurgisk indgreb - kat. A1 - kat. A2	Kun ved patologisk hypertrichose i ansigtet - kat.A1 i mindre omfattende tilfælde - kat.A2 i omfattende tilfælde
D 6	Ergoterapi	x	x	--	--	
D 7	Laser: Laser- eller dynamisk lysbehandling (dermatologi)	x	x	20	--	
D 8	Behandling ved ortoptist	x	x	20 /12 måneder	35	Henvielse fra øjenspecialist med angivelse af ortoptistens navn

	Behandling / ydelse	LH	FT	Maks. antal behandlinger om året / (12 mdr.)	80 % loft (EUR)	Bemærkninger
D 9	Ambulant multidisciplinær funktionel genoptræning på hospital	x	x	--	--	
D10	Genoptræning efter MedX-systemet, behandling efter "David Back Clinic"-metoden eller behandling på rygskele	x	x	24 kan i princippet forlænges en gang	40	
D11	Behandling ved chockbølgepåvirkning (reumatologi)	x	x	--	--	
D12	Anden ikke specificeret behandling	x	x	--	--	

DA

DA

Kapitel 9 - Plejepersonale

Udgifter til sygeplejerske godtgøres med 80 % eller 100 % ved alvorlig sygdom, forudsat at ydelserne er ordineret af en læge og udføres af en person, som har den lovpligtige autorisation til at udøve erhvervet.

Hvis den sikrede bliver tilset af en sygeplejer, kræves der en forhåndstilladelse til supplerende ydelser, som kræver faguddannet personale, f.eks. indsprøjtninger eller komplicerede forbindinger, som sygeplejeren ikke har lovhjemmel til at udføre.

Kapitel 10 - Kurophold

Afsnit 1 – Rekonvalescensophold og postoperativ kur

1. Generelle bestemmelser

Rekonvalescensophold og postoperative kurophold er godtgørelsesberettigede, forudsat at der foreligger en forhåndstilladelse, og at de:

1. finder sted under lægetilsyn på rekonvalescenscentre med en passende medicinsk og paramedicinsk infrastruktur (alle andre former for centre er udelukket)
2. indledes senest tre måneder efter det kirurgiske indgreb eller den sygdom, som er begrundelsen for opholdet, medmindre der er behørigt begrundede lægelige kontraindikationer i den erklæring, der er vedlagt henvisningen, og at den rådgivende læge har godkendt dette.

Tilladelsen kan forlænges ved tilbagefald eller ny sygdom.

2. Betingelser for en forhåndstilladelse

Anmodningen om forhåndstilladelse skal indsendes til afregningskontoret sammen med en lægehenvielse, der ikke må være over tre måneder gammel, og som skal være udstedt af en behandlende læge uden forbindelser til et kurcenter. Henvielsen skal være vedlagt en detaljeret lægeerklæring, hvori der redegøres for, hvorfor opholdet er nødvendigt.

Tilladelsen gives kun, hvis den rådgivende læge på grundlag af den førnævnte lægeerklæring vurderer, at opholdet er nødvendigt.

Der gives ikke tilladelse efter, at opholdet har fundet sted. Hvis der ikke er givet nogen tilladelse til opholdet, godtgør sygeforsikringsordningen hverken behandling, undersøgelser eller konsultationer på et kurcenter.

3. Godtgørelsesbestemmelser

Følgende godtgøres:

- Opholdsudgifter:

Opholdsudgifterne godtgøres med 80 % i maksimalt 28 dage om året med et godtgørelsesloft på 36 EUR pr. dag.

Udgifter til kurophold i forbindelse med alvorlig sygdom godtgøres med 100 % med et særligt godtgørelsesloft på 45 EUR pr. dag.

Disse udgifter er ikke at betragte som hospitalsudgifter.

- Behandlingsudgifter:

Udgifterne til behandling godtgøres særskilt i overensstemmelse med bestemmelserne herom i nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser.

- Udgifter til ledsager:

Udgifter til ledsager godtgøres undtagelsesvist med 85 % med et loft på 40 EUR mod forelæggelse af en lægehenvielse og efter forudgående tilladelse i følgende tilfælde:

- for et familiemedlem, som opholder sig i samme rum eller på kuranstalten, når den person, der følger kuren, er under 14 år eller har brug for særlig bistand på grund af sin lidelse eller et andet dokumenteret lægeligt behov
- opholdsudgifter for et barn, der får bryst, og som derfor skal følge moderen under dennes kurophold.

I alle andre tilfælde godtgøres udgifterne til ledsager ikke.

4. Udelukket fra godtgørelse

Rejseudgifter.

5. Betingelser for godtgørelse

Anmodningen om godtgørelse skal vedlægges fakturaer, hvorpå opholds- og behandlingsudgifter skal være specificeret særskilt, samt en erklæring fra anstaltens læge, som skal indeholde en gennemgang af den fulgte behandling, og som skal være udarbejdet ved opholdets afslutning og være rettet til afregningskontorets rådgivende læge.

Afsnit 2 - Badekur

1. Generelle bestemmelser

En badekur er et ophold på mindst 10 og højst 21 dage på en specialiseret anstalt, hvor behandlingerne foregår under lægetilsyn med vand, der tages fra en kilde, inden det taber sine biologiske og farmakodynamiske egenskaber, som skyldes vandets store indhold af ioner og oligoelementer.

Ophold på paramedicinske centre, som er godkendt af de nationale sundhedsmyndigheder, og som udelukkende er specialiseret i behandlingen af kroniske sygdomme, kan sidestilles med badekure.

Kuren er kun godtgørelsesberettiget, hvis den på forhånd er godkendt af afregningskontoret efter høring af den rådgivende læge, og den finder sted på en anstalt, som er godkendt af de nationale sundhedsmyndigheder.

Tilladelsen til en kur er begrænset til:

- en kur om året og højst otte kure i løbet af den sikredes livsforløb for hver af følgende sygdomskategorier:
 1. reumatisme og følgerne af knogle- og ledtraumer
 2. vene- og hjertekarsygdomme
 3. neurologiske lidelser
 4. sygdomme i fordøjelsesapparatet og tilhørende områder og stofskiftesygdomme
 5. gynækologiske sygdomme og nyre- og urinvejsygdomme
 6. hudsygdomme og sygdomme i mundhulen
 7. åndedrætslidelser
- en kur om året, forudsat den indgår i behandlingen af en alvorlig sygdom, eller der er tale om alvorlig psoriasis, som ikke reagerer på almindelig behandling.

F.eks. thalassoterapeutiske kurophold og fitnessophold betragtes ikke som badekure, der kan godtgøres.

2. Betingelser for forhåndstilladelse af en badekur

Anmodningen om en forhåndstilladelse skal indleveres til afregningskontoret mindst seks uger før den forventede begyndelse på kuropholdet og indeholde oplysning om datoerne for kuropholdet og navn og adresse på anstalten. Sammen med anmodningen skal der indsendes en henvisning fra en behandlende læge, som ikke må have nogen forbindelse med kuranstalten, og en detaljeret lægeerklæring, som ikke må være over tre måneder gammel, og hvori der skal være redegjort for, hvorfor kuren er nødvendig i behandlingsøjemed.

Den detaljerede lægeerklæring skal indeholde:

DA

- oplysninger om sygeforløbet og om, hvordan den sygdom, der ligger til grund for kuropholdet, er blevet behandlet i det forløbne år. Sygdommens seneste udvikling skal beskrives, og der skal gives en lægelig begrundelse for kuren
- oplysninger om opholdets varighed, hvilken form for bade der anvises, og hvilken form for badeanstalt der er tale om set i forhold til den pågældende sygdom, eftersom kun anstalter, der er godkendt af de nationale sundhedsmyndigheder, kan komme på tale.

Tilladelsen gives, hvis den rådgivende læge på grundlag af den oven for nævnte lægeerklæring vurderer, at badekuren er nødvendig, og forudsat at den sikrede i årets løb har fulgt den anviste behandling, at disse behandlinger har vist sig utilstrækkelige, og at kuren har en dokumenteret terapeutisk værdi.

Der gives ikke efterfølgende tilladelse, og sygeforsikringsordningen godtgør hverken behandling, undersøgelser eller konsultationer på et kurcenter, hvis der ikke foreligger nogen tilladelse.

3. Godtgørelsesbestemmelser

Udgifter til behandling og lægetilsyn under en badekur godtgøres med 80 % med et globalt loft på 64 EUR pr. dag. Ved kur som følge af alvorlig sygdom godtgøres udgifterne med 100 % med et særligt globalt loft på 80 EUR pr. dag.

Udgifter til ledsager kan godtgøres, hvis der foreligger en henvisning og en forhåndstilladelse:

- for et familiemedlem, som bor på samme værelse eller på kuranstalten, når den person, der følger kuren, er under 14 år eller har brug for særlig hjælp fra et familiemedlem på grund af sin lidelse eller et andet dokumenteret lægeligt behov
- opholdsudgifter for et barn, der får bryst, og som derfor skal følge moderen under dennes ophold på kuranstalten.

For at være godtgørelsesberettiget skal der i kuropholdet indgå mindst 2 relevante behandlinger om dagen, og opholdet kan ikke afbrydes, medmindre der fremlægges en erklæring fra anstaltens læge om, at opholdet skal afbrydes af helbredsårsager eller væsentlige familiemæssige årsager (f.eks. dødsfald eller alvorlig sygdom i familien).

Den del af udgifterne, som skal afholdes af den sikrede, kan godtgøres i henhold til ordningens artikel 24 om særlig godtgørelse.

4. Udelukket fra godtgørelse

Følgende udgifter til et kurophold godtgøres ikke:

- rejseudgifter
- udgifter til ophold, indkvartering og mad

DA

DA

- ekstra plejeudgifter
- behandling og pleje, som ikke er godtgørelsesberettiget i henhold til den fælles sygeforsikringsordning, f.eks. hav- og søbade, sandbade, thalassoterapi, sauna, solarium, ikke-medicinsk massage, fitness, yogaundervisning, zoneterapi, shiatsu og/eller andre tilsvarende behandlinger
- analyser, undersøgelser og andre ydelser, som ikke har noget at gøre med den pågældende lidelse
- behandling med udtræk af timian eller mistelten, ozonterapi, iltbehandling, autohæmoterapi, prokain og/eller andre tilsvarende behandlinger/produkter.

Hvis der ikke er givet tilladelse til kuropholdet, kan plejeudgifterne kun godtgøres, hvis betingelserne i de almindelige gennemførelsesbestemmelser er opfyldt. Der skal således foreligge:

- en original henvisning fra en behandlende læge, som skal være uafhængig af kuranstalten; henvisningen må højst være 6 måneder gammel, og den skal indeholde oplysninger om diagnose og om antallet og arten af behandlingerne
- en specificeret faktura, der stemmer overens med lægehenvielsen, med angivelse af, hvornår behandlingerne har fundet sted, hvor mange, og hvad de har kostet.

Hvis behandlingen har fundet sted på en anerkendt kuranstalt, godkendes de fakturaer, der er udstedt direkte af anstalten.

Hvis behandlingen har fundet sted på en ikke anerkendt anstalt, godtgøres kun fysioterapi, men ingen andre former for behandling, på betingelse af, at behandlingen er udført af en uddannet fysioterapeut, og at dette fremgår af fakturaen.

Kapitel 11 – Proteser, ortopædiske og andre hjælpemidler

1. Syn

1.1. Briller

a) Generelle oplysninger

Der kan kun godtgøres to par briller inkl. stel og korrigerende glas uanset type:

- enten et par briller med enstyrkeglas til kort afstand og et par briller med enstyrkeglas til lang afstand
- eller et par briller med flerstyrkeglas eller progressive glas og eventuelt et par briller til brug på kort eller lang afstand.

Følgende godtgøres ikke:

- briller med ikke-korrigerende glas
- solbriller
- briller beregnet til skærmarbejde for tjenestegørende personale.

b) Frister for køb af nye briller

Med undtagelse af tilfælde, hvor der af en læge konstateres ændringer i dioptri eller akse på mindst 0,50, skal der gå to år eller et år for børn under 18 år, inden brillerne kan fornyes. Fristen regnes fra datoen for købet af det seneste par briller i samme kategori.

c) Betingelser for godtgørelse

Udgifterne til køb af briller med korrigerende glas, som er ordineret af en øjenlæge eller en optometrist godtgøres med 85 % med følgende lofter:

- stel: loft på 120 EUR

- glas:

110 EUR pr. enstyrkeglas op til 4 dioptrier

140 EUR pr. enstyrkeglas mellem 4,25 og 6 dioptrier

180 EUR pr. enstyrkeglas mellem 6,25 og 8 dioptrier

300 EUR pr. enstyrkeglas over 8,25 dioptrier

350 EUR pr. flerstyrkeglas eller progressive glas.

Udgifterne til undersøgelse ved en optometrist i de tilfælde, hvor der ikke foreligger en henvisning fra en øjenlæge, og/eller en øjenlæge ikke har foretaget en undersøgelse, godtgøres med 85 % med et loft svarende til en konsultation eller et besøg af en alment praktiserende læge.

Udgifterne til diverse undersøgelser af centralsyn og målinger ved hjælp af elektronisk apparatur udført af en optiker eller en optometrist er inkluderet i godtgørelsesloftet for glas.

Ved bortkomst af brillerne eller skade på stel eller glas inden udløbet af fristen for, hvornår der kan købes nye briller, godtgøres udgifterne til reparation eller erstatning med op til det beløb, der resteret inden for den indeværende periode.

d) Oplysninger på fakturaen

På den betalte originalfaktura skal følgende være angivet:

- type syn, der skal korrigeres (lang – kort – flerstyrke)
- beskrivelse af glas (styrken i hvert enkelt korrigerende glas / dioptrier)
- pris på glas og stel angivet særskilt.

1.2. Kontaktlinser

a) Generelle oplysninger

- Godtgørelsen af korrigerende kontaktlinser udelukker ikke, at der samtidig godtgøres et par briller med korrigerende enstyrkeglas til kort eller lang afstand eller et par briller med flerstyrkeglas eller progressive glas.
- Ved bortkomst eller beskadigelse af linsen inden udløbet af fristen for, hvornår der kan købes nye, godtgøres udgifterne til erstatningslinser med op til det beløb, der resteret inden for den indeværende periode.
- Sygeforsikringsordningen godtgør ikke farvede ikke-korrigerende linser.

b) Betingelser for godtgørelse

Udgifterne til køb af korrigerende kontaktlinser, herunder både konventionelle og/eller engangslinser, som er ordineret af en øjenlæge eller en optometrist, og udgifterne til køb af nødvendige produkter godtgøres med 85 % med et loft på 500 EUR pr. 24 måneder.

De udgifter, der er forbundet med, at en øjenlæge eller en optometrist tilpasser linserne eller stiller prøvelinser til rådighed, medregnes under loftet for linser.

Udgifterne til undersøgelse ved en optometrist i de tilfælde, hvor der ikke foreligger en henvisning fra en øjenlæge, og/eller en øjenlæge ikke har foretaget en undersøgelse, godtgøres med 85 % med et loft svarende til en konsultation eller et besøg af en alment praktiserende læge.

c) Oplysninger på fakturaen

På den betalte originalfaktura skal følgende være angivet:

- type syn, der skal korrigeres (lang – kort – flerstyrke)
- beskrivelse af linser (styrken i hver enkelt korrigerende linse / dioptrier)
- type linser: engangs eller konventionelle
- pris for linserne.

1.3. Alvorlige synsproblemer

Der kan efter forhåndstilladelse afviges fra de godtgørelsesbetingelser, der er fastsat for de enkelte glas- og linsekategorier, hvis der er tale om alvorlige synsproblemer bekræftet i en lægeerklæring, eller hvis udgifterne til køb af glas eller linser langt overstiger det fastsatte maksimumsbeløb på grund af et meget begrænset syn eller ekstreme dioptrier.

1.4. Øjenprotese

Udgifterne til køb af øjenproteser godtgøres med 85 % eller 100 % ved alvorlig sygdom.

2. **HØRELSE**

2.1. Høreapparater, som er ordineret af en øre-næse-halslæge eller en audiometrist, samt reparationsudgifter godtgøres med 85 % med et loft på 1 500 EUR pr. apparat.

2.2. Udgifter til vedligeholdelse og batterier godtgøres ikke.

2.3. Et nyt høreapparat godtgøres i henhold til punkt 2.1 først efter en frist på 5 år, medmindre der er tale om audiometriske ændringer, og der foreligger en henvisning fra en øre-næse-halslæge.

2.4. Der kan afviges fra de gældende lofter og frister for, hvornår der kan købes et nyt apparat, hvis det drejer sig om apparater til børn indtil 18 år eller alvorlig

hørerelateret sygdom, men der kræves en forhåndstilladelse og en udtalelse fra den rådgivende læge.

3. Ortopædiske hjælpemidler, bandager og andet

- 3.1. Udgifter til køb, leje eller reparation af de produkter og hjælpemidler, der er opført på listen i bilag II, godtgøres med 85 % eller 100 % ved alvorlig sygdom, dog med de begrænsninger, der er fastsat for hver enkelt produkt og hjælpemiddel, og som er nævnt i listen.
- 3.2. I forbindelse med hjælpemidler, hvis pris anslås til over 2 000 EUR, skal der indsendes en anmodning om forhåndstilladelse, som skal vedlægges en lægeerklæring og to specificerede og sammenlignelige overslag.
- 3.3. Hvis der i forbindelse med en alvorlig sygdom er brug for et særligt hjælpemiddel, kan der efter høring af den rådgivende læge opnås en forhåndstilladelse til at afvige fra bestemmelserne om, hvor stort et beløb der højst kan godtgøres, og hvor ofte hjælpemidlet kan udskiftes.
- 3.4. Der kræves en forhåndstilladelse ved leje af ortopædiske hjælpemidler og ortopædisk udstyr i tre sammenhængende måneder eller derover.
- 3.5. Køb af hjælpemidler og/eller udstyr, som ikke er nævnt i nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser, kan godtgøres, forudsat at der søges om en forhåndstilladelse. Efter høring af den rådgivende læge kan der på grundlag af markedspriserne fastsættes lofter for de godtgørelsesberettigede beløb.

Kapitel 12 - Kørselsudgifter

1. Generelle bestemmelser

- 1.1. Der skal søges om forhåndstilladelse, dog ikke i behørigt dokumenterede nødsituationer, hvor der først efterfølgende kan gives tilladelse. Sammen med ansøgningen indsendes en attest fra den behandlende læge om, hvilken form for kørsel der er behov for, og hvad den lægelige begrundelse er.
- 1.2. Hvis der regelmæssigt er brug for kørsel, skal lægehenvielsen indeholde en begrundelse og angivelse af, hvor mange kørsler der er brug for.
- 1.3. Hvis det ifølge den behandlende læge er absolut nødvendigt med en ledsager på grund af f.eks. den sikredes alder eller lidelse, skal der ligeledes indsendes en anmodning om forhåndstilladelse.
- 1.4. En sådan forhåndstilladelse udstedes efter høring af den rådgivende læge. Afgørelsen er bl.a. afhængig af, om behandlingen kan gives på den sikredes tjenested eller bopæl, og/eller om den sikrede er i stand til at benytte offentlig eller privat transport.

2. Godtgørelsesbetingelser

- 2.1. Der godtgøres kun udgifter til kørsel svarende til den sikredes situation til det nærmeste behandlingscenter eller behandler, som på passende vis er i stand til at behandle den sikredes lidelse. Hvis det i hastetilfælde ikke har været muligt at indhente en forhåndstilladelse, høres den rådgivende læge, om de afholdte udgifter har været berettigede.
- 2.2. Udgifterne godtgøres med 80 % eller 100 % ved alvorlig sygdom mod forelæggelse af de originale bilag (betalt faktura, billetter osv.).
- 2.3. Ved manglende bilag godtgøres 80 % eller 100 % af en togbillet på første klasse. Hvis der ikke er nogen togforbindelse fastsættes godtgørelsen til 80 eller 100 % af loftet på 0,22 EUR pr. kilometer, som indekseres i overensstemmelse med Europa-Kommissionens bestemmelser om udgifter til tjenesterejser, idet det er den tilsluttede, der skal oplyse afstanden angivet i kilometer hen til behandlingscentret eller behandleren.
- 2.4. Kørselsudgifterne for ledsageren godtgøres med 80 % på samme betingelser som ovenfor, medmindre der benyttes privatbil, som ikke godtgøres.

2.5. Følgende godtgøres ikke:

- a) udgifter til kørsel af familiemæssige, sproglige eller personlige grunde, for at konsultere en alment praktiserende læge, tage på badetur eller et rekonvalescensophold, tage på arbejde eller af andre grunde, som ikke er anerkendt af afregningskontoret
- b) udgifter til hjemtransport ved sygdom eller ulykke
- c) udgifter til eftersøgning i bjerge, på havet osv.
- d) udgifter til kørsel i privatbil inden for det byområde, hvor sikrede har sin bopæl, medmindre der er tale om belastende og gentagne behandlinger som f.eks. strålebehandling, kemoterapi, dialyse osv. Disse kørselsudgifter – som skal være godkendt på forhånd efter høring af den rådgivende læge – godtgøres i henhold til bestemmelserne i punkt 2.2 og 2.3.

3. Personale med tjenestested uden for EU

Proceduren for godtgørelse af kørselsudgifter for personale med tjenestested uden for EU følger vedtægten og de øvrige bestemmelser gældende for dette personale, bl.a. bilag X til vedtægten.

Kapitel 13 – Fast tilskud til begravelsesomkostninger

Generelle bestemmelser

Jf. artikel 25 i den fælles sygeforsikringsordning er det faste tilskud til begravelsesomkostninger på 2 350 EUR.

Som forudsætning for at få dette tilskud udbetalt, skal der fremlægges en kopi af dødsattesten.

I tilfælde af et dødfødt barn udbetales tilskuddet, hvis fosteret var mindst 22 uger gammelt.

Ved dødsfald af en person, for hvem den fælles sygeforsikringsordning fungerede som tillægssikring, fratrækkes tilsvarende beløb, som modtages andre steder fra.

Dette tilskud er forskelligt fra godtgørelsen af udgifterne til transport af liget af en tjenestegørende tjenestemand, en tjenstemands ægtefælle, forsørgelsesberettigede børn eller hermed ligestillede personer, idet denne godtgørelse jf. artikel 75 i vedtægten afholdes af den institution, som tjenestemanden er tilknyttet.

BILAG I

LISTE OVER KIRURGISKE INDGREB

(opdelt efter kategori)

NB: *Indgreb mærket med asterisk (*) kan antages at være af æstetisk art og kræver altid forhåndstilladelse*

<u>KATEGORI A1</u>	
<u>Almen og plastisk kirurgi</u>	
1	Incision og drainage af et ossøst panaritium eller seneskedepanaritium
2	Excision af en eller flere små svulster liggende i eller under huden
3	Excision af en subfasciel svulst uden åbning af legemshulrum (ganglier, lipomer osv.)
<u>Ortopædi</u>	
4	Reposition af en nøglebensfraktur
5	Reposition af en fraktur i skulderblad eller brystben
6	Reposition af en finger- eller tåluksation
<u>Abdominal, urologisk og gynækologisk kirurgi</u>	
7	Eksstirpation af et fremmedlegeme i rectum
8	Operation for polyp i rectum
9	Operation for en delvis perinæalruptur
10	Operation for mammasvulst
11	Konisering af livmoderhalsen
<u>Vaskulær- og thoraxkirurgi</u>	
12	Ligatur eller resektion af åreknude
<u>Neurokirurgi</u>	
	/
<u>Øre-næse-hals-kirurgi og stomatologi</u>	
13	Eksstirpation af næsepolypper
14	Endoskopisk eksstirpation af polypper eller små svulster i larynx
15	Operation for en spytkirtelfistel
16	Enkel reposition af en næsefraktur
<u>Øjenkirurgi</u>	
17	Enukleation af chalazion
18	Laserbehandling for perifer nethindelæsion
19	Laserbehandling for iridotomi

DA

DA

KATEGORI A2	
Almen og plastisk kirurgi	
1	Incision af en dybtliggende absces
2	Incision af en Douglas-absces
3	Incision af en bløddelsflegmone eller af en brandbyld
4	Operativ fjernelse af et dybtliggende fremmedlegeme
5*	Enkel hudtransplantation (under 10 cm ²)
6	Åbning af fossa isiorectalis
7	Eventuelt tillæg for laserkirurgi
8	Dermabrasio
Ortopædi	
9	Kirurgisk indgreb på et håndrods-, finger-, fodrods- eller tåled
10	Reposition af en fraktur af en underarmsknogle
11	Reposition af fraktur i hånd- eller fodled
12	Reposition af en knæskalsfraktur
13	Reposition af en luksation af nøgleben eller knæskal
14	Reposition af en luksation i albue- eller knæled
15	Reposition af luksation i hånd- eller fodled
16	Fjernelse af fiksationsskrue eller suturtråd
17	Amputation ved et finger- eller tåled
18	Hel eller delvis amputation af en finger eller tå
19	Amputation af en knogle i mellemhånd eller -fod
20	Operation af håndrodskanalen
Abdominal, urologisk og gynækologisk kirurgi	
21	Enkel operation for en analfissur
22	Reposition af en rectalprolaps
23	Enkel laparoskopi
24	Operation for rectalprolaps ved cerclage
25	Omskæring
26	Ligatur af sædleder
27	Perkutan nefro- eller pyelostomi
28	Kirurgisk indgreb på de ydre kvindelige kønsorganer
29	Punktur af epididymis
Vaskulær- og thoraxkirurgi	
30	Ligatur eller resektion af flere åreknuder
31	Eksstirpation af den interne eller eksterne vena saphena
Neurokirurgi	
	/
Øre-næse-hals-kirurgi og stomatologi	
32	Reposition af næsefraktur med immobiliserende forbinding
33	Operation for adenoide vegetationer (polypper)
34	Dræn gennem trommehinden
35	Udtrækning af retineret tand i operationsstue
36	Udtrækning under generel anæstesi af under 8 tænder
37	Eksstirpation af en glandula submandibularis

DA

DA

Øjenkirurgi	
38	Fjernelse af en ikke-invasiv svulst på bindehinde, hornhinde, senehinde eller øjenlåg
39	Enkel operation på en tårekirtel
40*	Canthoplastik (operation af øjenlågsspalte)
41	Laserbehandling for vaskulopati for sekundær katarakt
42	Operation for pterygion oculi

DA

DA

KATEGORI A3	
<u>Almen og plastisk kirurgi</u>	
1*	Enkel hudtransplantation på 10 til 50 cm ² eller overførsel af hudlap på under 10 cm ²
2	Operation for en sacro-coccygealcyste eller-fistel
3	Fuldstændig laserbehandling af acne rosacea
4	Indsættelse af penisprotese
<u>Ortopædi</u>	
5	Osteotomi eller trepanation af en knogle
6	Reposition af en overarmsfraktur
7	Reposition af en fraktur af begge underarmsknogler
8	Reposition af en ukompliceret bækkenfraktur
9	Reposition af en underbensfraktur
10	Suturering af en sene
11	Plastisk operation af en sene
12	Fjernelse af fiksatossøm eller sømplate
13	Resektion af halebenet
14	Resektion af et hånd- eller fodled (undtagen ankelled)
15	Eksstirpation af et fremmedlegeme fra et skulder-, albue- eller knæled
16	Osteotomi af en lille knogle med senetransplantation
17	Operativ reposition af en nøglebensfraktur
18	Operativ reposition af en knæskalsfraktur
19	Operativ reposition af en ankelknogle
20	Operativ reposition af hånd- eller fodrodsfraktur, bortset fra hælben
21	Amputation ved hånd- eller fodleddet
22	Amputation i mellemfod
<u>Abdominal, urologisk og gynækologisk kirurgi</u>	
23	Operation for en analfissur med sphincterotomi
24	Endoskopisk indgreb i urinblæren (resektion af blærehalsen, fjernelse af sten, ...)
25	Operation for varikocoele eller hydrocele
26	Resektion af bitestikel
27	Orchidopexi
28	Cystotomi oven for skambenet
29	Endoskopisk ekstraktion af sten i urinrøret
30	Nedbrydning af urinsten ved chokbølgepåvirkning (behandling)
31	Fjernelse af livmoderhalsen
<u>Vaskulær- og thoraxkirurgi</u>	
32	Resektion af intern vena saphena-bue + fuldstændig eksstirpation af intern vena saphena og/eller ligatur eller resektion af en eller flere åreknuder
33	Bronkoskopi eller øsofagoskopi med fjernelse af et fremmedlegeme henholdsvis fra lufttrøret, bronkierne eller fra spiserøret
<u>Neurokirurgi</u>	
34	Mikrosuturering af en nerve
<u>Øre-næse-hals-kirurgi og stomatologi</u>	
35	Tracheotomi
36	Operation for eksostose i den ydre øregang

DA

DA

37*	Enkel operation for hareskår
38	Delvis ekscision af tungen
39	Operativ fjernelse af en spytsten
40	Fjernelse af mandler
41*	Plastisk operation på det ydre øre
42	Ekstern trepanation af kæbehulen
43	Endonasal bihuleoperation
44	Fjernelse af ørespytkirtlen uden nerveekstraktion
45	Udtrækning under generel anæstesi af 8 tænder eller flere
46	Frilægning og udtrækning af retineret tand ved pericoronal knogleresektion og/eller dental osteotomi
<u>Øjenkirurgi</u>	
47	Eksstirpation af en tåresæk
48*	Operation for ektropion eller entropion
49	Laserbehandling af macula-læsioner for trabeculo- eller iridoplastik panretinær post-vitrektomi for glaslegemestreng
50*	Partiel plastisk operation af øjenlåg
51	Fjernelse af en invasiv svulst på bindehinde, hornhinde, senehinde eller øjenlåg
52	Ekstraktion af et fremmedlegeme fra det forreste segment af det indre øje
53	Operation for skelen ved tenotomi
54	Operation til forebyggelse af nethindeløsning
55	Enukleation af øjeæblet

KATEGORI B1	
Almen og plastisk kirurgi	
1*	Enkel hudtransplantation over 50 cm ² eller tubulær transplantation
Ortopædi	
2	Operation for Dupuytren's kontraktur
3	Resektion af et ankelled
4	Arthroplastik i hånd- eller fodled
5	Meniskoperation
6	Reposition af hvirvelfraktur
7	Operativ reposition af en overarms-, underarms- eller underbensfraktur
8	Operativ reposition for bi- eller trimalleolfraktur
9	Operativ reposition af hælbensfraktur
10	Reposition af hofteddet
11	Reposition af et hvirvelled
12	Amputation ved skulder-, albue- eller knæledet
13	Amputation ved skulder-, albue-, hofte- eller knæledet
14	Resektion af et skulder-, albue- eller knæled
15	Operation for hallux valgus ved kombinationsmetoden
16	Suturering af to eller flere sener
17	Transplantation af en sene
18	Plastisk operation af to sener
19	Perkutan nukleotomi for diskusprolaps
20	Suturering af knæledets ligamenter
21	Plastisk operation af knæledets lateralligamenter
Abdominal, urologisk og gynækologisk kirurgi	
22	Operation for en rectalfistel
23	Eksplorativ laparotomi
24	Blindtarmsoperation
25	Åbning af en abdominal absces
26	Operation for lyske- eller lårbrøk
27	Operation for navlebrøk eller fedtbrøk
28	Operation for rectalprolaps ved resektion eller levatorplastik
29	Operation for hæmorroider
30*	Operation for ventralhernie med anvendelse af plastisk kirurgi
31	Pyelotomi
32	Eksplorativ lumbotomi
33	Nefrostomi
34	Operativ fjernelse af sten i urinrøret
35	Perinæal uretostomi
36	Endoskopisk eksstirpation af en svulst i urinblæren
37	Indgreb på urinlederen
38	Reponering af inverteret livmoder
39	Total resektion af endometriet
40	Hysteropexi
41	Operation af en totalruptur af perinæum

42	Kolporrafi, med eller uden perinæorafi
43	Vaginal eller abdominal fjernelse af et eller flere livmodermyomer
44	En- eller flersidet adneksotomi eller anden adneksoperation
45	Kejsersnit
46	Operation for genitalprolaps ved anterior eller posterior kolporrafi
47	Vaginalt eller abdominalt indgreb for urininkontinens
48	Behandling af prostata med hypertermi eller laser
49	Reanastomose af sædledere
Vaskulær- og thoraxkirurgi	
50	Resektion af intern vena saphena-bue + eksstirpation af intern og ekstern vena saphena
51	Åbning af pericardiet
52	Indoperering af en pacemaker
53	Varicektomi med radiobølger
Neurokirurgi	
54	Suturering + transplantation af en nerve eller enkel suturering af flere nerver, eller intrafascikulær neurolyse af en nerve
55	Operation for kraniebrud med eventuel plastisk kirurgi
56	Behandling for intracerebralt hæmatom ved enkel trepanation
Øre-næse-hals-kirurgi og stomatologi	
56*	Operation for kompliceret hareskår
57	Ekstern behandling af bihule
58	Endonasal resektion af en ossøs tillukning af choanae
59	Eksstirpation af et næsesvælgfibrom
60	Trepanation af processus mastoideus
61	Transplantation af trommehinden
62	Submukøs resektion af næseskillevæggen
63	Enkel thyreoidektomi
64	Arthroplastik eller andet indgreb i kæbeledet
65	Plastisk operation for subtotal deling af ganesejlet
66	Delvis resektion af et kæbeben
Øjenkirurgi	
67	Suturering af et perforerende sår på øjeæblet
68	Iridektomi
69	Anterior eksstirpation af en svulst i øjenhulen
70*	Operation af en ptosis
71*	Plastisk operation på øjnlåg, der er helt sammenvokset med øjeæblet eller fuldstændig ødelagt
72	Operation for skelen ved andre metoder end tenotomi
73	Radial- eller laserkeratotomi til korrektion for myopi
74	E nukleation af øjeæblet med indsætning af en kugle med henblik på protese
75	Rekonstruktion af tårekanalen
76	Ekstraktion af et fremmedlegeme fra øjenhulen

KATEGORI B2	
<u>Almen og plastisk kirurgi</u>	
1	Overførsel af stillet hudlap med en kant på over 10 cm
2*	Plastisk operation efter mammeduktion
3*	Rekonstruktion af mamma ved overførsel af hudlap eller muskel-hudlap
<u>Ortopædi</u>	
4	Operation for recidiv luksation i skulder eller knæ
5	Operation af lårknogle- eller lårhalsfraktur
6	Operation efter fraktur af begge underarmsknogler eller efter dobbelt underbensfraktur
7	Amputation ved hofteledet
8	Resektion ved hoften eller fjernelse af protese
9	Arthroplastik i skulder eller knæ
10	Plastisk operation af knæleddets korsbånd
11	Amputation af skulderbæltet (skulderblad og nøgleben)
12	Transplantation af to sener
13	Tendinoplastik af tre eller flere sener
14	Operation for dorso-lumbal diskusprolaps
<u>Abdominal, urologisk og gynækologisk kirurgi</u>	
15	Operation for rectalprolaps ved åbning af bugvæggen
16	Muskelplastisk operation for insufficiens af endetarmens lukkemuskel
17	Operation for indeklemt brok med tarmresektion
18	Fjernelse af endetarmen rektalt eller ved åbning af bugvæggen
19	Cholecystektomi (normal eller ved laparoskopi)
20	Resektion af et enkelt tyndtarmssegment
21	Enkeltsidig pancreatektomi, venstre side
22	Reanastomosis colica
23	Enkeltsidig adenektomi
24	Prostataresektion ved endoskopi eller åbning oven for skambenet
25	Behandling for hypo- eller epispadia ved anvendelse af plastisk kirurgi
26	Perkutan ekstraktion af urinsten efter ultralydsfragmentation
27	Partiel nefrektomi
28	Plastisk operation i nyrebækkenet
29	Partiel cystektomi
30	Operation for urininkontinens med lukkemuskelprotese
31	Enkel mastektomi eller mastektomi med ganglietomi
32	Tri-perineo-vaginaloperation for genitalprolaps
33	Abdominalt og vaginalt indgreb for urininkontinens
34	Total fjernelse af livmoderen gennem vagina eller abdomen
35	Operation for en vesicovaginal eller rectovaginal fistel
36	Neo-vagina-operation
37	Lithotripsi ved ekstrakorporal chokbølgepåvirkning
<u>Vaskulær- og thoraxkirurgi</u>	
38	Arteriel embolektomi
39	Lumbal sympatektomi
<u>Neurokirurgi</u>	

DA

DA

40	Kirurgisk indgreb på rygmarvskanalen
41	Suturering + transplantation af flere nerver
Øre-næse-hals-kirurgi og stomatologi	
42*	Rekonstruktion af næsen
43	Laryngotomi
44	Operation for enkeltsidig pansinuitis
45	Plastisk operation for total deling af ganesejlet
46	Fjernelse af ørespytkirtlen med ekstraktion af nervus facialis
47	Plastisk operation i larynx ad endoskopisk vej
48	Petro-mastoidal opmejsling
49	Fuldstændig resektion af et kæbeben
Øjenkirurgi	
50	Ekstraktion af et magnetisk fremmedlegeme fra det bageste segment af det indre øje
51	Operation for skelen ved muskeltransplantation
52	Operation for grå stær
53	Operation for grøn stær

<u>KATEGORI C1</u>	
<u>Almen og plastisk kirurgi</u>	
	/
<u>Ortopædi</u>	
1	Arthroplastik i hofteskålen
2	Rekonstruktion af flere af knæleddets ligamenter
3	Transplantation af mindst tre sener
<u>Abdominal, urologisk og gynækologisk kirurgi</u>	
4	Subtotal resektion af mavesækken
5	Hemicolektomi
6	Indgreb ved laparoskopi for hiatushernie eller dobbeltsidig lyskebrok
7	Operation for et mellemgulvshernie
8	Partiel hepatektomi
9	Partiel nefrektomi
<u>Vaskulær- og thoraxkirurgi</u>	
10	By-pass af en ekstremitetspulsåre
11	Transluminær udvidelse af en pulsåre, ikke kransåre
<u>Neurokirurgi</u>	
	/
<u>Øre-næse-hals-kirurgi og stomatologi</u>	
12	Thyreoidektomi med ekstraktion af nervus recurrens og/eller parathyreoidektomi
13	Laryngektomi (total)
<u>Øjenkirurgi</u>	
14	Ekstraktion af et ikke-magnetisk fremmedlegeme fra det bageste segment af det indre øje
15	Hornhindetransplantation

DA

DA

<u>KATEGORI C2</u>	
<u>Almen og plastisk kirurgi</u>	
	/
<u>Ortopædi</u>	
1	Operation for indsnævring af lumbalkanalen
2	Operation for cervikal diskusprolaps eller dorsolumbal diskusprolaps med arthrodesse
3	Fuld hoftededsprotese
<u>Abdominal, urologisk og gynækologisk kirurgi</u>	
4	Total resektion af mavesækken med oesojejuno-anastomose
5	Total pancreatektomi eller hemipancreatektomi med anastomose
6	Dobbeltsidig adenalektomi
7	Colektomi (total)
8	Total prostatektomi + abdominal fjernelse af sædblærer
9	Ekstraktion af koralsten ved pyelotomi
10	Venstresidet hepatektomi
11	Udvidet hysterektomi med ganglietomi
12	Eksstirpation af rectum ved åbning af bugvæggen
<u>Vaskulær- og thoraxkirurgi</u>	
13	Revaskularisering af halspulsåre
14	Revaskularisering af en ekstremitetspulsåre ved transplantation af den interne vena saphena
15	Revaskularisering af aorta subrenalis, herunder bifurcatio aortica
16	Revaskularisering af et større thoraxkar
17	Hjerteoperation uden ekstrakorporal cirkulation eller hypotermi
18	Eksstirpation af en mediastinal svulst
<u>Neurokirurgi</u>	
19	Behandling for intrakranielt hæmatom gennem større trepanationsåbning
20	Anlæggelse af drainage for hydrocephali
21	Eksstirpation af en svulst i rygmærskanalen
<u>Øre-næse-hals-kirurgi og stomatologi</u>	
22	Partiel laryngektomi med rekonstruktion
23	Radikaloperation for dobbeltsidig pansinuitis
24	Fenestration eller operation på høreknoglerne
25	Resektion af et kæbeled og af kraniebunden
<u>Øjenkirurgi</u>	
26	Operation for en nethindeløsning

<u>KATEGORI D1</u>	
<u>Almen og plastisk kirurgi</u>	
	/
<u>Ortopædi</u>	
	/
<u>Abdominal, urologisk og gynækologisk kirurgi</u>	
1	Total resektion af mavesækken + hemipancreatektomi
2	Duodeno-pancreatektomi
3	Operation med anlæggelse af en anastomose mellem vena cava og vena porta eller lignende indgreb
4	Total colectomi med konstruktion af et ileumsreservoir
5	Operationer på spiserøret ved åbning af brystkassen
6	Højresidet hepatektomi
<u>Vaskulær- og thoraxkirurgi</u>	
7	Indgreb på hjertet eller store kar under hypotermi
8	Operation på hjertet eller store intratorakale kar under ekstrakorporal cirkulation
9	Pneumonektomi
<u>Neurokirurgi</u>	
10	Behandling for intracerebralt hæmatom
11	Behandling for intracerebral svulst gennem større trepanationsåbning
12	Indgreb på hypofysen gennem trepanationsåbning eller gennem næsen
<u>Øre-næse-hals-kirurgi og stomatologi</u>	
	/
<u>Øjenkirurgi</u>	
	/

DA

DA

<u>KATEGORI D2</u>	
<u>Almen og plastisk kirurgi</u>	
	/
<u>Ortopædi</u>	
	/
<u>Abdominal, urologisk og gynækologisk kirurgi</u>	
	/
<u>Neurokirurgi</u>	
1	Operation for subtentoriel hjernesvulst gennem større trepanationsåbning
2	Operation af et intracerebralt aneurysma
3	Operation for en intramedullær svulst
4	Operation for en svulst i den cerebellopontine vinkel
<u>Øre-næse-hals-kirurgi og stomatologi</u>	
	/
<u>Øjenkirurgi</u>	
	/
<u>Transplantationer</u>	
6	af nyre
7	af knoglemarv
8	af pancreas
9	af hjerte og/eller lunger
10	af nyre og lever
11	af lever

DA

DA

BILAG II: Ortopædiske hjælpemidler, bandager og andre hjælpemidler, som godtgøres med 85 % eller 100 % ved alvorlig sygdom

Produkt		LH: Lægehenvi- sning	FT: Forhåndstilladelse (krav om specificeret lægeerklæring og overslag)	Varighed/frist	Normal godtgørelsessats	Maksimumsbeløb, som kan godtgøres med 85 %	Maksimumsbeløb, som kan godtgøres med 100%	Bemærkninger	Udstyr p.gr.a. selvhjulpethed	manglende
1	Kompres – elastikbind andet, f.eks. graviditetsbælte, knæbandage, ankelstøtte og enkelt rygkorset	LH	NEJ		85%					
	Støttestrømper mod åreknuder	LH	NEJ		85%			3 par strømper om året		
2	Køb eller tilpasning af ortopædiske såler (pr. sål)	LH	NEJ		85%	65	65	4 stk. om året		
	Reparation af sål	Godtgøres ikke			0%					
3	Krykker og stokke									
	Køb	LH	NEJ		85%					
	Leje	LH	NEJ		85%					
	Reparation	Godtgøres ikke								
4	Ydre brystproteser	LH	NEJ		85%			2 stk. pr. side pr. år		
	Brystholder eller badedragt tilpasset efter proteserne	Godtgøres ikke			0%					
5	Simpel manuel kørestol									*

DA

DA

	Køb	LH	FT	5 år	85%	650			
	Leje < 3 måneder	LH	NEJ		85%				
	Leje > = 3 måneder	LH	FT	5 år	85%	650			
	Reparation		FT		85%				
	Vedligeholdelse (hjul osv.)		Godtgøres ikke		0%				
6	Gangstativ med to hjul og sæde								*
	Køb	LH	FT		85%	140	140	1 aftale, som ikke kan forlænges	
	Leje < 3 måneder	LH	NEJ		85%				
	Leje > = 3 måneder	LH	FT		85%				
	Reparation		Godtgøres ikke		0%				
7	Toiletstol, badestol (brug i hjemmet)								*
	Køb	LH	FT		85%	100	100	1 aftale, som ikke kan forlænges	
	Leje < 3 måneder	LH	NEJ		85%				
	Leje > = 3 måneder	LH	FT		85%				
	Reparation		Godtgøres ikke		0%				
8	Hospitalsseng (brug i hjemmet)								*
	Køb	LH	FT		85%	1.000	1.000	1 aftale, som ikke kan forlænges	
	Leje < 3 måneder	LH	NEJ		85%				
	Leje > = 3 måneder	LH	FT		85%				
	Reparation eller brug i en plejehospital		Godtgøres ikke		0%				
9	Antidecubitusmadras, inkl. kompressor								*
	Anskaffelse	LH	FT	3 år	85%	500	500		
	Leje < 3 måneder	LH	NEJ		85%				
	Leje > = 3 måneder	LH	FT		85%				
10	Apparatur mod søvnapnø (CPAP), inkl. luftfugter								
	Køb	LH	FT	5 år	85%	1.700	1.700		
	Leje < 3 måneder	LH	NEJ		85%				
	Leje > = 3 måneder	LH	FT		85%				
	Tilbehør og vedligeholdelse af CPAP-apparatur, ekskl. købsår	LH	FT	1 år	85%	350			

11	Blodtryksmåler	LH	FT	5 år	85%	125	125		
	Reparation	Godtgøres ikke			0%				
12	Aerosol								
	Køb	LH	FT	5 år	85%	125	125		
	Leje	LH	NEJ		85%				
	Leje > = 3 måneder	LH	FT		85%				
	Reparation	Godtgøres ikke			0%				
13	Hjælpemidler til kontrol og behandling af diabetes, der behandles med insulin								
	Blodsukkerapparat	LH	FT	3 år	100%		75		
	Teststrimler, insulinkanyler, lancetter	LH	FT		100%				Kun LH ved første køb
14	Hjælpemidler til kontrol og behandling af type 2-diabetes, som ikke er insulinkrævende, med et glykeret hæmoglobinniveau på over 7 %								
	Blodsukkerapparat	LH	FT	3 år	85%	75			
	Teststrimler	LH	FT		85%	500			Maks. godtgørelsesberettiget beløb pr. år
15	Inkontinenshjælpemidler	LH	FT	1 år	85%	600	600		*
16	Stomihjælpemidler	LH	NEJ		85%				
17	Hårprotese - paryk	LH	FT	1 år	85%	750	750		
18	Tilrettede ortopædiske sko efter mål								
	Køb ved deformitet af foden, som ikke giver 100 % dækning	LH	FT		85%	720	NA		2 par om året
	Køb ved deformitet af foden, som giver 100 % dækning	LH	FT		100%	NA	1.440		2 par om året
	Køb ved alvorlig sygdom i foden	LH	FT		100%	NA			2 par om året
	Reparation, mod faktura	NEJ	NEJ		85%				
19	Kunstige lemmer, dele af lemmer, ortoser til led								
	Anskaffelse	LH	FT	Afgøres individuelt, overslag skal fremlægges					
	Reparation, mod faktura	LH	FT	Afgøres individuelt					
20	Hjælpemiddel, hvis pris ansås at være over 2 000 EUR	LH	FT	Afgøres individuelt, overslag skal fremlægges					
	Specialhjælpemiddel, elektrisk eller elektronisk hjælpemiddel og/eller hjælpemiddel efter mål ved alvorlig sygdom (anskaffelse)	LH	FT	Afgøres individuelt, overslag skal fremlægges					
									*

21	Irrigationssæt og termometre	Godtgøres ikke			0%				
22	Vacuumpumpe til brug ved impotens	LH	FT			200	200		
23	Apparat til at måle blodets koaguleringsstid	LH	FT					Kriterier: ved livslang antikoagulering	
24	Kanyler	LH	FT					Kriterier: diabetes (jf. punkt 13) eller andre kroniske sygdomme, der nødvendiggør gentagne indsprøjtninger	
25	Udgifter til permanent indretning af bolig eller køretøj, boligautomatisering, edb-hjælpemidler, teleovervågning, inventar, som ikke entydigt er lægeligt betinget, f.eks. hvilestol og tilsvarende genstande, er ikke omfattet af sygeforsikringsordningen og godtgøres derfor ikke.	Godtgøres ikke			0%				*

Afsnit III – PROCEDURER

Kapitel 1 – Godtgørelsesanmodning og bilag

1. Generelle bestemmelser

- 1.1. De ydelser, der er beskrevet i afsnit II i nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser, skal udføres af officielt godkendte læger eller behandlere eller hospitaler eller andre sundhedsinstitutioner, som er behørigt godkendt af de kompetente myndigheder.
- 1.2. Den fælles sygeforsikringsordning dækker ikke udgifter til en sundhedsarbejders (læge, tandlæge, jordemoder, sygeplejerske, plejepersonale osv.) behandling af ægtefælle, anerkendte partner, slægtninge i nedad- og opadstigende linje, svigerfar, svigermor, brødre, søstre, svogre, svigerinder, svigersønner og svigerdøtre, onkler og tanter, nevøer og niecer. Udgifter til artikler og udstyr, der bruges til behandlingen, godtgøres dog efter den fælles sygeforsikringsordnings bestemmelser.

2. Anmodning om godtgørelse

Anmodninger om godtgørelse indgives af den tilsluttede ved hjælp af blanketten "Godtgørelsesanmodning", som i behørigt udfyldt stand skal indsendes senest 18 måneder efter datoen for ydelsen, medmindre der er tale om force majeure.

Den tilsluttede skal på blanketten angive godtgørelsestypen, dvs.:

- a) "Normal" godtgørelse
- b) Godtgørelse af "ulykke eller erhvervssygdom" (med angivelse af den tilhørende reference)
- c) Godtgørelse af "alvorlig sygdom" (med angivelse af den tilhørende reference)
- d) Godtgørelse for "personale med tjenestested uden for EU".

3. Krævede oplysninger

- 3.1 De originale kvitteringer eller notaer (dog ikke ved supplerende godtgørelse) med angivelse af dato og honorar for hver enkelt ydelse. Kopier, genpartier og rykkere godkendes ikke, medmindre der er tale om behørigt dokumenteret force majeure som f.eks. bortkomst, tyveri eller ødelæggelse af bilag.

Ved kirurgiske indgreb skal kirurgen angive arten af indgrebet. Denne oplysning kan af fortrolighedshensyn indleveres i en lukket kuvert adresseret til afregningskontorets rådgivende læge.

3.2 Den originale henvisning/recept. En kopi af henvisningen/recepten eller ethvert andet officielt dokument, som indeholder oplysningerne på henvisningen/recepten, godkendes, hvis behandleren har pligt til at beholde originalen, eller ved gentagelse af plejen eller behandlingen.

3.3 Referencenummer i forhåndstilladelse eller overslag over tandlægeudgifter.

Den tilsluttede har pligt til at underskrive godtgørelsesanmodningen som bevis for, at de vedlagte bilag er korrekte, og at de vedlagte fakturaer er betalt.

En godtgørelsesanmodning, som ikke er underskrevet, behandles ikke.

4. **Særlige bestemmelser**

4.1. Anmodninger om særlig godtgørelse, jf. artikel 24 i den fælles sygeforsikringsordning, skal indgives inden for en frist på 12 måneder fra datoen for godtgørelsen af udgifterne til den seneste ydelse inden for den pågældende tolv månedersperiode.

4.2. For ydelser, som ikke er angivet i euro, vil godtgørelsessatsen og godtgørelsen blive beregnet ved hjælp af den vekselkurs, der var gældende i den måned, hvor godtgørelsesanmodningen blev registreret i afregningskontoret.

Afregningskontoret kan dog i tilfælde af store devalueringer anvende vekselkursen for den måned, hvor den seneste af lægebehandlingerne i godtgørelsesanmodningen fandt sted. Denne undtagelse er begrænset til de lægebehandling, der har fundet sted inden for de seneste tre måneder inden devalueringen.

4.3. Godtgørelsen overføres til den bankkonto, hvorpå den pågældendes løn eller pension indbetales.

5. **Bilag**

5.1. Kvitteringer og notaer skal overholde gældende lovgivning i det land, hvor de er udstedt, og indeholde følgende oplysninger:

- den syges fulde navn
- ydelsens eller behandlingens art
- dato og honorar for de enkelte ydelser
- behandlerens navn og adresse.

5.2. Forskud eller foreløbige regninger godtages ikke, medmindre de indgives samtidig med den endelige regning.

6. Lægemidler

Godtgørelse af lægemidler sker på grundlag af kvitteringer eller regninger fra apoteket, som skal indeholde oplysning om:

- navnet på den læge, der har udstedt recepten
- patientens fulde navn
- betegnelsen for den ordinerede medicin og ved generisk medicin navnet på det udleverede præparat eller sammensætningen af præparatet ved magistrelle recepter (præparatets nummer er ikke tilstrækkeligt)
- prisen for hvert enkelt præparat
- angivelse af den fulde pris og for personer, der er tillægsgforsikret, den pris, der faktisk er betalt
- den dato, hvor præparaterne er udleveret
- apotekerens stempel og underskrift.

Disse oplysninger kræves også ved fornyelse af recept.

Kapitel 2 – Forebyggende helbredsundersøgelser

1. Efter forslag fra lægerådet og høring af Forvaltningskomitéen for Sygeforsikringsordningen vedtager hovedkontoret listen over de lægeundersøgelser, der indgår i de forebyggende helbredsundersøgelser. Det er den sikredes alder og køn, der er afgørende for, hvilke undersøgelser der foretages, og hvor tit. De tilsluttede oplyses herom.

Helbredsundersøgelseernes sammensætning kan ændres afhængig af den lægevidenskabelige udvikling inden for området.

2. Sikrede, som ønsker at gennemgå en forebyggende helbredsundersøgelse, skal anmode afregningskontoret om tilladelse hertil. Efter at have undersøgt, om den sikrede har ret hertil, og hvor tit undersøgelsen skal foretages, giver afregningskontoret over for et godkendt lægecenter tilsagn om at afholde udgifterne.

Udgifterne dækkes 100 % og afregnes direkte af den fælles sygeforsikringsordning, og der udstedes ingen regning til den tilsluttede, men det forudsætter, at undersøgelserne foretages i de godkendte lægecentre og med den hyppighed, der er fastsat for de forebyggende helbredsundersøgelser.

Udgifter til eventuelle yderligere undersøgelser, som ikke indgår i det forebyggende undersøgelsesprogram, godtgøres efter de gældende bestemmelser.

Udgifter til befordring, ophold og ledsager godtgøres ikke.

3. Hvis den sikrede ikke har mulighed for at benytte sig af et af de godkendte lægecentre af grunde, som han/hun ingen indflydelse har på, kan afregningskontoret give tilladelse til, at der foretages tilsvarende forebyggende helbredsundersøgelser i et lægecenter eller hos en behandler på den sikredes tjenested eller bopælssted. For at få disse udgifter dækket 100 % skal den tilsluttede indsende en særlig godtgørelsesanmodning med en specificering af de enkelte udgifter; de originale bilag skal være vedlagt.

Kapitel 3 – Bestemmelser om tillægsforsikring

1. Definition

Formålet med tillægsforsikringen er at garantere sikrede, som er dækket gennem en national socialsikringsordning, den samme godtgørelse af lægeudgifter, som hvis de havde været primærforsikret gennem den fælles sygeforsikringsordning, dog uden at det medfører uberettigede udgifter for den fælles sygeforsikringsordning.

Godtgørelsen må aldrig være på over 100 %, selv ved dækning gennem en privat tillægsforsikring, medmindre det ikke er muligt at beregne den nøjagtige refusion, da der i den private tillægsforsikring opereres med standardsatser.

2. Målgruppen for tillægsforsikring

Den fælles sygeforsikringsordning kan fungere som tillægsforsikring for:

- 2.1. Tilsluttede, jf. definitionen i artikel 2 i den fælles ordning, som er primærforsikret i en anden ved lov eller administrativt fastsat sygeforsikring.
- 2.2. Den tilsluttedes ægtefælle eller anerkendte partner, som ikke har lønnet erhvervsarbejde, og som ikke har indkomst fra en tidligere beskæftigelse, men som kan være omfattet af en anden ved lov eller administrativt fastsat sygeforsikring, og som frivilligt er tilsluttet en anden ved lov eller administrativt fastsat sygeforsikring.
- 2.3. En ægtefælle eller anerkendt partner, som har lønnet erhvervsarbejde eller har en indkomst fra en tidligere beskæftigelse, som defineret i den fælles ordnings artikel 13, stk. 2; det er en forudsætning, at den årlige indkomst, før skatten er trukket fra, er mindre end grundlønnen for en tjenestemand i lønklasse AST 2/1 korrigeret med justeringskoefficienten for det land, hvor indkomsten oppebæres, og at vedkommende har en sygeforsikring, som dækker alle de ydelser, som garanteres af den fælles sygeforsikringsordning.
- 2.4. For at bevare retten til tillægsforsikring for sin ægtefælle eller partner skal den tilsluttede hvert år sende afregningskontoret det senest foreliggende officielle bevis (f.eks. skatteopgørelse eller andre dokumenter udstedt af de nationale myndigheder) for, hvor stor en indkomst ægtefællen/partneren har inden skat.

På dette grundlag kan retten forlænges fra den 1. juli i indeværende år til den 30. juni i efterfølgende år.

I tilfælde, hvor en ægtefælle/partner i årets løb begynder at få en arbejdsindtægt, finder vurderingen af, om vedkommende stadig har ret til at være tillægsforsikret, sted på

grundlag af den faktiske indtægt (før fradrag af skat) i den berørte del af året, dvs. fra tidspunktet for den første lønudbetaling.

Hvis der i årets løb sker ændringer i ægtefællens/partnerens lønindtægt, har det kun betydning for fastsættelse af rettighederne i det efterfølgende år.

- 2.5. Den tilsluttedes forsørgelsesberettigede børn, jf. artikel 2 i bilag VII til vedtægten, forudsat at de er primærforsikret gennem ægtefællens eller partnerens sygeforsikringsordning, jf. ovenfor, uden supplerende betaling.

3. Bestemmelser

De tillægsforsikrede skal først henvende sig til deres primære nationale socialsikringsordning for at få deres lægeudgifter godtgjort, idet den fælles sygeforsikringsordning kun fungerer som tillægsforsikring.

Udgifter til ydelser, som primærforsikringen ikke godtgør, kan dog godtgøres af den fælles sygeforsikringsordning, hvis den godtgør disse ydelser. I så fald er godtgørelsen fra den fælles sygeforsikringsordning lig med godtgørelsen til en primærforsikret.

Hvis det frie valg af tjenesteyder gør, at primærforsikringen ikke dækker bl.a. udgifter til ydelser i udlandet, kan den fælles sygeforsikringsordning træde til med dækning af de ydelser, som den godtgør, dog under forudsætning af at det dokumenteres, at alle procedurer og regler i primærforsikringen på forhånd er blevet overholdt. Den fælles sygeforsikringsordning træder kun i stedet for primærforsikringen i forbindelse med de berørte ydelser.

Tillægsforsikrede, som er afhængige af en offentlig sygesikringsordning, kan ikke få godtgjort udgifter til privatbehandling, jf. listen nedenfor, medmindre det bevises, at den offentlige ordning udviser en klar mangel, f.eks. hvis der er ventetid, eller behandlingen ikke tilbydes:

- indlæggelse på hospital og kirurgiske indgreb
- hospitalsbehandling og -undersøgelser
- hvile- og behandlingshjem
- sygeplejer
- badekur og rekonvalescensophold.

Der kræves en forhåndstilladelse.

Den fælles sygeforsikringsordning godtgør andre ydelser, som ikke er opført på ovennævnte liste, dog under forudsætning af at den godtgør disse ydelser.

Begrænsningerne i det frie valg gælder hverken for den tilsluttede eller dennes forsørgelsesberettigede børn, som er tillægsforsikret.

4. Godtgørelse

Godtgørelsesanmodningerne skal indsendes til afregningskontoret på de sædvanlige vilkår.

Ved delvis dækning gennem primærforsikringen skal godtgørelsesanmodningen vedlægges en kopi af regningerne samt den originale opgørelse fra primærforsikringen med en specificering af de godtgjorte ydelser.

I de tilfælde, hvor patienten ikke afholder alle omkostninger i forbindelse med en ydelse, men kun patientens del af udgifterne (f.eks. egenbetaling og honorartillæg), kræves det dog, at den samlede pris og størrelsen af primærforsikringens godtgørelse opgives og ikke kun det beløb, som den forsikrede i praksis har betalt.

Eftersom tillægsgodtgørelsen beregnes for hver enkelt ydelse, skal det angives, hvor stort et beløb, der allerede er godtgjort for hver ydelse. Der vil kun blive taget hensyn til den eventuelle forskel mellem den beløbsgrænse, som gælder i den fælles sygeforsikringsordning, og det beløb, som er modtaget fra den fremmede ordning, under overholdelse af de procentsatser og maksimumsbeløb, der kan godtgøres.

Hvis det er umuligt at få alle udgifter til en ydelse godtgjort, og ydelsen i øvrigt er godtgørelsesberettiget, kan patientens egenbetaling godtgøres med de satser, der gælder i den fælles ordning.

Hvis den fælles sygeforsikringsordning træder i stedet for primærforsikringen, skal den originale regning, som skal være betalt, vedlægges godtgørelsesanmodningen; det skal på regningen være angivet, hvorfor den er afvist af primærforsikringen.

Kapitel 4 – Tilsagn om betaling og forskud

I henhold til artikel 30 i den fælles sygeforsikringsordning kan der udbetales forskud til de tilsluttede med henblik på afholdelse af større udgifter. De har i princippet form af betalingstilsagn og kun undtagelsesvist forskud.

Der gives ikke betalingstilsagn og udbetales forskud til sikrede, som er tillægfsforsikret gennem den fælles sygeforsikringsordning, medmindre der foreligger afgørende beviser for, at den fælles sygeforsikringsordning træder i stedet for primærforsikringen, jf. bestemmelserne i afsnittet om tillægfsforsikring.

1. Betalingstilsagn

Betalingstilsagn skal der anmodes om på forhånd, medmindre der er tale om nødsituationer eller force majeure.

Betalingstilsagn gives i følgende tilfælde:

- Ved hospitalsindlæggelse omfatter betalingstilsagnet de vigtigste regninger og kirurgens regninger.

Ved særskilt fakturering kan et betalingstilsagn også omfatte regningerne over udgifter til narkoselægen og dennes assistent.

Denne form for betalingstilsagn er gyldigt i 60 dage. Ved hospitalsindlæggelse af længere varighed skal der indsendes en anmodning om forlængelse til den rådgivende læge; anmodningen skal være vedlagt en lægeerklæring om årsagen til denne forlængelse.

- Ved omfattende ambulat behandling i forbindelse med alvorlig sygdom, f.eks. strålebehandling, kemoterapi og dialyse.
- Ved løbende køb af dyre lægemidler som f.eks. væksthormoner, gentagen anvendelse af ambulance eller sygetransport og kostbare undersøgelser, hvis den månedlige udgift er på mere end 20 % af den tilsluttedes grundpension eller -løn.

I forbindelse med betalingstilsagn vil den del, der efter fastsættelsen af godtgørelsen skal betales af den tilsluttede, i princippet blive fratrukket senere godtgørelser eller eventuelt den tilsluttedes løn, pension eller et hvilket som helst andet beløb, som den tilsluttede har til gode hos institutionen. Restbeløbet kan efter anmodning fra afregningskontoret overføres til den fælles sygeforsikringsordnings bankkonto.

2. Forskud

En tilsluttet, der er primærforsikret, kan efter anmodning få udleveret et kreditkort med en 60-dages betalingsfrist at regne fra månedens udgang.

Hvis det ikke er muligt at udstede et sådant kort, og den primært tilsluttede fremsætter en begrundet anmodning herom, kan der udbetales et forskud på godtgørelsen i form af en overførsel til den tilsluttedes bankkonto, hvis den tilsluttedes grundpension eller -løn er lig med eller mindre end grundlønnen for en ansat i lønklasse AST 2/1, og hvis lægeudgifterne, som den tilsluttede forventer at have i den efterfølgende måned er på over 20 % af grundpensionen eller -lønnen.

Forskuddet inddrives automatisk, hvis den tilsluttede ikke har indsendt en anmodning om godtgørelse af sine lægeudgifter tre måneder efter forskuddets udbetaling, medmindre der er tale om langvarig behandling og der ikke undervejs, men først ved behandlingens afslutning udskrives fakturaer.

Kapitel 5 – Anerkendelse som alvorlig sygdom

1. Definition

Som alvorlig sygdom anerkendes bl.a. tuberkulose, polio, kræft, sindssygdom og andre sygdomme, som af ansættelsesmyndigheden anses for at være lige så alvorlige.

Disse sygdomme opfylder i forskellig grad følgende fire kriterier:

- nedsat forventet levetid
- kronisk karakter
- omfattende diagnostiske og/eller terapeutiske procedurer
- tilstedeværelse af eller risiko for et alvorligt handicap.

2. Hvad omfatter dækningen?

Godtgørelsen på 100 % dækker:

- lægeudgifter, som i lyset af den videnskabelige viden anses for at være direkte forbundet med den alvorlige sygdom, uanset om det er i forbindelse med diagnose, behandling, tilsyn med sygdommens udvikling eller eventuelle komplikationer og følger
- godtgørelsesberettigede udgifter, der skyldes manglende selvhjulpenhed som følge af den alvorlige sygdom.

3. Procedurer

Sammen med anmodningen om at få en sygdom anerkendt som alvorlig sygdom skal der indsendes en detaljeret lægeerklæring i en fortroligstemplet kuvert til den rådgivende læge. Ved den første anmodning skal lægeerklæringen indeholde følgende oplysninger:

- dato for diagnosen
- den præcise diagnose
- sygdommens udviklingstrin og eventuelle komplikationer
- krævet behandling.

100 %-dækningen af udgifterne i forbindelse med alvorlig sygdom bevilges med en startdato (datoen i lægeattesten) og en slutdato med en dækningsperiode på højst 5 år.

Når tiden er inde, gør afregningskontoret den tilsluttede opmærksom på, at dækningen udløber, så han/hun kan indsende en ansøgning om forlængelse vedlagt en lægeerklæring med følgende oplysninger:

- sygdommens udvikling og

- fortsat behandlings- og/eller plejebehov.

Afgørelsen om en 100 %-dækning tages løbende op til vurdering på grundlag af de seneste oplysninger om personens helbred og de videnskabelige fremskridt for at vurdere, om dækningen stadig er nødvendig.

4. **Tilbagevirkende kraft**

I princippet tildeles 100 %-dækningen først fra den dato, der er angivet i den lægeerklæring, der følger med anmodningen om at få sygdommen anerkendt som alvorlig sygdom.

Hvis den tilsluttede indsender en begrundet anmodning herom med angivelse af, hvilke ydelser der er tale om på godtgørelsesoversigterne, kan 100 %-dækningen imidlertid efter høring af den rådgivende læge tildeles med tilbagevirkende kraft.

Den tilbagevirkende kraft kan dog ikke gå længere tilbage end den frist, der er angivet i artikel 32 i den fælles ordning.

Kapitel 6 – Fastsættelse af den særlige godtgørelse, jf. artikel 72, stk. 3, i vedtægten

Den særlige godtgørelse, der er fastsat i artikel 72, stk. 3, i vedtægten, beregnes på de betingelser og efter de bestemmelser, der er angivet i artikel 24 i den fælles ordning. Denne supplerende godtgørelse tildeles, når den tilsluttedes udgifter, som ikke må være udelukket fra artiklens anvendelsesområde af nærværende almindelige gennemførelsesbestemmelser, og som ikke er godtgjort, over en 12-måneders periode er større end halvdelen af den tilsluttedes gennemsnitlige vedtægtsbestemte indtægter pr. måned i samme periode.

Den del af de ikke-godtgjorte udgifter, der overstiger halvdelen af den gennemsnitlige indtægt, godtgøres med 90 % for tilsluttede uden medforsikrede og 100 % i øvrige tilfælde.

1. Bestemmelser

Ved beregningen af den særlige godtgørelse tages der udgangspunkt i tidspunktet for ydelsen og ikke tidspunktet for afregningen.

Tilsluttede, der kan komme i betragtning til at få den særlige godtgørelse, får enten automatisk eller efter anmodning tilsendt en meddelelse herom med udgangspunkt i de maksimumsudgifter, der er afholdt inden for de seneste 36 måneder. Der tages i denne forbindelse hensyn til den løntilpasning, der er fastsat i artikel 65 i vedtægten.

Den tilsluttede skal sende meddelelsen tilbage i underskrevet stand med angivelse af, hvilken 12-måneders periode han/hun ønsker at basere sig på. Hvis den tilsluttede ikke har valgt nogen periode, vælges den periode, der forekommer at være den mest gunstige for den tilsluttede til beregningen af den særlige godtgørelse.

Udgifter, som anmodes godtgjort efter udbetalingen af den særlige godtgørelse, kan ikke medføre supplerende udbetaling af særlig godtgørelse.

2. Særlige bestemmelser

Hvis den sammenhængende 12-måneders periode ikke begynder og slutter ved et månedsskifte, vil den gennemsnitlige grundløn, -pension eller -ydelse pr. måned blive fastsat på grundlag af de grundbeløb, der er udbetalt fra den første måned i den pågældende periode og indtil den sidste måned i perioden.

Hvis familiesituationen har ændret sig i den pågældende periode, vil der blive taget udgangspunkt i den gunstigste situation for den tilsluttede ved fastsættelsen af godtgørelsesprocenten.

Kapitel 7 – Fastsættelse af ligebehandlingskoefficienter, jf. artikel 20, stk. 5

For at sikre en ensartet behandling af ydelser, der afregnes i de forskellige EU-medlemsstater, fastsættes der mindst hvert andet år ligebehandlingskoefficienter, jf. artikel 20, stk. 5, i den fælles ordning.

1. Referencemedlemsstat

De maksimumsbeløb, der højst kan godtgøres i henhold til de almindelige gennemførelsesbestemmelser, er fastsat på grundlag af de i Belgien almindeligt gældende priser for ydelserne.

2. Observationsperiode

Ved fastsættelsen af prisforskellene på sundhedsydelser mellem EU-medlemsstaterne tages der kun hensyn til de seneste to år.

3. Beregning af ligebehandlingskoefficienten

3.1. Med udgangspunkt i tilstrækkeligt repræsentative statistikker over de tilsluttedes udgifter i observationsperioden i de enkelte medlemsstater fastsættes der en ligebehandlingskoefficient for hver medlemsstat for at sikre, at alle ydelser med loft over godtgørelsen i praksis i 8 ud af 10 tilfælde godtgøres efter en sats, der kan ligestilles med satsen i referencemedlemsstaten.

3.2. Hvis der ikke foreligger tilstrækkeligt repræsentative statistikker, fastsættes ligebehandlingskoefficienten ved at sammenholde prisindekset for sundhedsydelser i den pågældende medlemsstat med referencemedlemsstaten.

Det er Eurostat's prisindeks for sundhedsydelser, der anvendes.

3.3. I fald de registrerede priser i en medlemsstat er mindre end priserne i referencemedlemsstaten, anvendes der ingen ligebehandlingskoefficient, og ydelserne godtgøres i overensstemmelse med de maksimale godtgørelsesbeløb, der er fastsat for referencemedlemsstaten.

3.4. Hvis priserne på sundhedsydelser i en medlemsstat har ændret sig så meget, at det ikke længere i 8 ud af 10 tilfælde er muligt at sikre en godtgørelsessats, der er sammenlignelig med godtgørelsessatsen i referencemedlemsstaten, skal

ligebehandlingskoefficienten revideres inden den 2-års frist, der er nævnt i artikel 20, stk. 5, i den fælles ordning.

DA

DA

Kapitel 8 – Fastsættelse af koefficient for godtgørelsesgrundlaget, jf. artikel 21, stk. 1

Lægeudgifter, der er afholdt i et land uden for EU, hvor sundhedsydelser er særligt dyre, reduceres ved hjælp af en koefficient for godtgørelsesgrundlaget, hvorefter vedtægtens godtgørelsessatser kan anvendes, idet der er fremkommet et udgiftsbeløb, som er sammenligneligt med det gennemsnitlige udgiftsniveau i EU's medlemsstater.

Der anvendes kun koefficienter for godtgørelsesgrundlaget for tredjelande, hvis prisindeks for sundhedsydelser er mindst 25 % højere end det konstaterede gennemsnit i Den Europæiske Union, og kun i de tilfælde, hvor prisen for ydelsen er mindst 25 % højere end den gennemsnitlige pris i EU. Hvis prisen for en ydelse er sammenlignelig med gennemsnitsprisen i EU, anvendes grundlagskoefficienten ikke på denne ydelse.

Grundlagskoefficienten anvendes ikke ved alvorlig sygdom efter høring af den rådgivende læge, hvis der ikke tilbydes en tilsvarende behandling for den pågældende sygdom inden for EU.

Koefficienten for godtgørelsesgrundlaget fastsættes ved at sammenholde prisindekserne for sundhedsydelser i det pågældende tredjeland med det konstaterede gennemsnit inden for EU.

Der anvendes OECD's og Eurostat's prisindekser for sundhedsydelser.

Koefficienterne føres regelmæssigt ajour, når der foreligger nye ajourførte indekser, hvorefter de tilsluttede får meddelelse herom.

Kapitel 9 – Revision af regnskaberne for den fælles sygeforsikringsordning, jf. artikel 45, stk. 5

1. I henhold til artikel 45, stk. 5, i den fælles ordning udnævner Kommissionens regnskabsfører en revisor med autorisation til at foretage den lovpligtige revision af virksomheders regnskaber i henhold til Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2006/43/EF.
2. I denne sammenhæng fastsætter regnskabsføreren efter høring af forvaltningskomitéen referencebetingelserne for den udnævnte revisors revision.
3. Den revisor, der udnævnes, skal være fuldstændig uafhængig af regnskabsføreren og dennes tjeneste og må under ingen omstændigheder, samtidig med at han foretager den lovpligtige revision af den fælles sygeforsikringsordnings regnskaber, optræde som rådgiver på et kommercielt grundlag.
4. Den udnævnte revisor skal gennem sin påtegning stå inde for, at den fælles sygeforsikringsordnings regnskaber er revideret.
5. Revisionspåtegningen kan have en af følgende tre former:
 - *Revisionspåtegning uden forbehold:* Revisor erklærer, at den fælles sygeforsikringsordnings årsregnskaber er formelt rigtige og pålidelige, og at de giver et korrekt billede af de opnåede resultater i det pågældende regnskabsår samt af den finansielle og formuemæssige situation ved regnskabsårets udgang.
 - *Revisionspåtegning med forbehold:* I dette tilfælde har revisor
 - a) konstateret fejl, mangler eller uregelmæssigheder i anvendelsen af regnskabsprincipperne, som ganske vist har haft betydelige følger, men ikke tilstrækkelige til at forkaste hele årsregnskabet, eller
 - b) ikke været i stand til at foretage revisionen i det omfang, han fandt nødvendigt; begrænsningerne har dog ikke været tilstrækkeligt omfattende til at afvise en påtegning.

Revisoren skal i påtegningen under alle omstændigheder klart redegøre for de fejl og begrænsninger, der har foranlediget forbeholdene. Herudover skal det, hvis det er muligt, for hvert enkelt forbehold under a) oplyses, hvor store beløb der er berørt. Det skal af beløbsoplysningerne fremgå, hvilken betydning det har for kontoen i årsregnskaberne, regnskabsårets resultat og åbningsbalancen, hvis fejlen har nogen betydning for den.

Med henblik på b) skal det præciseres, hvilke beløb i årsregnskaberne der eventuelt er påvirket af de begrænsninger, der har været for kontrollen.

- *Afvisning af påtegning*: Revisoren har:
 - a) konstateret fejl, mangler eller uregelmæssigheder af et sådant omfang, at der er tvivl om hele årsregnskabet pålidelighed og formelle rigtighed
 - b) været pålagt begrænsninger og skullet arbejde under forhold af en sådan art, at han ikke har været i stand til at vurdere hele årsregnskabet.

I begge disse situationer skal revisoren fremlægge den samme form for oplysninger om manglernes art og deres virkning udtrykt i beløb som i forbindelse med påtegning med forbehold.