

Lovforslag nr. L 141. Fremsat den 27. marts 2008 af ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen)

## Forslag

til

# Lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer

(Friere sygehusvalg, udvidet behandlingsret for psykisk syge børn og unge, kontaktpersoner på sygehuse, udvidet adgang til Medicinprofilen, kommunal fysioterapi, nationalt forebyggelsesråd m.v.)

### § 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, foretages følgende ændringer:

1. I § 24, stk. 3, ændres »§ 7, stk. 1, i lov om udøvelse af lægegerning« til: »§ 42 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed«.

2. I § 51, stk. 1, ændres »sygehusvalg« til: »og udvidet frit sygehusvalg m.v.«

3. I § 51 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:  
»Stk. 2. Patientkontorerne skal informere praktiserende læger og speciallæger om reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg m.v. og om deres patienters valgmuligheder i sygehusvæsenet, jf. §§ 86-87 d.«

Stk. 2-7 bliver herefter stk. 3-8.

4. I § 79, stk. 2, ændres »Polio-, Trafik- og Ulykesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium« til: »PTU's RehabiliteringsCenter«.

5. § 87 affattes således:

»§ 87. En person, som er henvist til sygehusbehandling, kan vælge at blive behandlet på et af

de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 5 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Stk. 2. I opgørelsen af tidsfristen efter stk. 1 medregnes ikke perioder, hvor personen gennemgår et forundersøgelserforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen.

Stk. 3. En person, som har fået tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus, kan vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis regionsrådet ændrer datoen.

Stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om afgrænsning af og vilkår for behandling, der er omfattet af stk. 1 og 3, og kan herunder undtage bestemte behandlingsformer. Endvidere fastsætter ministeren regler om regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om denne behandling.

Stk. 5. Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i

Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter stk. 1 og 3. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse.

*Stk. 6.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om krav til dokumentation m.v. fra de privatejede sygehuse, klinikker m.v., der indgår aftale efter stk. 4.«

6. Efter § 87 indsættes:

»Kapitel 20 a

*Udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge*

§ 87 a. Personer, som ikke er fyldt 19 år ved henvisning til psykiatrisk undersøgelse eller behandling, kan vælge at blive undersøgt og behandlet efter bestemmelserne i §§ 87 b-87 d.

§ 87 b. En person, som er henvist til psykiatrisk undersøgelse, kan vælge at blive undersøgt på et af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale med regionsrådene efter § 87 c, stk. 1 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse).

*Stk. 2.* Viser den psykiatriske undersøgelse, at en person har behov for hurtigt at modtage behandling for at undgå forværring af sin lidelse, kan vedkommende vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde behandling inden 2 måneder efter undersøgelsens afslutning.

*Stk. 3.* Selv om bopælsregionen tilbyder behandling inden 2 måneder, kan en person, der efter stk. 1 er blevet undersøgt på et aftalesygehus, og som har behov for hurtig behandling, jf. stk. 2, vælge at blive behandlet på det aftalesygehus, hvor personen er blevet undersøgt, hvis aftalesygehuset kan tilbyde behandling i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen.

*Stk. 4.* Retten efter stk. 1 og 2 til at vælge at blive undersøgt og behandlet på et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden til undersøgelse eller behandling på aftalesygehuset overstiger ventetiden hertil på bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse.

§ 87 c. Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om undersøgelse og behandling efter §§ 87 a og 87 b. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse.

§ 87 d. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder efter dette kapitel, herunder om krav til dokumentation m.v. til aftalesygehuse, jf. § 87 c, stk. 1, og om proceduren for henvisning af patienter m.v.«

7. I overskriften til kapitel 23 ændres »Regionsrådets oplysningspligt« til: »Oplysningspligt«.

8. I § 90, stk. 1, nr. 2, indsættes efter »§ 87,«: »henholdsvis 2 måneder efter reglerne i §§ 87 a og 87 b,«.

9. I § 90, stk. 1, nr. 3 og 6, ændres »og 87« til: »-87 b«.

10. Efter § 90 indsættes:

»Kapitel 23 a

*Kontaktpersoner*

§ 90 a. Regionsrådet tilbyder en eller flere kontaktpersoner til en patient, der modtages til behandling på regionens sygehuse, hvis behandlingsforløbet strækker sig over mere end ét døgn.

*Stk. 2.* Regionsrådet skal mundtligt og skriftligt oplyse patienten om kontaktpersonens navn og funktion senest dagen efter behandlingens påbegyndelse.

*Stk. 3.* Kontaktpersonen skal være en sundhedsperson, jf. dog stk. 4, som medvirker ved behandlingen af patienten.

*Stk. 4.* Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om kontaktpersoners funktioner og regler om, at andre end sundhedspersoner kan udpeges som kontaktpersoner.

*Stk. 5.* Stk. 1-4 og regler fastsat i medfør af stk. 4 finder tilsvarende anvendelse for:

- 1) private sygehuse og institutioner m.fl., som regionsrådet har indgået overenskomst med eller på anden måde benytter, jf. § 75, stk. 2,
- 2) selvejende hospicer, som regionsrådet har indgået overenskomst med, jf. § 75, stk. 4,
- 3) private institutioner, som ministeren for sundhed og forebyggelse har bestemt, at frit

valg-reglerne i § 86 helt eller delvis finder anvendelse for, jf. § 75, stk. 5, og

- 4) private specialsygehuse m.fl., jf. § 79, stk. 2.«

11. I § 121, stk. 2, ændres »en læge« til: »læge eller sundhedsplejerske«.

12. Efter § 140 indsættes:

»Kapitel 39 a

*Fysioterapi m.v.*

§ 140 a. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksis-sektoren efter lægehenvi-sning.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan herudover tilbyde vederlagsfri behandling hos fysioterapeut efter lægehenvi-sning ved at etablere tilbud om fysioterapi på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner.

Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om behandling efter stk. 1 og 2 og om patientens mulighed for at vælge mellem fysioterapitilbud.

§ 140 b. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen tilbyder anden behandling end nævnt i § 140 a.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om behandling efter stk. 1.«

13. I § 141 a indsættes efter »Kommunalbestyrelsen træffer«: »i et møde«.

14. I § 142, stk. 1, ændres »euforiserende stoffer« til: »afhængighedsskabende lægemidler«.

15. I § 145 indsættes efter »der ordineres«: »på recept«.

16. I § 148, 2. pkt., § 150, stk. 1, 2. pkt., og § 151, 1. pkt., ændres »§ 22« til: »§ 81«.

17. I § 151 indsættes som 3. pkt.:

»I særlige tilfælde kan Lægemedelstyrelsen forlænge fristen til 60 dage med henblik på at forelægge sagen for Medicintilskudsnævnet, jf. § 155, inden der træffes afgørelse.«

18. I § 157, stk. 9, nr. 4, ændres », Sundhedsstyrelsens og Lægemedelstyrelsens« til: »og Sundhedsstyrelsens«, og »stk. 2-7 og« ændres til: »stk. 2-6,«

19. I § 157, stk. 9, indsættes efter nr. 4 som nyt nummer:

»5) Lægemedelstyrelsens adgang til elektronisk opslag i, inddatering af og videregivelse af oplysninger fra registret til apotekersystemer, kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer og elektroniske patientjournalsystemer på sygehuse og i lægepraksis, og«.

Nr. 5 bliver herefter til nr. 6.

20. § 157, stk. 9, nr. 5, der bliver nr. 6, affattes således: »de i stk. 2-5 nævnte personers adgang og pligt til elektronisk at indberette oplysninger til registret, opdatere oplysninger hidrørende fra registret og korrigere urigtige oplysninger, herunder tekniske krav og formkrav til sådanne indberetninger, opdateringer og korrektioner.«

21. I § 171, stk. 2, ændres »§§ 86 og 87« til: »§§ 86, 87 og 87 b«.

22. I § 219, stk. 1, 1. pkt., indsættes efter »én gang årligt«: », jf. dog stk. 2,«.

23. I § 219 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»Stk. 2. Hvis der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl eller mangler ved de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet m.v., eller hvis der alene konstateres få fejl eller mangler, som efter Sundhedsstyrelsens skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, kan styrelsen beslutte, at tilsynsbesøg ikke gennemføres på vedkommende plejehjem det følgende år. Beslutning herom indføres i tilsynsrapporten, jf. stk. 3. Kommunalbestyrelsen underretter Sundhedsstyrelsen om væsentlige ledelsesmæssige og organisatoriske ændringer, som efterfølgende måtte blive gennemført på vedkommende plejehjem.«

Stk. 2-6 bliver herefter stk. 3-7.

24. I § 219, stk. 4, der bliver stk. 5, ændres »stk. 3« til: »stk. 4«.

25. I § 219, stk. 5, der bliver stk. 6, ændres »stk. 1-4« til: »stk. 1 og 3-5«.

26. I § 219, stk. 6, der bliver stk. 7, ændres »stk. 1-3« til: »stk. 1, 3 og 4«.

27. *Overskriften til kapitel 68* affattes således:

»*Det Nationale Forebyggelsesråd*«.

**28. § 223, stk. 1, affattes således:**

»Ministeren for sundhed og forebyggelse ned-sætter et uafhængigt, sagkyndigt forebyggelses-råd. Rådet har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådet har til op-gave at bidrage til debat og til at inspirere de myndigheder og miljøer, som varetager forebyg-gelsesopgaver.«

**29. § 223, stk. 2, affattes således:**

»Rådet afgiver hvert tredje år en beretning om rådets arbejde til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse.«

**30. § 223, stk. 3, affattes således:**

»Rådet består af 13 medlemmer, som beskik-kes af ministeren for sundhed og forebyggelse for 4 år ad gangen på baggrund af deres sag-kundskab inden for forebyggelse og sundheds-fremme, dog således at der hvert andet år udpe-ges henholdsvis 6 og 7 medlemmer. Ministeren for sundhed og forebyggelse udpeger rådets for-mand blandt rådets medlemmer.«

**31. I § 224 indsættes efter 1. pkt.:**

»Kommunalbestyrelsen træffer afgørelser om ydelser efter §§ 140 a og 140 b.«

**32. I § 227, stk. 1, ændres », 72,« til: »og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b,«.**

**33. I § 227, stk. 2, ændres », 72« til: »og 72, § 140 a, stk. 3, jf. stk. 1, og §§ 140 b.«.**

**34. I § 227, stk. 5 og 6, indsættes efter »region«: »eller en kommune«.**

**35. I § 227, stk. 7, 1. pkt., indsættes efter »klage-systemet, på«: »kommunalt,«.**

**36. I § 228 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:**

»Stk. 2. Regionsrådet kan efter aftale med kommunalbestyrelsen varetage afregningen af den del af betalingen for en ydelse til praktise-rende fysioterapeuter, som det ikke påhviler den sikrede at betale.«

Stk. 2 bliver herefter stk. 3.

**37. I § 229 indsættes efter »regionernes«: »og kommunernes«.**

**38. Efter § 251 indsættes:**

»Fysioterapiydelser m.v.

**§ 251 a.** Bopælskommunen afholder udgifter til fysioterapiydelser m.v. efter §§ 140 a og 140 b.«

**39. I § 262, stk. 1, 1. pkt., ændres »og 86 og § 87, stk. 1,« til: », 86, § 87, stk. 1 og 2, § 87 b, stk. 1,«**

## § 2

I lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og er-statningsadgang inden for sundhedsvæsenet, som ændret ved § 95 i lov nr. 451 af 22. maj 2005, § 77 i lov nr. 538 af 8. juni 2006, § 2 i lov nr. 1556 af 20. december 2006, lov nr. 432 af 8. maj 2007 og § 24 i lov nr. 523 af 6. juni 2007, foretages følgende ændringer:

**1. I § 6 indsættes efter nr. 3 som nyt nummer:**

»4) fysioterapi m.v. efter §§ 140 a og 140 b i sundhedsloven,«.

Nr. 4-7 bliver herefter nr. 5-8.

## § 3

I lov nr. 537 af 24. juni 2005 om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd, og Hovedstadens Sygehusfællesskab, som ændret ved § 11 i lov nr. 382 af 3. maj 2006, § 40 i lov nr. 499 af 7. juni 2006 og § 2 i lov nr. 510 af 6. juni 2007, foretages føl-gende ændringer:

**1. I § 37, stk. 4, indsættes efter »jf. dog stk. 5«: »og 6«.**

**2. I § 37 indsættes efter stk. 5 som nyt stykke:**

»Stk. 6. De medlemmer af nævnet, der er beskikket efter indstilling fra KL (Kommunernes Landsforening), har hver 3 stemmer, når nævnet træffer beslutninger vedrørende indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.v. om vilkår for de ydelser, som kommunalbestyrelsen tilbyder i medfør af sundhedslovens § 140 a, stk. 1, og bestemmelser fastsat i medfør af sundhedslovens § 140 b.«

Stk. 6 og 7 bliver herefter stk. 7 og 8.

**3. I § 37, stk. 7, der bliver stk. 8, indsættes efter »regler for nævnets virksomhed«: », og kan her- under fravige stk. 7.«.**

## § 4

I lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed foretages følgende ændringer:

1. I *overskriften før § 5* indsættes efter »*autorisation*«: »*m.v.*«

2. I § 5 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»*Stk. 2.* En autoriseret sundhedsperson kan meddele til Sundhedsstyrelsen, at vedkommende vil indskrænke sit virksomhedsområde for en periode eller indtil videre. Virksomhedsindskrænkningen ophører, når perioden for indskrænkningen er udløbet. Virksomhedsindskrænkningen kan i øvrigt inden for en fastsat tidsfrist ophæves helt eller delvis efter ansøgning til Sundhedsstyrelsen, hvis de omstændigheder, der begrundede indskrænkningen, ikke længere er til stede.«

Stk. 2 og 3 bliver herefter stk. 3 og 4.

3. § 5, *stk. 2*, der bliver stk. 3, affattes således:

»*Stk. 3.* Sundhedsstyrelsens afgørelse om generhvervelse og om ophævelse af virksomhedsindskrænkning kan påklages til ministeren for sundhed og forebyggelse. Afslår ministeren klagen, kan klageren forlange afgørelsen indbragt for domstolene, hvis der er forløbet mindst 1 år efter, at den pågældende har fraskrevet sig autorisationen eller indskrænket sit virksomhedsområde, eller efter, at generhvervelse eller ophævelse af virksomhedsindskrænkningen senest er nægtet ved dom. Ministerens afgørelse skal indeholde oplysning om adgangen til at begære domstolsprøvelse og om fristen herfor.«

4. I § 5, *stk. 3, 1. pkt.*, der bliver stk. 4, 1. pkt., ændres »*stk. 2*« til: »*stk. 3*«.

5. I § 13, *stk. 1, 2. pkt.*, indsættes efter »*autorisation*«: »og frivillig virksomhedsindskrænkning«.

6. § 41, *stk. 1, 1. pkt.*, affattes således:

»Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug kan alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, stk. 2.«

7. I § 76 indsættes efter »*frataget autorisation*«: »», har indskrænket«.

## § 5

I lov nr. 526 af 24. juni 2005 om fødevarer, som ændret ved § 6 i lov nr. 1430 af 21. december 2005, § 1 i lov nr. 1549 af 20. december 2006 og § 1 i lov nr. 110 af 26. februar 2008, foretages følgende ændring:

1. § 13 ophæves.

## § 6

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. januar 2009, jf. dog stk. 2-4.

*Stk. 2.* § 1, nr. 18-20, træder i kraft den 1. juli 2008.

*Stk. 3.* § 1, nr. 7-9, 11, 12, 15-17 og 27-38, §§ 2 og 3 samt sundhedslovens § 87 b, stk. 1, §§ 87 c og 87 d, som indsat ved denne lovs § 1, nr. 6, træder i kraft den 1. august 2008.

*Stk. 4.* § 1, nr. 2, 3 og 5, træder i kraft den 1. december 2008.

## § 7

*Stk. 1.* Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

*Stk. 2.* § 1, nr. 1, 11 og 22-30 og §§ 2 og 4 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

## *Bemærkninger til lovforslaget*

### Indhold:

1. Indledning
2. Lovforslagets hovedindhold
  - 2.1. Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge
  - 2.2. Udvidet frit valg ved afløst operation
  - 2.3. Bedre vejledning om valgmuligheder i sygehusvæsenet
  - 2.4. Indførelse af kontaktpersoner på sygehuse
  - 2.5. Udvidet adgang til Medicinprofilen
  - 2.6. Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi m.v. til kommunerne
  - 2.7. Graduering af plejehjemstilsynet
  - 2.8. Ophævelse af krav om ind- og udskolingsundersøgelse ved læge
  - 2.9. Det Nationale Forebyggelsesråd
  - 2.10. Mulighed for forlænget sagsbehandlingstid ved ansøgning om forhøjet tilskud til medicin
  - 2.11. Præcisering af hjemmel til at kræve, at enkelttilskud til et håndkøbslægemiddel betinges af, at lægemidlet ordineres på recept
  - 2.12. Præcisering af brug af afhængighedsskabende lægemidler i den lægelige behandling for stofmisbrug
  - 2.13. Lægers ret til ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug
  - 2.14. Adgang for autoriserede sundhedspersoners til frivillig indskrænkning af deres virksomhedsområde.
3. De økonomiske konsekvenser for det offentlige
4. De administrative konsekvenser for det offentlige
5. De økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.
6. De administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
7. De administrative konsekvenser for borgere
8. De miljømæssige konsekvenser
9. Forholdet til EU-retten
10. Hørte myndigheder og organisationer m.v.
11. Sammenfattende skema

### *Almindelige bemærkninger*

#### **1. Indledning**

Regeringen foreslår en række tiltag på sundhedsområdet, som hver for sig og i sammenhæng skal medvirke til at skabe et bedre sundhedsvæsen ved at udvide brugernes valgmuligheder, øge kvaliteten og sammenhængen i behandlingstilbuddene, øge fokus på forebyggelse og ved en mere effektiv udnyttelse af

sundhedsvæsenets ressourcer. En række af forslagene er led i eller skal ses i sammenhæng med kvalitetsreformen.

Regeringen foreslår en række udvidelser af borgerens valgmuligheder.

Der foreslås en trinvis indførelse af udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for børn og unge på det psykiatriske område, som satspuljepartierne har

indgået aftale om. Forslaget indebærer, at psykiatriske patienter under 19 år får ret til at få foretaget undersøgelse på privat klinik m.v. med aftale med regionerne, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde undersøgelse inden for 2 måneder. Det indebærer endvidere, at patienter også vil få ret til at få foretaget psykiatrisk behandling på en sådan privat klinik m.v., når undersøgelsen viser, at et hurtigt behandlingstilbud er nødvendigt for at undgå en forværring af lidelsen, og ventetiden på behandling overstiger 2 måneder.

Det foreslås, at patienter får udvidet frit valg, når sygehuset aflyser en operation.

Med henblik på at styrke borgernes grundlag for at benytte deres valgmuligheder i sygehusvæsenet foreslår regeringen, at patientvejlederne får pligt til at informere praktiserende læger og speciallæger om reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg og om deres patienters valgmuligheder.

Herudover foreslår regeringen en række initiativer til forbedring af patientsikkerheden og kvaliteten i behandlingen og plejen.

Efter aftale med Dansk Folkeparti foreslår regeringen at lovfæste, at patienter har ret til at få en kontaktperson ved behandling på sygehus, som skal sikre koordinering og dermed større sammenhæng i behandlingen.

For at tilvejebringe grundlaget for et enstrenget medicineringsgrundlag foreslår regeringen, at ministeren for sundhed og forebyggelse får bemyndigelse til at fastsætte regler om adgang til videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) og de elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis. Endvidere foreslås, at ministeren bemyndiges til at fastsætte formkrav for indberetning og korrektion af oplysninger til Medicinprofilen.

Regeringen foreslår at flytte myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne, for at skabe en sammenhængende og effektiv opgaveløsning på træningsområdet.

Som led i sikring af kvaliteten på plejehjemmene foreslås det, at der skabes grundlag for et gradueret plejehjemstilsyn, således at institutioner uden eller med få konstaterede fejl og mangler undergives færre tilsyn. Herved frigøres ressourcer, som kan anvendes til en øget indsats på plejehjem, hvor der er større behov for det.

Det foreslås at kravene til ind- og udskolingsundersøgelser gøres mere fleksible, så ikke kun læger men også sundhedsplejersker kan gennemføre de lovpligti-

ge undersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder.

Det foreslås at nedsætte et nationalt forebyggelsesråd for at styrke indsatsen for at forlænge danskernes levetid. Rådet har til opgave at bidrage til debat og til at inspirere de myndigheder og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaver.

Der foreslås en lovfæstelse af gældende praksis, hvorefter lægemidler, der kan købes i håndkøb, skal være købt på recept, for at patienten kan få enkelttilskud.

Der foreslås indført mulighed for at forlænge sagsbehandlingstiden i relation til ansøgninger om forhøjet tilskud til medicin, idet den almindelige sagsbehandlingsfrist på 14 dage i visse sager har vist sig uhensigtsmæssig, da fristen ikke levner mulighed for, at Lægemiddelstyrelsen kan rådføre sig med Medicin-tilskudsnavnet.

Det foreslås at udvide kredsene af læger, som kan ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug, til også at omfatte læger ved private institutioner, hvormed en kommunalbestyrelse eller et regionsråd har indgået aftale om behandling.

Der foreslås indført adgang til, at autoriserede sundhedspersoner over for Sundhedsstyrelsen kan indskrænke deres virksomhedsområde, og til at indskrænkningen kan ophæves efter samme procedure som ved fraskrivelse og generhvervelse af autorisation. Det vil give sundhedspersonen mulighed for frivilligt at indskrænke deres virksomhedsområde uden at skulle fraskrive sig autorisationen.

Herudover indeholder forslaget enkelte tekniske ændringer og præciseringer af gældende ret.

Som det fremgår, indeholder lovforslaget en række bestemmelser, der indfører nye eller forbedrer eksisterende rettigheder for brugerne af sundhedsvæsenet. Det gælder de udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for børn og unge på det psykiatriske område, udvidet frit valg, når sygehuset aflyser en operation og forslaget om kontaktpersoner i sygehusvæsenet.

Statsrevisorerne har på baggrund af en beretning fra Rigsrevisionen af december 2007 om maksimale ventetider på kræftbehandling udtalt, at man finder det utilfredsstillende, at det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium ikke via sygehusejerne havde sikret sig kendskab til, om de patientrettigheder, der er fastsat i ordningen, er tilgodeset.

Regeringen finder det selvsagt væsentligt, at kommuner og regioner m.fl., som har ansvaret for at admi-

## F. t. l. vedr. sundhedsloven m.v.

nistrere lovgivningen, overholder gældende regler og giver patienterne de rettigheder, som lovgivningen foreskriver. Regeringen forventer dog ikke at stille krav om nye individbaserede registreringer i forbindelse med de nye i patientrettigheder i lovforslaget. Det er muligt at overvåge patientrettighederne på forskellige måder uden individbaseret registrering. Der er således etableret en ordning, hvorefter regionerne en gang pr. kvartal indberetter, hvor stor en andel af patienterne, der har fået en kontaktperson. Denne ordning videreføres. Andre rettigheder vil indgå i akkrediteringsgrundlaget i den kommende danske kvalitetsmodel.

## 2) Lovforslagets hovedindhold

### 2.1. Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge

#### 2.1.1. Gældende ret

Efter de gældende regler i sundhedslovens § 86 om frit sygehusvalg, kan personer, der henvises til sygehusbehandling, vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2. Adgangen til at vælge kan dog begrænses for psykiatriske patienter, hvis hensynet til den pågældende taler for det, jf. sundhedslovens § 86, stk. 3. Denne bestemmelse kan kun bruges i undtagelsestilfælde, hvor f.eks. væsentlige hensyn til kontinuitet i behandlingen begrunder det.

Herudover har patienter, som er henvist af en læge til sygehusbehandling, siden den 1. juli 2002 haft et udvidet frit sygehusvalg efter sundhedslovens § 87, som er uddybet i bekendtgørelse nr. 1085 af 14. september 2007 om ret til sygehusbehandling m.v. Efter § 15 i bekendtgørelsen kan disse personer vælge at blive undersøgt og behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller i udlandet, som regionsrådene har indgået aftale med, hvis bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse, og behandling ved regionens egne sygehuse eller et af de sygehuse, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Bestemmelsen i § 15 i bekendtgørelsen gælder, jf. § 17 i bekendtgørelsen, ikke henvisning til psykiatrisk behandling.

Efter bekendtgørelsens § 32, stk. 1, skal regionsrådene i forening indgå aftale med de private sygehuse, klinikker m.v. her i landet og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af personer efter den udvidede fritvalgsordning. Kan parter-

ne ikke opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan ministeren for sundhed og forebyggelse efter § 32, stk. 3, efter anmodning fra de i stk. 1 nævnte sygehuse, klinikker m.v. fastsætte vilkårene herfor.

#### 2.1.2. Overvejelser og lovforslag

Sundhedsstyrelsens statusrapporter om udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed viser bl.a., at efterspørgsel efter diagnostik og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien har været stigende. Antallet af børn og unge, der henvises til de psykiatriske afdelinger, er på 10 år mere end fordoblet.

Sundhedsstyrelsens opfølgingsgruppe vedrørende børne- og ungdomspsykiatrien har konstateret, at udvidelsen af aktiviteten i sygehusvæsenet andrager omkring en fordobling af virksomheden. Det er imidlertid ikke lykkedes at reducere ventelisterne og ventetidene.

En faglig vurdering skal sikre, at de patienter, der har det største og mest akutte behandlingsbehov, prioriteres først. Dette gælder både for patienter, der har fysiske lidelser og patienter med psykiske lidelser.

Gruppen af børn og unge med psykiske problemer og vanskeligheder omfatter børn og unge med et bredt spektrum af forskellige tilstande, der strækker sig fra afgrænsede tilpasnings- og krisereaktioner til gennemgribende udviklingsforstyrrelser og egentlige sindssygdomme. For mange børn og unge kan vanskelighederne være af lettere eller forbigående karakter, hvis der i tide ydes den fornødne støtte, mens andre har behov for egentlig psykiatrisk behandling.

Det er regeringens opfattelse, at indsatsen også over for denne målgruppe principielt bør bygge på princippet om det laveste effektive omsorgsniveau, og at det er vigtigt, at børne- og ungdomspsykiatere ikke optages af arbejde, som fagligt forsvarligt og hensigtsmæssigt kan udføres af andre faggrupper, herunder i andre sektorer. Det er således vigtigt, at der er en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem primærsektoren repræsenteret ved undervisnings- og socialektoren samt den primære sundhedstjeneste og det specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske sygehusvæsen.

Et væsentligt element i bestræbelserne på at opnå en hensigtsmæssig arbejdsdeling er, at der ikke sker en uhensigtsmæssig overflytning af lettere opgaver fra andre sektorer til børne- og ungdomspsykiatrien. Derfor er hurtig undersøgelse inden for børne- og ungdomspsykiatrien særlig vigtig. Den vil muliggøre, at nogle patienter på baggrund af råd fra den psykiatriske ekspertise vil kunne modtage kvalificeret støtte, rådgivning m.v. fra bl.a. den praktiserende læge, den kommunale socialforvaltning eller i skolevæsenet,



indtil behandlingen om nødvendigt kan overtages af børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Undersøgelsen vil for andre eventuelt kunne klarlægge, at der ikke er tale om en psykiatrisk lidelse, som skal behandles i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, men som der skal tages hånd om i f.eks. skolevæsenet m.v. En hurtig undersøgelse forventes at medvirke til, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger kan iværksætte behandling i den rækkefølge, som de henviste patienters sygdom tilsiger.

Regeringen og satspuljepartierne blev i forbindelse med forhandlingerne om satspuljeaftalen 2007-2010 enige om, at psykiatriske patienters mulighed for hurtig undersøgelse og behandling skal udbygges, og at dette skulle understøttes dels ved at øge midlerne fra satspuljeaftalen til området, dels ved at arbejde hen i mod at give patienterne en ret til, ved ventetider af en vis længde at få tilbudt henvisning til en relevant klinik eller hospital, som regionsrådene har en aftale med.

Regeringen og partierne er enige om, at psykiatriske patienter, i takt med at mulighederne herfor tilvejebringes, skal have rettigheder svarende til de rettigheder somatiske patienter har i medfør af det udvidede frie sygehusvalg. Partierne har aftalt en gradvis indførelse af disse udvidede rettigheder i aftaleperioden. Satspuljepartierne er enige om, at der den 1. januar 2008 skal indføres ret til hurtig undersøgelse. Det indebærer ifølge aftalen, at en patient, der på henvisningstidspunktet er under 19 år, ved ventetider på over 2 måneder skal have ret til at lade sig undersøge på en klinik eller et hospital, som regionsrådene har en aftale med.

Partierne er endvidere enige om, at der den 1. januar 2009 skal indføres ret til hurtig behandling efter undersøgelse. Det indebærer ifølge aftalen, at patienter, hvis tilstand ved undersøgelsen tilsiger, at et hurtigt behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien er nødvendigt for at undgå en forværring af patientens lidelse, ved ventetid på behandling på over 2 måneder får ret til at lade sig behandle på en klinik eller et sygehus, som regionsrådene har en aftale med.

Partierne er desuden enige om den fælles målsætning, at alle patienter i psykiatrien fra 2010 skal have tilsvarende rettigheder.

Da lovforslaget ikke som oprindeligt tilsigtet er blevet vedtaget inden den 1. januar 2008, foreslås det, at det første trin om de udvidede rettigheder til undersøgelse inden for børne- og ungdomspsykiatrien træder i kraft den 1. august 2008.

Formålet med dette forslag er at indføre de første to trin i den gradvise indførelse af udvidede rettigheder på det psykiatriske område, som satspuljepartierne har indgået aftale om, dvs. indførelse af udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder på det børne- og ungdomspsykiatriske område.

Lovforslaget medvirker desuden til opfyldelsen af den deklaration og handleplan, som blev vedtaget på den europæiske ministerkonference »Mental health: facing the challenges, building solutions«, som WHO afholdt i Helsingfors i januar 2005. Det anføres i handleplanen bl.a., at behandlingen af børn og unge på grund af deres særlige sårbarhed bør have høj prioritet, og det anbefales, at medlemslandene forøger kapaciteten på området.

Endvidere medvirker forslaget til opfyldelsen af rekommandation 17/2006 af 1. november 2006 fra Nordisk Råd vedrørende forbedret tilgængelighed og nedbringelse af ventetider inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

En livstruende tilstand skal behandles her og nu med akut vurdering og evt. indlæggelse og om nødvendigt med tvangsindlæggelse i henhold til reglerne herom. Adgangen til den udvidede undersøgelses- og behandlingsret, som der lægges op til i forslaget, ændrer ikke ved sygehusvæsenets overordnede forpligtelse til at prioritere hurtig behandling af akut og livstruende sygdom.

Der foreslås gradvis indførelse af udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder på det børne- og ungdomspsykiatriske område, således at denne patientgruppe ved ventetider på mere end 2 måneder under visse betingelser får ret til at vælge undersøgelse og i visse tilfælde også behandling på et sygehus, en klinik m.v., som regionsrådene har indgået aftale med (aftalesygehus).

Fra den 1. august 2008 indføres efter forslaget en udvidet ret til undersøgelse. Ved undersøgelse i det foreslåede kapitel forstås den undersøgelse, som er nødvendig for at vurdere, om patienten har en psykisk lidelse, og for at tage stilling til om patienten skal behandles, og i givet fald hvilken behandling, der skal iværksættes. Undersøgelsen har til formål at afklare hvilken endelig behandling, der skal iværksættes, herunder om behandling i børne- og ungdomspsykiatrisk regi er nødvendig, eller om problemstillingen f.eks. mest hensigtsmæssigt kan håndteres i andet regi, f.eks. af de sociale myndigheder, i skolevæsenet m.v.

Fra den 1. januar 2009 udvides ordningen til også at omfatte en udvidet ret til behandling for patienter med behov for hurtig efterfølgende behandling. Målgrup-

pen for den udvidede behandlingsret, som følger af forslaget til § 87 b, stk. 2, er de patienter, hvor det på baggrund af en klinisk vurdering i forbindelse med undersøgelsen må antages, at tilstanden vil forværres, hvis behandling efter endt undersøgelse ikke påbegyndes inden 2 måneder.

Med henblik på at sikre kontinuitet i undersøgelses- og behandlingsforløbet foreslås det, at en person, der i henhold til § 87 b, stk. 1, er blevet undersøgt på et aftalesygehus, kan vælge at lade sig behandle på det aftalesygehus, hvor personen er blevet undersøgt, hvis aftalesygehuset kan tilbyde behandling i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen, jf. forslaget til § 87 b, stk. 3.

## 2.2. Udvidet frit valg ved aflyst operation

### 2.2.1. Gældende ret

Efter sundhedslovens § 87, stk. 1, har patienter ret til udvidet frit sygehusvalg til private sygehuse, klinikker m.v. og sygehuse i udlandet med aftale med regionsrådene efter § 87, stk. 4, (aftalesygehuse), hvis ventetiden på behandling i bopælsregionens sygehusvæsen overstiger 1 måned.

I opgørelsen af denne tidsfrist medregnes ikke perioder, hvor patienten gennemgår et forundersøgelserforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen.

Har en patient, der er henvist til sygehusbehandling, accepteret en tilbudt behandlingsdato, som sygehuset senere aflyser og udsætter, kan patienten i dag kun benytte det udvidede frie sygehusvalg, hvis den samlede ventetid på behandling da kommer til at overstige 1 måned.

Efter sundhedslovens § 90 skal regionsrådet, det vil i praksis sige de regionale sygehuse, senest 8 hverdage efter, at det har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten bl.a. om retten til udvidet frit sygehusvalg efter § 87. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt, hvilket er sket i bekendtgørelse nr. 1085 af 14. september 2007 om ret til sygehusbehandling m.v.

### 2.2.2. Overvejelser og lovforslag

Sygehusets aflysninger af operationer kan skyldes mange forhold, som fx andre patienters behov for akut behandling, sygdom hos sundhedspersonalet og svigt i det tekniske udstyr. En mere effektiv planlægning af operationskapaciteten mv. kan imidlertid være med til at nedsætte risikoen for, at sådanne forhold fører til aflysning af tilbudte behandlingsdatoer.

Når et sygehus aflyser en operation, går det ud over patienten, som kan have forberedt sig på operationen, og have indrettet sig på den tilbudte behandlingsdato i forhold til både sit privatliv og arbejdsliv. Patienten kan fx have arrangeret pasning af sine børn, taget fri fra arbejde, og selvstændige kan fx have ansat en vikar eller have annonceret midlertidig lukning af virksomheden. En aflysning kan derfor være til stor gene for patienten på flere måder.

Derfor foreslår regeringen, at en person, som har fået tilbudt en dato for en operation på et regionalt sygehus, der senere bliver aflyst, som kompensation skal kunne vælge at blive opereret på et aftalesygehus, hvis regionsrådet ikke kan tilbyde operationen på den tilbudte dato på det pågældende sygehus.

Med forslaget vil ministeren for sundhed og forebyggelse kunne fastsætte regler om afgrænsning af, vilkår for og regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om denne operation, og kan herunder undtage bestemte undersøgelses- og behandlingsformer. Desuden vil ministeren efter sundhedslovens § 90, stk. 2 kunne fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt i forbindelse med forslaget om udvidet frit sygehusvalg ved aflyst operation.

## 2.3. Bedre vejledning om valgmuligheder i sygehusvæsenet

### 2.3.1. Gældende ret

Efter sundhedslovens § 51, stk. 1, skal regionernes patientkontorer informere, vejlede og rådgive patienter om deres rettigheder, herunder reglerne om adgang til behandling, frit sygehusvalg, ventetider m.v. Patienter kan henvende sig dertil både forud for en henvisning til sygehus og efterfølgende og få information om deres muligheder for at benytte det frie og udvidede frie sygehusvalg.

Lægerne har pligt til at henvise patienter til de sygehuse, der er omfattet af det frie sygehusvalg, hvis patienterne vælger et af dem, og det kan varetage behandlingen. Alle de regionale sygehuse samt de specialsygehuse m.fl., der er nævnt i bekendtgørelse nr. 1085 af 14. september 2007 om ret til sygehusbehandling m.v., jf. § 11, stk. 1 og 2 er omfattet af det frie sygehusvalg.

Bopælsregionens sygehuse har pligt til at tilbyde patienter henvisning til et sygehus, der er omfattet af den udvidede fritvalgsordning, hvis ventetiden på behandling i bopælsregionens sygehusvæsen overstiger 1 måned.

### 2.3.2. Overvejelser og lovforslag

Når patienter henvises til sygehusbehandling, bør de informeres om deres valgmuligheder i sygehusvæsenet.

Med henblik på at styrke borgernes grundlag for at benytte disse valgmuligheder foreslår regeringen, at patientvejlederne får pligt til at informere praktiserende læger og speciallæger om reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg m.v. og om deres patienters valgmuligheder.

Informationspligten vil også omfatte reglerne om udvidet undersøgelses- og behandlingsret for psykisk syge børn og unge, som foreslås indført med lovforslaget.

Desuden skal patientkontorerne vejlede lægerne om den enkelte patients mulighed for at benytte det frie og udvidede frie sygehusvalg i den konkrete situation, når der opstår behov for det, samt om ventetider på relevante sygehuse. Denne vejledning kan danne grundlag for lægens vejledning af patienten herom. Patientkontorerne har allerede pligt til at give sådan vejledning til patienten selv, hvis patienten efterspørger den, jf. sundhedslovens § 51, stk. 1. Med forslaget får lægen mulighed for at indhente tilsvarende vejledning.

Lovforslaget indebærer, at patientkontorerne aktivt og opsøgende skal tilbyde de praktiserende læger og speciallæger information om reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg m.v.

Praktiserende læger og speciallæger vejleder i dag i et vist omfang deres patienter om frit valg i forbindelse med henvisning til sygehusbehandling m.v. Regeringen finder, at lægerne bør have støtte til at løfte denne informationsindsats. Med forslaget vil de få en sådan støtte, og den vil kunne ruste lægerne til bedre vejledning af patienterne. Det vil især komme de resourcesvage patienter til gode.

Det er i finanslovsaftalen for 2008 aftalt, at der samtidig skal ske en udbygning af Sundhedsstyrelsens ventefo samt udarbejdelse af centralt informationsmateriale, der aktivt kan bruges af patientkontorerne og de praktiserende læger i deres vejledning af patienterne.

## 2.4. Indførelse af kontaktpersoner på sygehuse

### 2.4.1. Gældende ret

Der er ikke fastsat regler om kontaktpersoner på sygehuse. Kontaktpersonordningen, som den fungerer i dag, er aftalt mellem regeringen og sygehusejerne som en del af økonomiaftalen for 2005. Der er således tale om en aftalebaseret ordning, hvorefter patienter i forbindelse med sygehusbehandling skal have tilbud

om at få en kontaktperson, men der er ikke tale om et lovmæssigt krav, som patienterne kan støtte ret på.

### 2.4.2. Overvejelser og lovforslag

Kontaktpersonordningen indgik som en del af det generelle rammeløft i økonomiaftalen for 2005. I aftaleteksten af 11. juni 2004 fremgår det: »Der er enighed om, at der for indlagte og kroniske patienter skal tilknyttes faste, navngivne kontaktpersoner til patientens forløb igennem sygehuse for dermed at øge kvalitet, sammenhæng og tryghed.«

Som opfølgning på aftalen har regionerne opgjort dækningsgraden af kontaktpersonordningen på de somatiske og psykiatriske sygehuse ud fra en fælles definition udarbejdet af temagruppen om koordinering og kontinuitet under Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. En kontaktperson er ifølge denne definition: »En sygehusansat sundhedsfaglig person tilknyttet den enkelte patient med særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb.«

Dækningsgraden af kontaktpersoner på sygehuse er opgjort efter følgende retningslinier:

- At der ved indlæggelse er udpeget en kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen.
- At der for ambulante patienter med mere end ét ambulant besøg er udpeget en kontaktperson.
- At kontaktpersonen er direkte involveret i patientforløbet (dvs. medvirker ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet).
- At navnet på kontaktpersonen er oplyst til patienten både mundtligt og skriftligt (eksempelvis visitkort), og at dette er dokumenteret i journalen.
- At patienten har fået oplyst, hvad ordningen indebærer.

Regeringen og Dansk Folkeparti har i foråret 2006 aftalt at overveje lovgivning, hvis kontaktpersonordningen ikke ved udgangen af 2006 var implementeret. Med udgangen af 2006 kunne det konstateres, at ordningen ikke var implementeret fuldt ud. En opgørelse af dækningsgraden efter de nævnte kriterier viste således, at der på de enkelte sygehuse var mellem 60-90 pct. af patienterne, der havde fået en kontaktperson.

Med lovforslaget forpligtes regionsrådet til at tilbyde kontaktpersoner til alle patienter, hvis behandling strækker sig over mere end ét døgn. Både patienter, der indlægges i mere end ét døgn, og patienter i ambulante behandlingsforløb, der strækker sig over mere end ét døgn, vil have krav på en kontaktperson.

Kontaktpersonerne skal være sundhedspersoner, der medvirker i behandlingen af den pågældende patient. Der er tale om et tilbud til patienten, og den en-

kelte patient kan derfor frabede sig at få udpeget en kontaktperson.

Formålet med kontaktpersonordningen er at skabe kvalitet, sammenhæng og tryghed under indlæggelsen og i ambulante forløb, idet kontaktpersonen får et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet, herunder for koordinering af de sundhedsfaglige ydelser samt for information til patienten om patientforløbet.

Kontaktpersonordningen kan medvirke til, at misforståelser i patientforløbet forebygges, og kontaktpersonen vil desuden fungere som patientens personificerede indgang til sygehusvæsenet.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har bedt regionerne fortsætte den kvartalsvise monitorering af dækningsgraden af kontaktpersonordningen, som foretages i dag. Opgørelserne, der offentliggøres på sundhed.dk, foretages for de enkelte organisatoriske enheder, men indeholder ikke mere detaljerede oplysninger på patientniveau.

## **2.5. Udvidet adgang til Medicinprofilen**

### **2.5.1. Adgang til elektronisk videregivelse af oplysninger**

#### **2.5.1.1. Gældende ret**

Ved lov nr. 378 af 28. maj 2003 om ændring af lov om offentlig sygesikring vedtog Folketinget at oprette den personlige elektroniske medicinprofil (Medicinprofilen). Medicinprofilen er et kvalitetssikringsværktøj, som har til formål at stille aktuel og ajourført information om den enkeltes lægemiddelanvendelse til rådighed med henblik på at øge kvaliteten og sikkerheden i patientbehandlingen.

Medicinprofilen blev sat i drift i juli 2004, og der inddateres ca. 45 mio. lægemiddeldekspeditioner til registret årligt. Siden 2004 er registret løbende blevet udviklet med nye funktionaliteter, hvorved kvaliteten af registret er blevet stadig bedre.

De gældende regler om den personlige elektroniske medicinprofil (Medicinprofilen) er indeholdt i sundhedslovens § 157.

Det fremgår af stk. 1, at Lægemiddelstyrelsen fører et elektronisk register over ordinationer og de enkelte medicinbrugerens køb m.v. af lægemidler og hertil knyttede oplysninger.

Ifølge § 157, stk. 2-5 og stk. 9, nr. 3, samt § 4 i bekendtgørelse af 2. oktober 2006 over Lægemiddelstyrelsens register over de Personlige Elektroniske Medicinprofiler (Medicinprofilen), har følgende persongrupper lovlig adgang til Medicinprofilen: Behand-

lende læger og deres medhjælp, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og plejehjemsassistenter i den kommunale hjemmesygepleje, herunder på plejehjem, apotekere og apotekspersonale samt den enkelte medicinbruger selv.

Herudover fik den tidligere indenrigs- og sundhedsminister ved en ændring af sundhedsloven, jf. lov nr. 1556 af 20. december 2006 i § 157, stk. 4, adgang til at fastsætte regler om, at tandlæger kan få adgang til oplysninger, der er registreret om en patient, når det er nødvendigt for behandlingen. Endvidere fik ministeren i § 157, stk. 6, adgang til at fastsætte regler om, at Sundhedsstyrelsen kan få adgang til oplysninger, der er registreret om en patient, når dette er nødvendigt for tilsynet med lægers og tandlægers ordination af specifikke typer lægemidler, herunder afhængighedsskabende lægemidler og antipsykotika. Disse hjemler er endnu ikke udnyttet, da dette kræver tilvejebringelse af en række tekniske forudsætninger, som endnu ikke er fuldt udviklet.

Der er i dag udtrykkelig hjemmel til at give ovennævnte adgangsberettigede personkreds »adgang til« de oplysninger, der er registreret om en patient. I praksis er denne adgang blevet fortolket således, at de adgangsberettigede kun har ret til at foretage online-opslag i Medicinprofilen, og at oplysningerne ikke må videregives elektronisk til andre systemer. Dog videregives receptoplysninger fra Medicinprofilen elektronisk til apotekersystemerne til brug for receptekspeditionen, da dette var en forudsætning for etableringen af receptserveren, som er en del af Medicinprofilen, jf. § 157, stk. 5.

Ifølge § 157, stk. 8, må de personer, som har adgang til oplysninger i Medicinprofilen, alene anvende oplysningerne med henblik på at sikre kvaliteten, sikkerheden og effekten af medicinbrugerens lægemiddelanvendelse, med mindre medicinbrugeren har givet mundtligt eller skriftligt samtykke til anden anvendelse.

Det følger endvidere af § 157, stk. 9, at ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om driften m.v. af registret.

For så vidt angår indberetning af oplysninger til Medicinprofilen er der i medfør af § 157, stk. 9, nr. 4-5, fastsat regler herom i §§ 9-12 i bekendtgørelse nr. 990 af 2. oktober 2006 om Lægemiddelstyrelsens register over Personlige Elektroniske Medicinprofiler (Medicinprofilen). Indberetninger skal ske i henhold til de i bilag 1 og 2 til bekendtgørelsen fastsatte forskrifter. Disse regulerer typen af oplysninger, som skal indberettes, samt de felter i indberetningsskema-

et, oplysningerne skal indlægges i. Der har imidlertid ikke tidligere været fastsat formkrav for, i hvilket specifikt format oplysninger har skullet indberettes til Medicinprofilen.

### 2.5.1.2. Overvejelser og lovforslag

I sundhedsvæsenet registreres der i forbindelse med behandling m.v. i dag helbredsoplysninger om patienter i en lang række elektroniske systemer. For så vidt angår oplysninger om patienters medicinering kan disse for eksempel registreres i patientens egen læges journal, patientjournalen på sygehus, sygeplejejournaler, tandlægejournaler, omsorgsjournalen på plejehjem eller i hjemmesygeplejen og i Medicinprofilen. Disse elektroniske systemer er ikke teknisk fuldt integrerede og således ikke for nærværende en del af et større sammenhængende elektronisk system, der kan tilgås af alle behandlende sundhedspersoner. Derfor vil helbredsoplysninger i det enkelte elektroniske system ikke automatisk blive ajourført med nye oplysninger, der registreres i de øvrige systemer. Tandlægejournalen vil for eksempel ikke vise, hvis patienten siden sidste behandling er blevet sat i blodfortyndende medicinsk behandling af egen læge. Ligesom sundhedspersonalet ved modtagelse af patienten på sygehuset ikke i alle situationer vil kunne se, hvilken medicin en ældre patient får udleveret til daglig af hjemmesygeplejen.

Af registreringer af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet fremgår det, at utilsigtede medicineringshændelser især sker i forbindelse med, at patientens behandling overgår fra en sektor inden for sundhedsvæsenet til en anden.

Det er på denne baggrund, at regeringens foreslår yderligere initiativer til sikring af målsætningen om, at alle patienter i det danske sundhedsvæsen modtager korrekt og sikker lægemiddelbehandling. Derfor foreslås, at det sundhedsfaglige personale i sundhedsvæsenets forskellige sektorer får adgang til den samme, fuldt opdaterede viden om patientens igangværende medicinering. Ved at dele disse medicindata kan eventuelle medicineringsfejl hurtigere korrigeres, koordination af medicineringen lettes, og dokumentation sikres, når ansvaret for patientbehandlingen overgår til andre, herunder fra en sektor til en anden.

Adgangen til at dele medicindata vil endvidere bidrage til en mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer og til mere smidige arbejdsgange uden dobbeltregistreringer og unødige gentagelser. Således vil det administrative arbejde for de persongrupper, som allerede har lovlig adgang til medicinoplysninger i de kommunale omsorgsjournaler (EOJ), Medicinprofilen

eller elektroniske patientjournaler på sygehuse og i lægepraksis, lettes ved at give mulighed for at disse delte medicindata kan integreres i disse sundhedspersoners lokale elektroniske patientjournalssystemer, for eksempel til brug for journalføring m.v.

I praksis vil adgangen til at dele medicindata blive givet ved at etablere et fælles elektronisk medicinkort. Et fælles medicinkort indebærer, at sundhedspersoner har direkte adgang til et opdateret medicinskema eller en medicinoversigt indeholdende oplysninger om patientens igangværende lægemiddelbehandling via sundhedspersonernes eget elektroniske medicinmodul eller patientjournalssystem. Medicinkortet udvikles ved, at Lægemiddelstyrelsen som dataansvarlig for Medicinprofilen kan videregive oplysninger om patientens igangværende lægemiddelbehandling fra Medicinprofilen til de elektroniske patientjournalssystemer, som det sundhedsfaglige personale anvender i deres daglige arbejde og er fortrolige med, det vil sige til elektroniske patientjournalssystemer i lægepraksis og på sygehuse samt til kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ). Ligeledes vil der med hjemmel i forslaget til § 157, stk. 9, nr. 4 og 5, der bliver nr. 6, via disse elektroniske systemer løbende indberettes ændringer til Medicinprofilen, således at det fælles medicinkort til hver en tid udgør et ajourført billede af patientens igangværende medicinering – også i overgangssituationer mellem sektorer og ved opstart af ny behandling i en anden sektor end den, hvori behandlingen tidligere er foregået.

Medicinprofilen bliver således den samlende elektroniske platform, hvortil ændrede eller nye medicinordinationer indberettes, og hvorfra et samlet, opdateret overblik over patientens igangværende medicinering er til rådighed for det fælles medicinkort i de lokale elektroniske patientjournalssystemer. Medicinprofilen er kort sagt redskabet til at realisere det fælles, opdaterede medicinkort, som indeholder medicindata, der kan deles af relevante sundhedspersoner, når det er nødvendigt.

I forbindelse med drøftelser i en arbejdsgruppe nedsat under det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium og med deltagelse af en række ministerier, KL, Den digitale Taskforce, Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen blev forudsætningerne for etablering af hjemmesygeplejens adgang til Medicinprofilen nærmere beskrevet, jf. de almindelige bemærkninger, pkt. 3 g, til L 102 2004-2005, 1. samling, Tillæg A 2914 forslag til lov om ændring af lov om offentlig sygesikring, lov om social pension og lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension m.v., og bemærkningerne til § 157, stk. 3, i L

50 2006-2007, Tillæg A 1739, forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Det blev blandt andet lagt til grund, at behovet for hjemmesygeplejens adgang til opdaterede medicinoplysninger om de patienter, der aktuelt er i behandling og pleje i hjemmesygeplejen, ville kunne dækkes ved at give hjemmesygeplejen on-line adgang til nødvendige oplysninger i Medicinprofilen baseret på on-line dialog, hvor skærmvisningen forudsætter en midlertidig lagring i hjemmesygeplejens håndholdte computere eller tilsvarende – en såkaldt teknisk temporær kopi. Dette indebærer samtidig en automatisk sletning af oplysningerne, når computeren blev slukket. Imidlertid har det efterfølgende vist sig, at denne løsning ikke er hensigtsmæssig i de situationer, hvor hjemmesygeplejen ude hos patienten ikke har mulighed for at indhente oplysninger fra Medicinprofilen, for eksempel fordi der ikke er mobildækning i området, trådløst netværk, eller der er andre it-tekniske problemer med at få adgang til Medicinprofilen.

Derfor er der af hensyn til behandlingskvaliteten og patientsikkerheden behov for, at relevant personale inden for den kommunale hjemmesygepleje, herunder sygeplejen på plejehjem, ikke alene har ret til at foretage on-lineopslag i Medicinprofilen med visning i form af en teknisk temporær kopi. Der er desuden behov for, at oplysningerne elektronisk kan videregives fra Medicinprofilen til EOJ, hvor de kan lagres således, at hjemmesygeplejens journaler opdateres med oplysninger om patientens medicinering fra Medicinprofilen. Dette skal ske på en sådan måde, at disse oplysninger kan indhentes, også efter at forbindelsen til Medicinprofilen er blevet afbrudt, eller at den pågældende computer har været slukket. Tilsvarende hensyn gør sig gældende for læger og andre sundhedspersoner med journalføringspligt, når disse har foretaget opslag i Medicinprofilen og har pligt til at dokumentere indholdet af opslagene i deres journalsystem i henhold til lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Aktuelt vil hjemlen således blive udnyttet til at fastsætte nærmere regler for videregivelse af medicinoplysninger fra Medicinprofilen til den kommunale hjemmesygepleje, hvor systemudviklingen på baggrund af den i 2004 meddelte adgang for den kommunale hjemmesygepleje til Medicinprofilen er i gang.

Herefter – når de tekniske forudsætninger er til stede – vil hjemlen blive udnyttet til at fastsætte nærmere

regler om, at opdaterede medicinoplysninger fra Medicinprofilen vil kunne tilgå de elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis. Herved vil det fælles medicinkort kunne fremme kvaliteten af den medicinske behandling i alle sektorer i sundhedsvæsenet.

Det skal understreges, at de persongrupper, der har adgang til de elektroniske patientjournaler i lægepraksis og på sygehuse, er underlagt kravene til indhentning af elektroniske helbredsoplysninger i lovens § 42 a. Der ændres ikke med lovforslaget på disse adgangs-krav. Disse persongrupper har således allerede i dag lovlig adgang til medicinoplysninger enten ved opslag i medicinmodulerne i de elektroniske patientjournaler eller ved opslag direkte i Medicinprofilen. Intentionen med forslaget er derfor alene at forbedre kvaliteten af de medicinoplysninger, der gives adgang til i de elektroniske systemer, som disse faggrupper anvender i deres daglige opgavevaretagelse. Dette realiseres ved at tilvejebringe on-line adgang til opdaterede, fuldstændige medicinoplysninger om den igangværende medicinske behandling fra Medicinprofilen til det fælles Medicinkort for hver enkelt patient. Uanset hvor i sundhedssektoren, den pågældende patient er i behandling, vil der via opslag i de elektroniske patientjournalssystemer være adgang til opdaterede medicinoplysninger i medicinkortet.

Det foreslås på den baggrund, at der i § 157, stk. 9, nr. 5, indsættes en bemyndigelse for ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte regler om Lægemiddelstyrelsens adgang til elektronisk videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til de elektroniske patientjournalssystemer i hjemmesygeplejen, på sygehuse og i lægepraksis. § 157, stk. 9, nr. 5, rummer endvidere hjemmel for videregivelse til læger og disses medhjælp ved Kriminalforsorgens institutioner. Kriminalforsorgens institutioner anses i denne sammenhæng som lægepraksis, idet ansvaret for den lægelige behandling af indsatte overgår til Kriminalforsorgens egne læger under afsoningen.

Forud for udmøntningen af bemyndigelsen vil Datatilsynet få mulighed for at udtale sig om foreslåede ændringer af medicinprofilbekendtgørelsen.

Endelig udtrykkes hjemlen til videregivelse af receptoplysninger fra receptserveren til apotekersystemerne i sammenhæng med videregivelsesadgangen til de øvrige nævnte systemer i den nye § 157, stk. 9, nr. 5. Denne videregivelse er hidtil sket med hjemmel i § 157, stk. 5.

## 2.5.2. Formkrav til indberetninger og opdatering af oplysninger hidrørende fra registeret

### 2.5.2.1. Overvejelser og lovforslag

Det har blandt andet i forbindelse med indførelsen af receptserveren vist sig hensigtsmæssigt at have adgang til at fastsætte formkrav med henblik på at højne datakvaliteten og sikre stabilitet i receptfremførelsen. Ved indførelsen af formkrav kan for eksempel elektroniske recepter, der ikke lever op til formkravene, afvises og returneres til ordinerende læge. Dette vurderes at kunne bidrage til at øge kvaliteten af recepterne, undgå misforståelser af recepter og derved give en sikrere medicinering. Herudover vil et krav om indberetning via webservice kunne nedbringe kompleksiteten i infrastrukturen bag receptfremførelsen, hvilket vil kunne bidrage til en mere stabil receptfremførelse.

Hertil kommer, at persondatalovens § 5 og databeskyttelsesdirektivets artikel 6 pålægger den dataansvarlige en pligt til at ajourføre de personoplysninger, som den dataansvarlige behandler. Ajourføring af oplysningerne i de elektroniske patientjournalssystemer bør derfor foregå så automatisk som muligt.

Det forudsættes på den baggrund, at sundhedspersoner med adgang til Medicinprofilen ved opslag i en specifik patients medicinprofil via de elektroniske patientjournalssystemer elektronisk forespørger profilen, om der er registreret ændringer i medicineringen af patienten, siden der senest blev videregivet oplysninger fra profilen til medicinkortet i patientjournalen. Hvis medicinkortet er opdateret i Medicinprofilen, herunder på grund af en fejlrettelse, vil den pågældende bruger blive gjort opmærksom herpå og vil kunne ajourføre medicinkortet i den del af patientjournalen, der viser patientens aktuelle medicinering.

Der er derfor i forslaget fastsat hjemmel til, at ministeren kan fastsætte regler om pligt til opdatering af oplysninger hidrørende fra registeret, herunder formkrav til sådanne opdateringer. Denne hjemmel forventes udnyttet, når et fælles medicinkort er fuldt indført og den mest hensigtsmæssige model for automatiske opdateringer er identificeret.

## 2.6. Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi m.v. til kommunerne

### 2.6.1. Gældende ret

#### 2.6.1.1. Regionale opgaver

I dag er det en regional opgave at yde tilskud til vederlagsfri behandling hos fysioterapeut efter lægehenvisning, hvilket følger af sundhedslovens § 67. Be-

kendtgørelse nr. 1079 af 2. november 2006 om tilskud til behandling hos fysioterapeut i praksissektoren omfatter tre former for tilskud: Tilskud til almindelig fysioterapi, ridefysioterapi og vederlagsfri fysioterapi.

De nærmere vilkår for tilskud m.v. fremgår af de respektive overenskomster mellem Danske Fysioterapeuter og Sygesikringens Forhandlingsudvalg, som pr. 1. januar 2007 blev afløst af Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Med hjemmel i sundhedslovens § 71 er bekendtgørelse nr. 1080 af 2. november 2006 om tilskud til optræning af handicappede og behandling af muskellidelser på Øfaldt Centret Aps udstedt. De nærmere vilkår for tilskud m.v. fremgår af en overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Teddy Øfaldt.

Vederlagsfri fysioterapi tilbydes efter gældende regler til personer med et varigt, svært fysisk handicap som følge af en medfødt eller arvelig sygdom, erhvervede neurologiske sygdomme, fysiske handicap som følge af ulykke eller nedsættelse af led- eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtsygdomme. Sundhedsstyrelsen har fastsat de nærmere retningslinier for adgang til vederlagsfri fysioterapi for personer med fysisk handicap, jf. § 8, stk. 2 i bekendtgørelsen om tilskud til behandling hos fysioterapeut i praksissektoren.

Disse retningslinier omfatter såvel behandling hos praktiserende fysioterapeuter som på Øfaldt Centret Aps.

#### 2.6.1.2. Kommunale opgaver

I dag er det en kommunal opgave såvel at yde tilbud om træning efter serviceloven som at yde tilbud om genoptræning efter sundhedsloven og serviceloven. Kommunalbestyrelsen skal således ifølge servicelovens § 85 tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Servicelovens § 86, stk. 1, fastlægger kommunalbestyrelsens ansvar for at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Herudover er kommunalbestyrelsen forpligtet til at tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor, den såkaldte vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86, stk. 2.

## F. t. 1. vedr. sundhedsloven m.v.

Efter alle tre bestemmelser skal kommunalbestyrelsen tilbyde genoptræning og vedligeholdelsestræning efter en individuel konkret vurdering af behovet.

Derudover skal kommunalbestyrelsen tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. sundhedslovens § 140. De mere detaljerede regler herom findes i bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus m.v.

Der henvises til vejledning nr. 10131 af 11. december 2006 om træning i kommuner og regioner.

#### *Forholdet mellem de regionale og kommunale opgaver*

Af Sundhedsstyrelsens gældende retningslinier for fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi fremgår en række forudsætninger for henvisning til vederlagsfri fysioterapi, bl.a. at patienten ikke må have et andet dækkende offentligt finansieret tilbud om fysioterapi. Dette indebærer, at patienten ikke har ret til vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren, hvis patienten er dækket af et offentligt finansieret tilbud i kommunalt regi. Heri ligger, at personer, der opholder sig i botilbud, heldagstilbud eller på plejehjem, hvor der tilbydes fysioterapi, ikke skal overføres til vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren.

#### **2.6.1.3. Valgfrihed**

##### *Fysioterapi i praksissektoren*

Efter de gældende overenskomster på fysioterapiområdet, kan patienter, der tilbydes vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren, frit vælge mellem alle fysioterapeuter, der har tilmeldt sig overenskomsten.

##### *Genoptræning efter serviceloven*

Det er kommunerne, som har myndighedsansvaret og som skal tilbyde træning og genoptræning efter servicelovens bestemmelser. Kommunerne kan dog frit vælge, hvem der skal varetage træningsopgaverne. Kommunerne kan således vælge selv at varetage opgaverne med træning og genoptræning, eller de kan benytte private leverandører.

Borgeren visiteres til det eller de tilbud, som den pågældende kommune stiller til rådighed, og borgeren kan vælge mellem de tilbud, som kommunen stiller til rådighed. I forbindelse med visiteringen har kommunerne en generel forpligtelse til at rådgive borgerne om mulighederne for træning og genoptræning efter servicelovens bestemmelser.

##### *Genoptræning efter sundhedsloven*

Efter de gældende regler om genoptræning i kommunalt regi har en patient, der har et lægefagligt behov for almindelig ambulans genoptræning efter udskrivning fra sygehus, mulighed for at vælge mellem de genoptræningstilbud, som bopælskommunen har etableret ved egne institutioner, eller som bopælskommunen yder via en eller flere leverandører på grundlag af en særlig aftale herom. Patienterne har desuden ret til at vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner. Patienterne har derimod ikke ret til at vælge genoptræningstilbud, som andre kommuner tilbyder egne borgere hos en eller flere leverandører på grundlag af en særlig aftale herom.

#### **2.6.1.4. Regionernes Lønnings- og Takstnævn**

Finansministeren har efter den gældende bestemmelse i lov om regioner m.v. § 37, stk. 7, hjemmel til efter forhandling med velfærdsministeren at fastsætte nærmere regler om nævnets virksomhed. Denne bemyndigelse er udnyttet ved udstedelsen af bekendtgørelse nr. 1369 af 12. december 2006 om Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Det fremgår af bekendtgørelsens § 5, at Danske Regioner yder den sekretariatsmæssige betjening af nævnet, herunder bl.a. forberedelsen og behandlingen af sager, der skal forelægges for nævnet, bistand ved forhandlinger eller varetagelsen af forhandlinger efter bemyndigelse. Det fremgår endvidere af bestemmelsen, at sekretariatet i sager vedrørende nævnet refererer direkte til nævnet, og at sekretariatsbetjeningen af nævnet er uafhængigt af Danske Regioner. Endvidere fremgår det af den gældende bestemmelse i § 37, stk. 6, at udgifterne til nævnets virksomhed afholdes ligeligt af regionerne.

#### **2.6.2. Overvejelser og lovforslag**

Den gældende lovgivning indeholder som beskrevet ovenfor kommunale træningsforpligtelser efter serviceloven og både kommunale og regionale træningsforpligtelser efter sundhedsloven.

Ministeriets arbejdsgruppe vedrørende genoptræning pegede i 2006 på, at der eksisterer en risiko for kassetænkning mellem de kommunale træningsforpligtelser efter serviceloven og de kommunale og regionale træningsforpligtelser til personer med et fysisk handicap efter sundhedsloven.

Derfor foreslås at flytte myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi og træning til personer med handicap til kommunerne fra den 1. august 2008.

Det overordnede hensyn med omlægningen er at skabe en sammenhængende og effektiv opgaveløs-



ning, som er klar og gennemskuelig for borgeren og baseret på en sundhedsfaglig vurdering.

Sundhedsstyrelsen reviderede i oktober 2005 retningslinierne fra 2000 for fysisk handicappede persons adgang til vederlagsfri fysioterapi. Denne revision synliggjorde bl.a. kriterierne for at opnå vederlagsfri fysioterapi, herunder at vederlagsfri fysioterapi forudsætter et svært fysisk handicap.

I forlængelse heraf besluttede Sundhedsstyrelsen i maj 2006, at der ikke var fagligt grundlag for at videreføre den dispensation fra kravet om et svært fysisk handicap, som alene sclerosepatienter havde haft siden 2001. En sådan dispensation ville i givet fald være relevant også for andre grupper af patienter.

Denne synliggørelse af kriterierne for at opnå vederlagsfri fysioterapi og ophævelsen af den særlige dispensation for sclerosepatienterne betød, at nogle patienter, som tidligere fik fysioterapi vederlagsfrit, gled ud af den vederlagsfri ordning.

Den efterfølgende politiske debat, blandt andet i forbindelse med beslutningsforslag B 86 som blev fremsat den 6. februar 2007, viste en bred politisk enighed om at udvide adgangen til vederlagsfri fysioterapi.

På den baggrund har regeringen og satspuljepartierne i februar 2008 aftalt, at adgangen til vederlagsfri fysioterapi udvides til at omfatte sclerosepatienter og andre personer med progressive sygdomme, der indebærer et forudsigeligt tab af funktionsevne og for hvilke det kan være vigtigt at indlede fysioterapi tidligt for at forhale forringelse af funktionsevnen. Behandlingen gives som udgangspunkt i form af holdtræning.

Derfor vil der i tilknytning til overførslen af området til kommunerne blive indført en ny tilskudsgruppe med adgang til vederlagsfri fysioterapi for de omtalte patienter.

Det er fortsat en betingelse for adgang til vederlagsfri fysioterapi, at der foreligger en henvisning fra en læge. Fysioterapi er således fortsat en ydelse, som patienten henvises til på baggrund af en lægefaglig vurdering. Herefter iværksættes behandlingen eller træningen ud fra en konkret vurdering af patientens behov og muligheder i forhold til holdtræning, holdtræning kombineret med individuel behandling eller individuel behandling. Den nye patientgruppe, som bliver omfattet af tilskuddet skal som udgangspunkt tilbydes vederlagsfri fysioterapi som holdtræning. Herved udelukkes ikke den individuelle behandling, men den må betragtes som undtagelsen. For den oprindelige målgruppe er intentionen i øvrigt, at andelen af hold-

træning – som generelt eller midlertidigt tilbud – skal forøges.

Udvidelsen af personkredsen, som har adgang til vederlagsfri fysioterapi, vil ske ved en ændring af bekendtgørelsen om tilskud til behandling hos fysioterapeut. I Sundhedsstyrelsens retningslinier om vederlagsfri fysioterapi vil det blive præciseret, hvilke patienter, som herved får adgang til vederlagsfri fysioterapi, ligesom kriterierne for adgang vil blive fastlagt heri.

#### **2.6.2.1. Flytning af myndighedsansvaret til kommunerne**

Flytningen af myndighedsansvaret giver kommunerne myndighedsansvaret for den del af praksissektoren, som vedrører vederlagsfri fysioterapi. Regionerne bevarer myndighedsansvaret for den tilskudsberettigede fysioterapi. Der er imidlertid fortsat tale om ydelser i praksissektoren, så ændringen i myndighedsniveau indebærer ikke, at disse ydelser flyttes fra praksissektoren til et offentligt tilbud.

Med lovforslaget tilsigtes således ikke at begrænse kapaciteten i praksissektoren eller antallet af klinikker i praksissektoren ved at flytte opgaver til et offentligt tilbud. Der henvises i den sammenhæng også til, at det er aftalt, at der indføres en ny tilskudsgruppe med adgang til vederlagsfri fysioterapi. Flytningen af myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi ligger i naturlig forlængelse af kommunalreformen, hvor kommunerne ved overtagelse af genoptræningen efter udskrivning fra amterne fik et klart og udvidet ansvar på træningsområdet.

Kommunerne havde (og har) i forvejen ansvaret for vedligeholdelses- og genoptræning efter servicelovens bestemmelser. Ved at overføre myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne bliver kommunen den enkelte borgers leverandør af alle træningstilbud m.v., bortset fra genoptræning, der ydes af regionerne under indlæggelse i sygehusvæsenet. Det må i øvrigt forventes, at sammenhæng og koordination i forhold til den øvrige rehabilitering i kommunerne vil blive styrket ved at flytte ansvaret for fysioterapi til kommunerne.

For patienten har flytningen den fordel, at der åbnes mulighed for, at samme fysioterapeut som udgangspunkt kan indgå i patientens samlede behandlings- og træningsforløb. Der vil således være et mindre behov for at skifte fysioterapeut på grund af overgange mellem tilbud, som tilrettelægges af forskellige myndigheder. Herved opnås, at patienten vil opleve større sammenhæng og kontinuitet i de forskellige træningstilbud - både indholdsmæssigt og tidsmæssigt, hvad

enten patienten er henvist til genoptræning efter sygehusophold, et kommunalt træningstilbud efter service-loven eller er lægehenvist til vederlagsfri fysioterapi.

Ændring af myndighedsansvaret fremmer desuden mulighederne for at styrke de faglige kompetencer i den samlede faggruppe og hos den enkelte fysioterapeut, bl.a. fordi større valgfrihed mellem udbydere giver bedre muligheder for faglig specialisering. Endvidere vil der være bedre muligheder for en sammenhængende planlægning af efteruddannelse, kvalitetsudvikling m.v.

En samling af ansvaret for træningsindsatsen for personer med handicap gør det muligt for kommunerne at sikre en mere sammenhængende fysioterapeutisk indsats på de områder, hvor der kan være et overlap med hensyn til patientkredsen, dvs. genoptræning efter sygehusophold, træning efter serviceloven og lægehenvist vederlagsfri fysioterapi.

Kommunerne får således muligheder for at tilrettelægge træningsindsatsen for den vederlagsfri fysioterapi til personer med handicap og personer med funktionsevnedssættelse mere effektivt, fordi en samling af opgaven hos kommunerne vil åbne en række muligheder, baseret på et større patientunderlag og dermed bedre forudsætninger for at udnytte pladskrævende og investeringstunge faciliteter, som f.eks. større træningsredskaber, varmtvandsbassiner og ikke mindst plads til holdtræning. Dette er en fordel både ud fra en behandlingsmæssig vinkel og ud fra hensynet til en effektiv kommunal ressourceudnyttelse.

Denne samling af opgaverne vil øge kommunernes mulighed for at foretage en hensigtsmæssig planlægning, herunder af kapaciteten. Denne planlægning vil ske under hensyntagen til bl.a. behovet for en geografisk dækning i forhold til borgernes behov for nærhed, specialisering m.v. I forbindelse med den konkrete kapacitetsplanlægning vil det være naturligt, at kommunerne indtænker kapaciteten i kommunens nærområder.

Flytning af denne del af fysioterapiopgaven til kommunalt regi vil efter regeringens vurdering ikke føre til, at fysioterapiområdet mister berøringsflade med den øvrige praksissektor. Dels videreføres den største del af fysioterapien i praksissektoren som en regional opgave. Dels vil der stadig være behov for et samarbejde med den øvrige praksissektor, herunder navnlig med alment praktiserende læger og kiropraktorer.

Det vil i øvrigt være hensigtsmæssigt og i overensstemmelse med det generelt øgede fokus på samarbejde, at der i de respektive overenskomstforankrede samarbejdsudvalg og landssamarbejdsudvalg på fysi-

oterapiområdet sikres repræsentation af regioner henholdsvis kommuner. Det er også væsentlig at understrege, at det fortsatte krav om lægehenvielse i sig selv fordrer et samarbejde og samspil mellem fysioterapeuten og den praktiserende læge om patienter i vederlagsfri fysioterapibehandling.

Det bemærkes generelt i den forbindelse, at regioner og kommuner i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne skal sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde m.v., jf. sundhedslovens § 4.

Kommuner og regioner er i øvrigt forpligtet til at udarbejde sundhedsaftaler på en række områder, herunder er sundhedsaftaler obligatoriske på træningsområdet. Med flytningen af den vederlagsfri fysioterapi til kommunerne vil disse aftaler på træningsområdet også kunne omfatte vederlagsfri fysioterapi. Herved sikres også lokalt en aftalebaseret sammenhængende indsats.

Fysioterapeuten vil i samarbejde med patienten i forbindelse med påbegyndelse af et træningsforløb kunne udarbejde en plan for forløbet på baggrund af lægens henvisning.

#### 2.6.2.2. Øget valgfrihed

Regeringen foreslår, at valgfriheden for patienter, som henvises til vederlagsfri fysioterapi, øges i forbindelse med overflytningen af myndighedsansvaret til kommunerne. Valgfriheden vil give disse patienter mulighed for at vælge, om den vederlagsfri fysioterapi skal finde sted hos en af landets praktiserende fysioterapeuter, som har tilsluttet sig overenskomsten med Regionernes Lønnings- og Takstnævns, eller på et kommunalt træningscenter i bopælskommunen eller i en anden kommune. Patienten vil med forslaget også få mulighed for at vælge behandlingstilbud, som bopælskommunen har indgået aftale med. Dette har flere fordele for patienter, som vil kunne vælge en praktiserende fysioterapeut, f.eks. hvis patienten kender fysioterapeuten fra tidligere behandling, hvis der er kortere afstand til den private klinik, eller hvis patienten foretrækker en klinik med en specifik faglighed eller med færre patienter. Patienterne vil fortsat kunne vælge imellem alle de fysioterapeuter, der har tilsluttet sig overenskomsten med Regionernes Lønnings- og Takstnævns. Patienten kan også vælge en kommunal klinik, f.eks. hvis patienten foretrækker et større behandlingssted evt. med flere faciliteter, der er kortere afstand til en kommunal klinik, eller klinikken er bedre tilgængelig end private klinikker. I den særlige situ-

ation, hvor en patient, der er berettiget til vederlagsfri fysioterapi, bliver indlagt med deraf følgende behov for genoptræning, vil denne genoptræning, jf. ovennævnte regler om frit valg af genoptræning efter udskrivning, enten kunne finde sted på et kommunalt træningscenter eller hos en fysioterapeut, som kommunalbestyrelsen har en aftale med. Sidstnævnte fysioterapeut vil ikke nødvendigvis være den samme som den fysioterapeut, som patienten er vant til at modtage vederlagsfri fysioterapi af.

Det bemærkes i den sammenhæng, at regeringen i forbindelse med Folketingets behandling af lovforslag nr. L 74, Sundhedsloven, bl.a. i besvarelse af spørgsmål nr. 194 (L 74 i folketingsåret 2004-05), har tilkendegivet, at regeringen, når den kommunale opgavevaretagelse på genoptræningsområdet har fundet sit leje, vil vurdere, hvorvidt der er grundlag for yderligere styrkelse af patienternes frie valg på genoptræningsområdet. Spørgsmålet om rækkevidden af frit valg for genoptræningspatienter, som tillige er berettiget til vederlagsfri fysioterapi, vil indgå i denne vurdering.

Det foreslås med lovforslaget, at ministeren for sundhed og forebyggelse får bemyndigelse til at udstede regler om frit valg på fysioterapiområdet m.v. Denne bemyndigelse vil i første omgang blive anvendt til at fastsætte valgfrihed som beskrevet ovenfor, for patienter henvist til vederlagsfri fysioterapi.

### 2.6.2.3. Forhandlingskompetencen og afregningsmuligheder

Forhandlingskompetencen til at indgå overenskomster i praksissektoren med organisationer af sundhedspersoner ligger i dag hos Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Selvom vederlagsfri fysioterapi med lovforslaget foreslås flyttet til kommunerne, er det efter regeringens opfattelse ikke hensigtsmæssigt at flytte forhandlingskompetencen fra den myndighed, der i øvrigt har som opgave at forhandle og indgå overenskomster med organisationer af sundhedspersoner i praksissektoren.

Hertil kommer, at samme myndighed – Regionernes Lønnings- og Takstnævn – fortsat skal indgå overenskomster vedrørende almindelig tilskudsberettiget fysioterapi. Derfor foreslås ved ændringer af lovens § 227, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn bevarer kompetencen til at forhandle og indgå overenskomster om vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren også efter flytning af myndighedsansvaret til kommunerne.

Kompetencen til at sammensætte forhandlingsdelegationen ligger i Regionernes Lønnings- og Takstnævn, men det vil være oplagt, at Regionernes Løn-

nings- og Takstnævns forhandlingsdelegation sammensættes af de kommunale repræsentanter i nævnet, når der forhandles overenskomster om vederlagsfri fysioterapi.

Da finansieringen af den vederlagsfri fysioterapi overgår til kommunerne sammen med myndighedsansvaret for opgaven foreslås ved en ændring af lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusefællesskab, at afstemningsreglerne i Regionernes Lønnings- og Takstnævn ændres, således at de af KL indstillede medlemmer af nævnet hver får 3 stemmer, når nævnet træffer beslutning om forhold, som vedrører den vederlagsfri fysioterapi m.v. efter sundhedslovens §§ 140 a, stk. 1, og 140 b. Derved har KL's medlemmer stemmeflerhed i forhold til de af regionsrådene indstillede 5 medlemmer af nævnet. Samtidig vil finansministeren og velfærdsministeren med hjemmel i § 37, stk. 8 fastsætte regler om, at nævnet sekretariatsbetjenes af KL i de omhandlede sager.

I relation til afregningsopgaver vil der være administrative fordele i en enkel model. For at give mulighed for at undgå at opbygge et parallelt kommunalt afregningssystem for ydelser i praksissektoren foreslår regeringen, at der indføres hjemmel til, at kommunalbestyrelserne kan vælge at aftale med regionen, at afregningen fortsat finder sted i det regionale afregningssystem, som viderefører afregning af almen tilskudsberettiget fysioterapi i praksissektoren. Der er tale om en valgmulighed, således at de kommuner, der selv ønsker at forestå afregningen, har mulighed for det. Hermed åbnes der også mulighed for, at den enkelte fysioterapeut kan fortsætte med alene at indsende regninger til én myndighed, som herefter foretager den endelige afregning.

## 2.7. Graduering af plejehjemstilsynet

### 2.7.1 Gældende ret

Bestemmelsen om plejehjemstilsynet blev første gang indsat i lovgivningen som § 6 a i lov nr. 490 af 7. juni 2001 om embedslægeinstitutioner ved ændringsforslag til lov nr. 192 af 21. marts 2001 om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det kommunale område og lov om embedslægeinstitutioner m.v. Der henvises til Folketingstidende 2000-2001, tillæg A, side 5667. I forarbejderne til lovændringen var det forudsat, at de årlige tilsynsbesøg omfattede samtlige plejehjem m.v.

Sundhedslovens § 219 angiver i dag detaljerede regler for Sundhedsstyrelsens - i praksis embedslægernes - sundhedsfaglige tilsyn med plejehjem. Her-

under er der fastsat krav til bl.a. hyppigheden og indholdet af tilsyn samt processen i forbindelse med afrapportering og opfølgning.

Efter § 219, stk. 1, gennemfører Sundhedsstyrelsen én gang årligt et uanmeldt tilsynsbesøg vedrørende de sundhedsmæssige forhold på plejehjem m.v. omfattet af lov om social service, i plejeboligbebyggelser omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap og andre tilsvarende boligheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser.

Efter § 219, stk. 2, udarbejder Sundhedsstyrelsen efter hvert tilsynsbesøg en tilsynsrapport om de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet m.v. til brug for plejehjemmets og kommunens opfølgning på konstaterede fejl og mangler ved de sundhedsmæssige forhold. Tilsynsrapporten sendes endvidere til bruger- og pårørenderådet, jf. lov om social service, og til det kommunale ældreråd, jf. lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Sundhedsstyrelsen skal efter § 219, stk. 3, påse, at plejehjemmet eller kommunen følger op på eventuelle kritisable sundhedsmæssige forhold, der måtte være konstateret ved det sundhedsmæssige tilsynsbesøg.

Embedslægeinstitutionen udarbejder årligt for den enkelte kommunes plejehjem m.v. et sammendrag af årets tilsynsrapporter og et sammendrag af den kommunale opfølgning efter stk. 3 til brug for den enkelte kommune, jf. § 219, stk. 4.

Efter § 219, stk. 5, fastsætter Sundhedsstyrelsen nærmere indholdet af de sundhedsadministrative, sundhedsfaglige og sundhedsrelaterede opgaver, der indgår i tilsynet med de sundhedsmæssige forhold, og de nærmere regler for tilsynsbesøg og afrapportering herom efter stk. 1-4.

Reglerne i § 220, stk. 4 og 5, om udstedelse af påbud og forbud over for institutioner m.v. finder tilsvarende anvendelse på tilsyn, der udføres efter stk. 1-3, jf. § 219, stk. 6.

Sundhedsstyrelsen har i medfør af bestemmelsen i § 219, stk. 5, fastsat nærmere regler om indholdet af de sundhedsadministrative, sundhedsfaglige og sundhedsrelaterede opgaver, der indgår i tilsynet med de sundhedsmæssige forhold, samt nærmere regler for tilsynsbesøg og afrapportering.

Hensigten med sundhedslovens bestemmelser og de i medfør heraf fastsatte regler er gennem et tæt tilsyn at sikre kvaliteten af de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmene. Bestemmelserne giver imidlertid ikke mulighed for at graduere plejehjemstilsynet.

## 2.7.2. Overvejelser og lovforslag

Det er regeringens mål, at de offentlige institutioner skal tænke nyt og udvikle kvaliteten. Regeringens mål skal bl.a. nås ved, at alle institutioner på velfærdsområderne senest fra 2015 skal arbejde med en enkel og anerkendt akkrediterings- eller kvalitetsudviklingsmetode.

Gennem 1990'erne og frem til i dag er den statslige regulering af tilrettelæggelsen, kommunernes administrative processer taget til - f.eks. den statslige regulering i form af krav om tilsyn med plejehjem. Afviklingen af de detaljerede procesregler er i overensstemmelse med, at regeringen vil gennemføre en afbureaukratiseringsreform på alle kommunerettede områder. Som led i aftalen om kommunernes økonomi for 2008 er regeringen og KL blevet enige om, at de detaljerede procesregler i forbindelse med det særlige tilsyn med bl.a. kommunale plejehjem skal afvikles i takt med, at der etableres dækkende akkrediteringsordninger.

Regeringen foreslår på den baggrund, at Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige tilsyn med de kommunale institutioner, herunder plejehjem, fra 2009 kan målrettes, således at hyppigheden af tilsynsbesøg på institutioner omfattet af plejehjemstilsynet, hvor der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl eller mangler eller alene konstateres få fejl eller mangler, der efter Sundhedsstyrelsens skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, kan nedsættes.

Herved frigøres der ressourcer til en øget indsats over for de institutioner, hvor der ved tilsynsbesøg konstateres mange fejl eller mangler eller fejl eller mangler med konsekvenser for patientsikkerheden.

## 2.8. Ophævelse af krav om ind- og udskolingsundersøgelse ved læge

### 2.8.1 Gældende ret

Med lov nr. 438 af 14. juni 1995 om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge fik kommunerne pligt til at tilbyde børn i den undervisningspligtige alder to forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge. En helbredsundersøgelse skulle tilbydes ved skolestart, og som noget nyt skulle eleverne i de ældste klasser tilbydes en helbredsundersøgelse umiddelbart før undervisningspligtens ophør.

Disse regler om forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge er videreført i sundhedslovens § 121, stk. 2. Tidspunktet for gennemførelse af de to forebyggende lægelige undersøgelser er ved bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006 fastsat til børnehave- eller 1. klasse samt umiddelbart før undervisningspligtens ophør.

### 2.8.2. Overvejelser og lovforslag

Sundhedsministeriet udsendte i januar 1999 tre år efter lovens ikrafttræden en statusredegørelse vedrørende de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Statusundersøgelsen viste bl.a., at ca. 20 % af landets kommuner pr. 1. januar 1998 ikke havde ansat nogen læge svarende til, at ca. 14 % af alle børn ikke modtog et lægeligt tilbud fra den kommunale sundhedstjeneste.

Som en konsekvens heraf ophævede et folketingsflertal ved lov om ændring af lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, lov nr. 344 af 27. maj 2002, kravet om ansættelse i den kommunale sundhedstjeneste, hvorefter kommunerne fra 1. oktober 2002 fik mulighed for at indgå aftale med fx privat praktiserende læger om varetagelse af opgaver i de forebyggende sundhedsordninger, såsom forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder.

Det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium gennemførte i efteråret 2004 en rundspørge til samtlige landets kommuner med henblik på en status for, hvor mange kommuner der ikke opfyldte lovens krav om forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder ved læge. Rundspørgen viste, at ca. 1/3 af landets kommuner stod uden læge og således ikke opfyldte lovens krav.

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) nåede ved en kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge i 2005 frem til, at 28 % af landets kommuner stod uden en fungerende lægeordning svarende til, at ca. 21 % af alle børn i den undervisningspligtige alder ikke modtog et lægeligt tilbud fra den kommunale sundhedstjeneste. Herudover var det kun 52 % af landets kommuner, der tilbød en forebyggende helbredsundersøgelse ved læge ved ind- såvel som ved udskoling.

Foreningen for Ledere af Sundhedsordninger i Danmark gennemførte i 2006/2007 en spørgeskemaundersøgelse blandt landets kommuner. Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at følge op på Sundhedsministeriets statusredegørelse og SIF's kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger. Spørgeskemaundersøgelse viste bl.a., at ca. 20 % af landets kommuner pr. 1. januar 2007 stod uden læge. Spørgeskemaundersøgelsen viste også, at 54 % af kommunerne havde vakante lægetimer.

Et stort antal kommuner har således vedvarende siden ikrafttræden den 1. januar 1996 af lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge ikke kunnet leve op til lovens krav. Dette på trods af, at lo-

ven giver kommunerne fleksible rammer for tilrettelæggelsen af de forebyggende lægelige helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder.

De forebyggende helbredsundersøgelser planlægges og afvikles allerede i dag i samarbejde med sundhedsplejersken. Herudover har sundhedsplejersken sin faste gang på skolen og skal ved funktionsundersøgelser og gennem regelmæssig kontakt med børnene afdække eventuelle almene sundhedsmæssige problemer samt ved kontakt med det enkelte barn og forældre afdække eventuelle individuelle sundhedsmæssige problemer. Såfremt sundhedsplejersken konstaterer, at et barn har behov for lægelig eller anden form for behandling, skal sundhedsplejersken på samme måde som kommunallægen formidle kontakt til relevant sagkundskab.

Erfaringer med forsøgsordninger i den kommunale sundhedstjeneste viser i den forbindelse bl.a., at der ikke er stor forskel i antallet af henvisninger af børn til fx alment praktiserende læge mellem forsøgsskoler, hvor de forebyggende helbredsundersøgelser alene varetages af sundhedsplejersker, og kontrolskoler, hvor de forebyggende helbredsundersøgelser varetages af læger. Erfaringer med forsøgsordninger viser også, at forældre og børn er trygge ved tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser ved sundhedsplejerske alene.

På den baggrund foreslås det med lovforslaget at give kommunerne mere fleksible rammer for tilrettelæggelsen af de forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, således at den enkelte kommunalbestyrelse får mulighed for at beslutte, hvorvidt de to forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder skal udføres af en læge eller af en sundhedsplejerske.

Den øgede fleksibilitet i den kommunale opgavetilrettelse skal, set i lyset af de vedvarende vanskeligheder med at opfylde lovens krav, sikre alle børn i den undervisningspligtige alder et veltilrettelagt og fagligt betryggende tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser fra den kommunale sundhedstjeneste.

Sundhedsplejersker er iflg. autorisationsloven forpligtet til at sikre sig de kompetencer, som er nødvendige for at varetage opgaverne fagligt forsvarligt.

Sundhedsstyrelsen udfærdiger forud for lovens ikrafttræden en anbefaling for uddannelse af sundhedsplejersker, der skal varetage de forebyggende helbredsundersøgelser af skolebørn. Anbefalingen skal sikre sundhedsplejerskerne de nødvendige faglige værktøjer til at varetage de forebyggende helbreds-

dersøgelse af børn i den undervisningspligtige alder på betryggende vis.

## 2.9. Det Nationale Forebyggelsesråd

### 2.9.1. Gældende ret

Det nationale råd for folkesundhed blev nedsat i 2001 henhold til lov nr. 141 af 5. marts 2001 om ændring af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. med flere love og om ophævelse af et forebyggelsespolitisk råd og et tobaksskaderåd.

Bestemmelserne om Det nationale råd for folkesundhed er videreført i sundhedslovens § 223. Efter § 223, stk. 1, nedsætter ministeren for sundhed og forebyggelse et uafhængigt sagkyndigt råd for folkesundhed. Rådet har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådet har til opgave at bidrage til debat og at rådgive ministeren for sundhed og forebyggelse om folkesundhedsområdet.

Det nationale råd for folkesundhed består ifølge § 223, stk. 3, af 11 medlemmer, som beskikkes af ministeren for sundhed og forebyggelse for 3 år ad gangen på baggrund af deres sagkundskab inden for folkesundhedsområdet.

Ministeren for sundhed og forebyggelse udpeger rådets formand blandt rådets medlemmer. Rådet kan, jf. stk. 4, indkalde andre relevante personer på ad hoc-basis.

Rådet fastsætter selv sin forretningsorden, jf. stk. 5, og afgiver hvert andet år en beretning om rådets arbejde til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse, jf. stk. 2.

Motions- og Ernæringsrådet blev nedsat i 2005 i henhold til fødevarerlovens § 13. Rådet blev etableret som led i en styrkelse af den faglige, videnskabelige indsats på motions- og ernæringsområdet med henblik på at sætte øget fokus på vigtigheden af sund kost og motion til fremme af bedre sundhed for alle danskere. Rådet rådgiver efter vedtægterne offentligheden, myndigheder, fødevarerindustrien m.v. om videnskabelige forhold om motion og ernæring. Rådet afgiver årligt en skriftlig beretning til ministeren for familie- og forbrugeranliggender.

Efter bestemmelsen i § 13 nedsætter ministeren for familie- og forbrugeranliggender Motions- og Ernæringsrådet, der skal være rådgivende i faglige spørgsmål om ernæring og motion. Ministeren kan fastsætte nærmere regler om rådets sammensætning og virksomhed. Ministeren fastsætter rådets forretningsorden.

Rådet består af 20 medlemmer, som beskikkes af ministeren for familie- og forbrugeranliggender. Beskikkelsen foregår i overensstemmelse med en fast procedure i rådets vedtægter, hvorefter 14 medlemmer enkeltvis beskikkes efter indstilling af 2 kandidater fra hvert af en række faglige selskaber, 1 medlem beskikkes efter indstilling af 2 kandidater fra Forbrugerrådet, 1 medlem efter indstilling af 2 kandidater fra Levnedsmiddelcentret, 1 medlem efter indstilling af 2 kandidater fra Fødevareinstituttet ved Danmarks Tekniske Universitet, 2 medlemmer beskikkes efter indstilling af 4 kandidater fra de statslige forskningsråd. Rådet kan endelig efter sin nedsættelse anmode om, at 1 medlem beskikkes efter indstilling af 2 kandidater fra rådet, hvis der er behov for yderligere kompetencer i rådet.

Medlemmerne beskikkes for 3 år ad gangen. Medlemmerne skal som minimum være i besiddelse af en ph.d. grad relevant for rådets arbejde eller faglige kvalifikationer, der kan sidestilles hermed.

Det bemærkes, at ressortansvaret for Motions- og Ernæringsrådet ved kgl. resolution af 23. november 2007 blev overført til ministeren for sundhed og forebyggelse.

### 2.9.2. Overvejelser og lovforslag

Det er regeringens mål, at befolkningens gennemsnitlige levetid over de næste 10 år skal forlænges med 3 år samtidig med, at vi får flere gode leveår. Det er derfor vigtigt at styrke folkesundheden gennem øget forebyggelse.

Det foreslås på den baggrund med lovforslaget at sammenlægge Det nationale råd for folkesundhed med Motions- og Ernæringsrådet til et nyt nationalt forebyggelsesråd med det formål at styrke indsatsen for at forlænge danskernes middellevetid.

Forslaget er en udmøntning af regeringsgrundlaget »Mulighedernes samfund« (november 2007), hvori det fremgår, at de to eksisterende råd skal sammenlægges.

Det foreslås, at ministeren for sundhed og forebyggelse nedsætter et uafhængigt, sagkyndigt forebyggelsesråd, som har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådet skal have til opgave på et vidensbaseret grundlag at bidrage til debat og inspirere de myndigheder og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaver.

Det foreslås, at Det Nationale Forebyggelsesråd sammensættes af sagkyndige fra forskellige folkesundhedssektorer og fra den praktiske forebyggelsesverden.

Det foreslås også, at rådet gennem debat skal bidrage til at fastholde en interesse for og udvikling af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i Danmark, særligt på livsstilsområdet, hvor KRAM<sup>1)</sup> faktorerne er ansvarlige for 40 % af alle sygdomme og tidlige dødsfald. Rådet skal inspirere de myndigheder og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaver, bl.a. gennem en åben dialog, fx gennem møder for praktikere, politikere, forskningsverdenen og frivillige organisationer inden for væsentlige områder som børn og sundhed og social ulighed i sundhed. Begge områder er prioriteret i regeringsgrundlaget.

Motions- og Ernæringsrådets opgave i forhold til at styrke den videnskabelige indsats på motions- og ernæringsområdet videreføres ikke i det nye råd. Viden skabes mange steder – i forskningsmiljøer, i praksis og ikke mindst i samspillet mellem forskning og praksis. Et råd vil kunne sætte fokus på problemer og opgaver i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde og skabe debat herom. Det er derfor vigtigt, at denne funktion videreføres. Det Nationale Forebyggelsesråd skal derfor efter forslaget have et bredere sigte og rumme alle KRAM-faktorerne. Det Nationale Forebyggelsesråd skal bidrage til at styrke fagligheden i den offentlige debat om forebyggelse og sundhedsfremme. Det Nationale Forebyggelsesråd skal endvidere bidrage til at generere viden og dokumentation som fx udredninger på konkrete forebyggelsesområder. For at sikre indsigt og viden om forskningsbaseret arbejde vil der blive udpeget to medlemmer til Det Nationale Forebyggelsesråd med en forskningsmæssig baggrund.

Hidtil har såvel Motions- og Ernæringsrådet som Det Nationale Råd for Folkesundhed haft en rådgivende rolle i forhold til henholdsvis den tidligere familie- og forbrugerminister og den tidligere indenrigs- og sundhedsminister. Med ændringen af ressortområdet i efteråret 2007 blev Motions- og Ernæringsrådet overført til ministeren for sundhed og forebyggelses ressort. Denne rådgivende rolle i forhold til ministeren for sundhed og forebyggelse er ikke videreført i det foreliggende forslag. Hensigten med denne ændring er at gøre det klart, at det er Sundhedsstyrelsen, der er ansvarlig for rådgivning om forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til ministeren. Det Nationale Forebyggelsesråd vil imidlertid uanset denne ændring fortsat kunne inspirere eller råde ministeren for sundhed og forebyggelse om emner vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme, men det formelle ansvar herfor ligger hos Sundhedsstyrelsen.

Medarbejderne i Motions- og Ernæringsrådets sekretariat har oparbejdet en vigtig viden inden for det

motions- og ernæringsmæssige område, og de pågældende medarbejdere overflyttes derfor til Sundhedsstyrelsen, som en styrkelse af Sundhedsstyrelsens indsats på disse områder.

## **2.10. Mulighed for forlænget sagsbehandlingstid ved ansøgning om forhøjet tilskud til medicin**

### **2.10.1. Gældende ret**

Patienter kan få tilskud til et lægemiddel, og ved beregningen af tilskuddet anvendes lægemidlets tilskudspris i henhold til sundhedslovens § 150. Lægemiddelstyrelsen inddeler tilskudsberettigede lægemidler i tilskudsgrupper, der indeholder substituerbare lægemidler. Substituerbare lægemidler er synonyme lægemidler, dvs. lægemidler som indeholder det samme aktive stof og kan erstatte hinanden (er bio-ækvivalente). For substituerbare lægemidler udgør tilskudsprisen prisen på det billigste lægemiddel i tilskudsgruppen. Køber patienten et dyrere lægemiddel i tilskudsgruppen, ydes der ikke tilskud til den del af prisen, som overstiger tilskudsprisen.

I medfør af sundhedslovens § 151 kan Lægemiddelstyrelsen i ganske særlige tilfælde bestemme, at tilskuddet til et lægemiddel, der ordineres til en bestemt person, skal beregnes på grundlag af lægemidlets faktiske forbrugerpris, selv om denne overstiger tilskudsprisen. Lægemiddelstyrelsens afgørelse skal i dag træffes senest 14 dage efter, at styrelsen har modtaget en ansøgning om forhøjet tilskud fra den behandlende læge.

### **2.10.2. Overvejelser og lovforslag**

Den forholdsvist korte sagsbehandlingsfrist på 14 dage er i visse sager uhensigtsmæssig, idet fristen ikke levner mulighed for, at Lægemiddelstyrelsen kan rådføre sig med Medicintilskudsnævnet, der i medfør af sundhedslovens § 155 rådgiver Lægemiddelstyrelsen i sager om medicintilskud.

I sager, hvor Lægemiddelstyrelsen ikke finder, at sagen kan afgøres umiddelbart ud fra de foreliggende regelsæt m.v., meddeles i dag i praksis forhøjet tilskud til patienten, hvorefter sagen efterfølgende forelægges for Medicintilskudsnævnet. Denne praksis medfører imidlertid en uhensigtsmæssig sagsbehandling, idet der i alle tvivlstilfælde bør ske forelæggelse for Medicintilskudsnævnet forud for afgørelsen. Samtidig kan denne praksis medføre en forskelsbehandling, idet den første ansøgning vil få tilskud, mens efterfølgende sammenlignelige ansøgninger vil kunne blive afslået på baggrund af Medicintilskudsnævnets behandling af spørgsmålet og indstilling til Lægemiddelstyrelsen.

F. t. l. vedr. sundhedsloven m.v.

## **2.11. Præcisering af hjemmel til at kræve, at enkelttilskud til et håndkøbslægemiddel betinges af, at lægemidlet ordineres på recept**

### **2.11.1. Gældende ret**

Lægemiddelstyrelsen kan i medfør af sundhedslovens § 145 i særlige tilfælde bestemme, at der ydes tilskud til køb af et lægemiddel, der ordineres til en bestemt patient (enkeltilskud), uanset at lægemidlet ikke er generelt tilskudsberettiget.

### **2.11.2. Overvejelser og lovforslag**

Den gældende praksis om at kræve receptordination for at give enkelttilskud til håndkøbslægemidler udspringer af en række forskellige hensyn:

- Behovsvurdering: Kravet om recept sikrer, at borgerens behov for det pågældende lægemiddel er blevet vurderet af en læge.
- Kontrolhensyn: Kravet om en recept sikrer, at det pågældende køb bliver foretaget af eller på vegne af den pågældende borger.
- Praktiske hensyn: Beregning af tilskud til lægemidler sker ved, at udleverende apotek indberetter receptsalg til Lægemiddelstyrelsens Centrale Tilskudsregister (CTR).

For at undgå tvivl herom bør kravet om receptordination præciseres i sundhedsloven. Tilsvarende krav om ordination på recept gælder i øvrigt i medfør af § 144, stk. 3, for håndkøbslægemidler med generelt klausuleret tilskud.

Med lovforslaget præciseres det, at også lægemidler, som kan købes i håndkøb, skal være købt på recept, for at patienten kan få enkelttilskud.

## **2.12. Præcisering af brug af afhængighedsskabende lægemidler i den lægelige behandling for stofmisbrug**

### **2.12.1. Gældende ret**

Efter § 142, stk. 1, i sundhedsloven tilbyder kommunalbestyrelsen vederlagsfri lægelig behandling med euforiserende stoffer til stofmisbrugere.

### **2.12.2. Overvejelser og lovforslag**

Begrebet »euforiserende stoffer« er bredt og dækker både over afhængighedsskabende lægemidler og andre euforiserende stoffer, der ikke er lægemidler. Da det alene er førstnævnte, som benyttes i den lægelige behandling for stofmisbrug, findes det hensigtsmæssigt, at dette bliver præciseret i lovbestemmelsen. Terminologien bringes herved også i overensstem-

melse med § 41, stk. 1, 1. pkt., i lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Det foreslås, jf. § 142, stk. 1, at »euforiserende stoffer« ændres til »afhængighedsskabende lægemidler«.

## **2.13. Lægers ret til ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug**

### **2.13.1. Gældende ret**

Efter § 41, stk. 1, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed kan ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug foretages af læger ansat i kommunale eller regionale lægestillinger.

### **2.13.2. Overvejelser og lovforslag**

Formålet med den foreslåede ændring af § 41, stk. 1, er at bringe bestemmelsen i overensstemmelse med § 5 f, stk. 1, i den tidligere gældende lov om udøvelse af lægegerning, jf. lovbekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001, som ændret ved § 18 i lov nr. 145 af 25. marts 2002, § 18 i lov nr. 69 af 4. februar 2004 og § 9 i lov nr. 545 af 24. juni 2005, hvorefter ordination af euforiserende stoffer som led i behandling af personer for stofmisbrug kan foretages af læger ansat i private institutioner, hvormed en kommunalbestyrelse eller et regionsråd har indgået aftale om behandling.

Det foreslås, at udvide kredsen af læger, som kan ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug, til også at omfatte læger ved private institutioner, hvormed en kommunalbestyrelse eller et regionsråd har indgået aftale om behandling.

Alle læger, der som led i behandling af personer for stofmisbrug kan foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler, er forpligtede til at følge de af Sundhedsstyrelsen fastsatte regler om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioidmisbrug, herunder bl.a. reglerne om udredning og visitation. Forpligtelsen omfatter også læger ved private institutioner.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det i alle tilfælde er en læge ansat i den behandlingsansvarlige kommune, der træffer beslutning om iværksættelse af medicinsk stofmisbrugsbehandling, også i de tilfælde, hvor behandlingen efterfølgende delegeres til en privat institution.



## 2.14. Adgang for autoriserede sundhedspersoner til frivilligt indskrænkning af virksomhedsområde

### 2.14.1. Gældende ret

Autoriserede sundhedspersoner har i dag mulighed for frivilligt at fraskrive sig autorisationen for en fastsat periode eller indtil videre. En virksomhedsindskrænkning, der har karakter af en delvis autorisationsfratagelse, er kun mulig, såfremt betingelserne i § 8, stk. 2, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed er opfyldt. I sådanne tilfælde træffer Sundhedsstyrelsen afgørelse om virksomhedsindskrænkning, såfremt der er begrundet mistanke om, at en autoriseret sundhedsperson er til fare for patientsikkerheden på et eller flere områder. Sundhedsstyrelsens afgørelse skal omgående meddeles ministeren for sundhed og forebyggelse.

### 2.14.2. Overvejelser og lovforslag

Med den foreslåede ændring tilsigtes der parallelet mellem de tvangsmæssige foranstaltninger og de frivillige ordninger vedrørende autorisation og virksomhedsindskrænkning i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Herved opnås mulighed for at en virksomhedsindskrænkning kan gennemføres på et tidligere tidspunkt på et frivilligt grundlag. Dette imødekommer hensyn til både patienter og læger. Med forslaget bliver det - på linje med autorisationsfraskrivelse - således også muligt for en autoriseret sundhedsperson frivilligt at indskrænke sit virksomhedsområde for en fastsat periode eller indtil videre. Frivillige virksomhedsindskrænkninger omfattes med lovforslaget af autorisationslovens § 13 om offentliggørelse af autorisationsændringer m.v.

Det foreslås med forslaget, at en autoriseret sundhedsperson over for Sundhedsstyrelsen får adgang til frivilligt at indskrænke sit virksomhedsområde, hvilket offentliggøres efter autorisationslovens § 13, og til at ophæve eller få ophævet denne indskrænkning efter den samme procedure som ved fraskrivelse og genhervelse af autorisation. Det foreslås endvidere, at en person, der frivilligt har indskrænket sit virksomhedsområde, men fortsætter med at udøve den fraskrevne del af virksomhedsområdet - i overensstemmelse med, hvad der gælder for autorisationsfraskrivelse, autorisationsfratagelse og virksomhedsindskrænkninger i øvrigt - skal kunne straffes efter autorisationslovens § 76.

## 3. De økonomiske konsekvenser for det offentlige

### *Indførelse af udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien*

Merudgiften for regioner og kommuner ved indførelse af den udvidede undersøgelses- og behandlingsret skønnes på det foreliggende grundlag i 2007 pris og lønniveau på årsbasis til at være 18 mio. kr. i 2008, 68 mio. kr. i 2009, 103 mio. kr. i 2010, 136 mio. kr. i 2011 og 171 mio. kr. i 2012 og fremefter. Med satspuljeaftalen for 2005 blev der afsat 50 mio. kr. årligt over en 4-årig periode fra 2005-2008 til en måltret nedbringelse af ventetider i børne- og ungdomspsykiatrien. Ovenstående udgiftsskøn forudsætter, at disse 50 mio. kr. årligt videreføres fra 2009 og fremefter med henblik på fastholdelse af det aktivitetsniveau, der er opnået med puljen. På grund af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet skal kommunerne kompenseres for deres relative andel af merudgifterne.

Forslaget har ikke økonomiske konsekvenser for staten.

### *Udvidet frit valg ved aflyst operation*

Det skønnes, at forslaget vil være udgiftsneutralt, da der er tale om patienter, der allerede er henvist til behandling.

### *Bedre vejledning om valgmuligheder i sygehusvæsenet*

Det skønnes, at forslaget samlet set vil medføre merudgifter for regionerne, på 0 kr. i 2008, hvor forslaget træder i kraft den 1. december 2008 og 3 mio. kr. årligt i perioden 2009-2011.

### *Indførelse af kontaktpersoner på sygehuse*

Sygehusejerne er i tidligere økonomiaftaler som led i det generelle rammeløft kompenseret for implementering af kontaktpersoner på sygehuse. I dag har ca. 4 ud af 5 patienter under indlæggelse og i ambulante forløb en kontaktperson. Et skifte fra den nuværende situation til en situation, hvor alle patienter under indlæggelse og i ambulante forløb har en kontaktperson vil medføre merudgifter, som skal afholdes af regionerne. Merudgifterne skønnes at udgøre ca. 20 mio. kr. på årsbasis.

Forslaget har ikke økonomiske konsekvenser for kommunerne og staten.

### *Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne*

På baggrund af oplysninger fra Danske Regioner skønnes de samlede administrative udgifter at udgøre

ca. 9,4 mio. kr. årligt. Regionernes udgifter til tilskud til fysioterapi udgjorde 862 mio. kr. i 2006, hvoraf de 488 mio. kr. vedrørte vederlagsfri fysioterapi og de 288 mio. kr. vedrørte fysioterapi med tilskud. Af de resterende 86 mio. kr. vedrørte 80,2 mio. kr. vederlagsfri ridefysioterapi samt vederlagsfri genoptræning ved Øfeldt Centret Aps m.v. På grund af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, som på dette område udgør 10 %, skal kommunerne kompenseres for 90 % af regionernes udgifter til vederlagsfri fysioterapi, svarende til 511,4 mio. kr.

Forslaget har ikke økonomiske konsekvenser for staten.

#### *Graduering af plejehjemstilsynet*

Lovforslaget har ingen økonomiske konsekvenser for det offentlige, ej heller til indførelse af Sundhedsstyrelsens - i praksis embedslægernes - graduerede plejehjemstilsyn. De ressourcer, der vil blive frigjort som følge af, at institutioner uden eller med få konstaterede fejl og mangler undergives færre tilsyn, vil kunne anvendes til en øget indsats i de institutioner, hvor der er konstateret problemer.

#### *Ophævelse af krav om ind- og udskolingsundersøgelse ved læge*

Lovforslaget medfører merudgifter for kommunerne til opkvalificering af de sundhedsplejersker, der skal varetage forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder. Det skønnes, at denne kommunale forpligtelse medfører engangsudgifter på ca. 2 mio. kr., som kommunerne kompenseres for med 1 mio. kr. i 2008 og 1 mio. kr. i 2009.

Forslaget har ikke økonomiske konsekvenser for regionerne og staten.

#### *Øvrige forslag*

De øvrige forslag har ingen økonomiske konsekvenser for det offentlige.

### **4. Administrative konsekvenser for det offentlige**

#### *Indførelse af udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien*

Forslaget vil medføre en vis meradministration i regionerne og på regionernes sygehuse.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for kommunerne og staten.

#### *Udvidet frit valg ved afløst operation*

Forslaget indebærer en let øget administration i regionerne i forbindelse med henvisning af patienter til et aftalesygehus.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for kommunerne og staten.

#### *Bedre vejledning om valgmuligheder i sygehusvæsenet*

Forslaget indebærer en øget vejledningsforpligtelse for regionernes patientkontorer.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for kommunerne og staten.

#### *Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene*

I det omfang regionerne ikke fuldt ud efterlever økonomiaftalerne vedrørende kontaktpersonordningen, vil forslaget medføre administrative konsekvenser i forbindelse med udpegning af kontaktpersoner, rapportering i patientjournal, og oplysninger om, hvad kontaktpersonordningen indebærer. Forslaget har ingen administrative konsekvenser i det omfang aftalerne er overholdt.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for kommunerne og staten.

#### *Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne*

Forslaget vil medføre en vis meradministration i kommunerne og en tilsvarende mindre administration i regionerne.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for staten.

#### *Graduering af plejehjemstilsynet*

De ressourcer, der vil blive frigjort som følge af, at institutioner uden eller med få konstaterede fejl og mangler undergives færre tilsyn, vil kunne anvendes til en øget indsats i de institutioner, hvor der er konstateret problemer.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for regionerne og kommunerne.

#### *Øvrige forslag*

De øvrige forslag har ingen administrative konsekvenser for det offentlige.

### **5. De økonomiske konsekvenser for erhvervslivet mv.**

#### *Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge*

Der må som følge af forslaget forventes at ske tilpasninger, herunder økonomiske med hensyn til behandlingsskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.

*Udvidet frit valg ved aflyst operation*

Der må som følge af forslaget forventes at ske mindre tilpasninger, herunder økonomiske med hensyn til behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.

*Medicinprofilen*

Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til udgifter til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende kunne blive tale om besparelser som følge af en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren.

Det vil dog først være muligt at skønne herom i forbindelse med den konkrete udmøntning af den foreslåede bestemmelse.

*Øvrige forslag*

De øvrige forslaget har ingen økonomiske konsekvenser for virksomheder, bortset fra private sygehuse m.v., som vælger af indgå i ordningen.

**6. De administrative konsekvenser for erhvervslivet mv.***Indførelse af udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien*

Der må som følge af forslaget forventes at ske tilpasninger, med hensyn til behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.

*Udvidet frit valg ved aflyst operation*

Der må som følge af forslaget forventes at ske mindre tilpasninger, med hensyn til behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.

*Medicinprofilen*

Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende følge en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren.

Det vil dog først være muligt at skønne herom, når der fastsættes bestemmelser af administrativ karakter i forbindelse med en konkret udmøntning af den foreslåede bestemmelse.

*Øvrige forslag*

De øvrige forslag har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet.

**7. De administrative konsekvenser for borgere***Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge*

Børn og unge får flere valgmuligheder ved henvisning til psykiatrisk behandling.

*Udvidet frit valg ved aflyst operation*

Borgerne får flere valgmuligheder ved aflyst operation.

*Bedre vejledning om valgmuligheder i sygehusvæsenet*

Forslaget sigter på en bedre vejledning af patienterne om deres valgmuligheder i sygehusvæsenet.

*Øvrige forslag*

De øvrige forslag har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

**8. De miljømæssige konsekvenser**

Forslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

**9. Forholdet til EU-retten**

Forslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

**10. Hørte myndigheder og organisationer m.fl.**

Lovforslaget har været i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.fl.:

*Kommunale parter m.fl.*

Danske Regioner,  
Regionernes Lønnings- og Takstnævn og  
KL.

*Faglige organisationer m.fl.*

Danmarks Apotekerforening,  
Dansk Farmaceutforening,  
Dansk Kiropraktor Forening  
Dansk Laborantforening,  
Dansk Psykologforening,  
Dansk Sygeplejeråd,  
Dansk Tandlægeforening,  
Dansk Tandplejerforening,  
Danske Bioanalytikere,  
Danske Fysioterapeuter,  
Lægeforeningen,  
Praktiserende Lægers Organisation,  
Ergoterapeutforeningen,  
Farmakonomforeningen,  
FOA,

Foreningen af Fodterapeuter,  
 Foreningen af Kliniske Diætister,  
 Foreningen af Radiografer i Danmark,  
 Jordemoderforeningen,  
 Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere,  
 Sundhedskartellet og  
 Tandlægenes Nye Landsforening.

*Patientforeninger m.fl.*

Center for Små Handicapgrupper,  
 Danske Handicaporganisationer,  
 Danske Patienter,  
 Dansk Handicapforbund,  
 Dansk Optikerforening,  
 Dansk Selskab for Patientsikkerhed,  
 Det Centrale Handicapråd,  
 Forbrugerrådet,  
 Foreningen Pårørende til Sindslidende,  
 Hjernesagen,  
 Hjerteforeningen og  
 Hospice Forum Danmark,  
 Kræftens Bekæmpelse,  
 Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psyki-  
 atribrugere (LAP),  
 Landsforeningen Bedre Psykiatri,  
 Landsforeningen for Bedre Hørelse,  
 Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selv-  
 skade,  
 Landsforeningen SIND,  
 Patientforeningen i Danmark,  
 Patientforum,  
 Scleroseforeningen,  
 ÆldreForum,  
 Ældremobiliseringen og  
 Ældresagen.

*Andre private foreninger og institutioner m.fl.*

Center for Hjerneskade,

Dansk Erhverv,  
 Diakonissestiftelsens Hospice,  
 Dronning Alexandrines Gigtsanatorium,  
 Epilepsihospitalet i Dianalund,  
 Falck A/S,  
 Foreningen af Parallelimportører af lægemidler,  
 Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem,  
 Gigtsanatoriet i Skælskør,  
 Industriforeningen for Generiske Lægemidler,  
 Institut for Muskelsvind,  
 Lægemedelindustriforeningen,  
 Megros,  
 OASIS,  
 PTU's RehabiliteringsCenter,  
 RCT- København,  
 RCT-Jylland,  
 Dansk IT - Råd for IT- og persondatasikkerhed,  
 Sankt Lukas Hospice,  
 Sclerosecenter Haslev,  
 Sclerosecenter Ry,  
 Sct. Maria Hospice,  
 Vejlefjord,  
 Øfeldt Centret Aps.

*Statslige myndigheder m.fl.*

Dansk Selskab for Folkesundhed,  
 Datatilsynet,  
 Den Centrale Videnskabsetiske Komité,  
 Det Ethiske Råd,  
 Institut for Menneskerettigheder,  
 Lægemedelskadeankenævnet,  
 Patientforsikringen,  
 Patientskadeankenævnet,  
 Rigsrevisionen,  
 Sundhedsvæsenets Patientklagenævn,  
 Grønlands Hjemmestyre, Direktoratet for Sundhed  
 og  
 Færøernes Landsstyre.

## 11. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/mindre udgifter	Negative konsekvenser/merudgifter
Økonomiske konsekvenser for det offentlige	<p><i>Fysioterapi</i> Flytning af den vederlagsfri fysioterapi til kommunerne vil medføre mindre udgifter for regionerne på 568,2 mio. kr. (100 %), og en andel af regionernes administrative omkostninger til vederlagsfri fysioterapi på i alt 9,4 mio. kr.</p>	<p><i>Undersøgelser- og behandlingsret</i> Merudgiften for regioner og kommuner skønnes i 2007 pris og lønniveau på årsbasis til at være 18 mio. kr. i 2008, 68 mio. kr. i 2009, 103 mio. kr. i 2010, 136 mio. kr. i 2011 og 171 mio. kr. i 2012 og fremefter.</p> <p><i>Vejledning</i> Det skønnes, at forslaget samlet set vil medføre merudgifter for regionerne, på 0 kr. i 2008 og 3 mio. kr. årligt i perioden 2009-2011.</p> <p><i>Kontaktpersoner</i> Merudgifterne skønnes at udgøre ca. 20 mio. kr. på årsbasis.</p> <p><i>Fysioterapi</i> De samlede administrative udgifter skønnes at udgøre ca. 9,4 mio. kr. årligt. Kommunerne skal kompenseres for 511,4 mio. kr.</p>
		<p><i>Ind- og udskolingsundersøgelse</i> Lovforslaget medfører merudgifter for kommunerne i form af engangsudgifter på ca. 2 mio. kr.</p>
Administrative konsekvenser for det offentlige		<p><i>Aflyst operation</i> Forslaget indebærer en let øget administration i regionerne i forbindelse med henvisning af patienter til et aftalesygehus.</p> <p><i>Vejledning</i> Forslaget indebærer en øget vejledningsforpligtelse for regionernes patientkontorer.</p>

	Positive konsekvenser/mindre udgifter	Negative konsekvenser/merudgifter
	<p><i>Fysioterapi</i> Forslaget vil medføre en vis mer-administration i kommunerne og en tilsvarende mindre administration i regionerne.</p> <p><i>Plejehjemstilsynet</i> De ressourcer, der vil blive frigjort som følge af, at institutioner uden eller med få konstaterede fejl og mangler får færre tilsyn, vil kunne anvendes til en øget indsats i de institutioner, hvor der er konstateret problemer.</p>	<p><i>Kontaktpersoner</i> I det omfang regionerne ikke fuldt ud efterlever økonomaftalerne vedrørende kontaktpersonordningen, vil forslaget medføre administrative konsekvenser i forbindelse med udpegning af kontaktpersoner, rapportering i patientjournal, og oplysninger om, hvad kontaktpersonordningen indebærer. Forslaget har ingen administrative konsekvenser i det omfang aftalerne er overholdt.</p> <p><i>Fysioterapi</i> Forslaget vil medføre en vis mer-administration i kommunerne og en tilsvarende mindre administration i regionerne.</p> <p><i>Plejehjemstilsynet</i> De ressourcer, der vil blive frigjort som følge af, at institutioner uden eller med få konstaterede fejl og mangler får færre tilsyn, vil kunne anvendes til en øget indsats i de institutioner, hvor der er konstateret problemer.</p>
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet		<p><i>Undersøgelser- og behandlingsret</i> Der forventes tilpasninger, herunder økonomiske med hensyn til behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.</p> <p><i>Aflyst operation</i> Der må med forslagene forventes at ske mindre tilpasninger, herunder økonomiske med hensyn til behandlingskapacitet, -steder og -tilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.</p>

	Positive konsekvenser/mindre udgifter	Negative konsekvenser/merudgifter
	<p><i>Medicinprofilen</i> Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til udgifter til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende kunne blive tale om besparelser som følge af en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren.</p>	<p><i>Medicinprofilen</i> Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til udgifter til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende kunne blive tale om besparelser som følge af en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren.</p>
Administrative konsekvenser for erhvervslivet		<p><i>Undersøgelser- og behandlingsret</i> Der må forventes tilpasninger, herunder økonomiske med hensyn til behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.</p> <p><i>Aflyst operation</i> Der må som følge af forslagene forventes at ske tilpasninger, med hensyn til behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.</p>
	<p><i>Medicinprofilen</i> Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende følge en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren.</p>	<p><i>Medicinprofilen</i> Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende følge en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren.</p>
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	<p><i>Undersøgelser- og behandlingsret</i> Børn og unge får flere valgmuligheder ved henvisning til psykiatrisk behandling.</p> <p><i>Aflyst operation</i> Borgerne får flere valgmuligheder ved aflyst operation.</p>	Ingen

## F. t. l. vedr. sundhedsloven m.v.

	Positive konsekvenser/mindre udgifter	Negative konsekvenser/merudgifter
	<i>Vejledning</i> Forslaget sigter på en bedre vejledning af patienterne om deres valgmuligheder i sygehusvæsenet.	
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.	

*Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser**Til § 1*

## (Sundhedsloven)

## Til nr. 1 (§ 24, stk. 3)

Der er tale om konsekvensrettelser som følge af, at lov om udøvelse af lægegerning er afløst af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

## Til nr. 2-3 (§ 51, stk. 1-2)

Med forslaget vedrørende § 51, stk. 1, præciseres det, at patientkontorenes opgave med hensyn til til at informere, vejlede og rådgive patienter om patienters rettigheder, herunder om frit sygehusvalg, også omfatter information, vejledning og rådgivning om udvidet frit sygehusvalg.

Med forslaget til § 51, stk. 2, foreslås det, at patientkontorerne skal have udvidet deres opgaver, idet de skal informere praktiserende læger og speciallæger om reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg m.v. og om deres patienters valgmuligheder, jf. forslaget til §§ 86-87d.

Informationspligten omfatter også reglerne om udvidet undersøgelses- og behandlingsret for psykisk syge børn og unge, som foreslås med lovforslaget.

## Til nr. 4 (§ 79, stk. 2)

Med forslaget vedrørende § 79, stk. 2, følges op på, at Polio- Trafik- og Ulykkesskadedes Ambulatorium har ændret navn til PTU's RehabiliteringsCenter.

## Til nr. 5 (§ 87)

Det foreslås i forslaget til § 87, stk. 3, at en person, som har fået tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus, kan vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis regionsrådet ændrer datoen.

Forslaget gælder ikke kun bopælsregionens sygehus, men alle regionale sygehuse, der aflyser en operationsdato og kun kan give en ny tid på en anden dato. En patient, der behandles på et sygehus uden for

bopælsregionen har således også udvidet frit sygehusvalg, hvis den kirurgiske behandling bliver afløst.

Patienter får med forslaget ret til at blive viderehenvist til et aftalesygehus, selvom regionen kan tilbyde en ny behandlingsdato inden for 1 månedsperioden, jf. § 87, stk. 1, eller hurtigere behandling end aftalesygehuset.

Efter sundhedslovens § 87, stk. 3, fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse regler om afgrænsning af og vilkår for behandling, der er omfattet af stk. 1, og kan herunder undtage bestemte behandlingsformer. Endvidere fastsætter ministeren regler om regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om denne behandling. Denne bemyndigelse til ministeren udvides med forslaget til § 87, stk. 4, til også at omfatte afløst behandling.

Sundhedslovens § 87, stk. 5, videreføres ikke med forslaget. Det ændrer dog ikke på, at der fortsat ikke kan henvises patienter efter forslagens § 87, stk. 1 og 3, til sygehuse, klinikker m.v., som ikke ønsker at indgå aftale på de fastsatte vilkår.

Reglerne i sundhedslovens § 87 om udvidet frit sygehusvalg ved ventetid på over 1 måned videreføres i øvrigt uændret med lovforslaget.

## Til nr. 6 (§§ 87a-87 d)

Med det foreslåede kapitel 20 a foreslås en gradvis indførelse af udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder på det børne- og ungdomspsykiatriske område, således at denne patientgruppe ved ventetider på mere end 2 måneder under visse betingelser får ret til at vælge undersøgelse og behandling på et sygehus eller en klinik, som regionsrådene har indgået aftale med (aftalesygehus). Fra den 1. august 2008 indføres efter forslaget således en udvidet ret til undersøgelse og fra den 1. januar 2009 foreslås ordningen udvidet til også at omfatte en udvidet ret til behandling.

Vedrørende den gradvise indførelse af de udvidede rettigheder, se bemærkningerne til ikrafttrædelsesbestemmelserne.



Ved undersøgelse i dette kapitel forstås den undersøgelse, som er nødvendig for at vurdere, om patienten har en psykisk lidelse og tage stilling til, om patienten skal behandles og i givet fald hvilken behandling, der skal iværksættes.

Kompetencen til at beslutte, hvorvidt der på barnet eller den unges vegne skal gøres brug af den udvidede undersøgelses- og behandlingsret, jf. §§ 87 a og 87 b, følger de almindelige regler for kompetence til at afgive informeret samtykke til behandling for børn og unge, jf. sundhedslovens afsnit III vedrørende patienters retstilling og forældreansvarsloven (lov nr. 499 af 6. juni 2007). For børn under 15 år ligger kompetencen således hos forældremyndighedens indehaver, jf. forældreansvarsloven.

En patient, der er fyldt 15 år, kan derimod som udgangspunkt, såfremt betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt, selv vælge, hvorvidt vedkommende vil gøre brug af de udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder, jf. § 17, stk. 1, i sundhedsloven.

Eventuelle klager i forbindelse med de udvidede rettigheder til undersøgelse og behandling inden for børne- og ungdomspsykiatrien, jf. forslaget til kapitel 20 a, vil på lige fod med klager over det udvidede fri sygehusvalg inden for det somatiske område, jf. kapitel 20, kunne rettes til sygehusejerne.

Anvendelse af tvang i psykiatrien i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien kan fortsat alene finde sted i forbindelse med indlæggelse på et offentligt sygehus.

#### *Til § 87 a*

Det fremgår af forslaget til § 87 a, at den nye rettighed skal gælde for børn og unge, som på henvisningstidspunktet ikke er fyldt 19 år. Det er således forudsat, at en 18-årig person, som f.eks. af sin praktiserende læge bliver henvist til undersøgelse og behandling, vil være omfattet af bestemmelsen, selvom henvisningen først kommer frem til sygehuset, efter personen er fyldt 19 år. En person, som har påbegyndt et undersøgelsesforløb hos sin praktiserende læge, mens vedkommende var 18 år, men som først henvises efter at være fyldt 19 år, er derimod ikke omfattet. Ved afgørelsen af, om patienten ikke var fyldt 19 år på tidspunktet for henvisning, lægges datoen for udfærdigelsen af henvisningen til grund.

#### *Til § 87 b*

Med den foreslåede bestemmelse i § 87 b, stk. 1, får børn og unge, som er henvist til psykiatrisk undersøgelse eller behandling, ret til at vælge at få foretaget undersøgelse på et sygehus eller en klinik, som regi-

onsrådet har indgået aftale med (aftalesygehus), hvis bopælsregionen ikke inden 2 måneder kan tilbyde undersøgelse.

Den foreslåede ordning vil ikke medføre nogen ændringer for patienter, som er henvist til akut behandling, f.eks. på grund af psykotiske symptomer, eller alvorlige, eventuelt livstruende spiseforstyrrelser. Ordningen vil således ikke ændre ved sygehusvæsenets overordnede forpligtelse til at prioritere behandling af akut og livstruende sygdom. Og det er stadig en faglig vurdering, som skal sikre, at patienter med det største og mest akutte behandlingsbehov prioriteres først.

Den foreslåede ordning indebærer en ret for patienter, der er henvist til undersøgelse i børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, til at vælge undersøgelse på et aftalesygehus, hvis betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt.

Henvisningen er som ved andre henvisninger til sygehusvæsenet en anmodning til den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling om at modtage en patient.

Henvisningen kan komme fra den praktiserende læge, fra den pædagogiske, psykologiske rådgivning eller anden henvisningsinstans. Det nærmere indhold af og rammerne for undersøgelsen fastlægges herefter på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering af den problemstilling, som patienten er henvist til undersøgelse for. Patienternes ret til undersøgelse vil således ikke indebære en ret til at vælge det nærmere indhold af undersøgelsen, eller rammerne, antallet af konsultationer m.v.

Patientens ret til at vælge et aftalesygehus aktualiseres ikke, hvis regionen kan tilbyde, at undersøgelsen på et regionsygehus eller et samarbejdsygehus kan påbegyndes inden udløbet af de 2 måneder. Der stilles med andre ord ikke krav om, at et undersøgelsesforløb kan være afsluttet, inden de 2 måneder er gået. For nogle patienter kan undersøgelsen gennemføres i forbindelse med en enkelt kontakt. For andre vil det være nødvendigt at gennemføre en række konsultationer m.v.

Undersøgelsen har til formål at afklare hvilken endelig behandling, der skal tilbydes, herunder om behandling i børne- og ungdomspsykiatrisk regi er påkrævet, eller om problemstillingen f.eks. mest hensigtsmæssigt kan håndteres i andet regi, f. eks. af de sociale myndigheder, i skolevæsenet. Det beror på en klinisk vurdering, hvornår undersøgelsen er afsluttet. Se herom nærmere nedenfor under bemærkningerne til § 87 b, stk. 2.

Den i lovforslaget nævnte 2-måneders periode regnes fra den dag, hvor henvisningen er modtaget på re-

gionssygehuset eller samarbejdssygehuset. F.eks. fratrækkes perioden, hvor f.eks. en eventuel intern visitation i regionen foregår, ikke i opgørelsen af ventetiden.

Regionerne får pligt til at henvise personer, der i medfør af stk. 1 vælger at få foretaget undersøgelse på et aftalesygehus, til det pågældende sygehus. Pligten til at henvise patienten til aftalesygehuset vil påhvile ledelsen for det sygehus, som har modtaget henvisningen fra f.eks. patientens praktiserende læge. Ledelsen skal ved modtagelsen af henvisningen straks foranledige, at der iværksættes en undersøgelse af spørgsmålet om, hvorvidt bopælsregionen kan tilbyde undersøgelse inden 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget.

Patienten skal, jf. § 90, stk. 1, nr. 2, i sundhedsloven, senest 8 hverdage efter, at henvisningen er modtaget, have oplyst, om undersøgelsesforløbet kan påbegyndes senest 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget. Denne bestemmelse sigter på, at patienterne skal have en reel mulighed for at benytte den udvidede undersøgelsesret, og at de allerede på dette tidlige tidspunkt skal have mulighed for at vælge undersøgelse på et aftalesygehus og disponere herefter.

Det foreslås, at patientens ret til at vælge et aftalesygehus erhverves på det tidspunkt, hvor patienten modtager oplysningerne, jf. § 90, stk. 1, nr. 2. Når patienten har erhvervet ret til undersøgelse på et aftalesygehus på grund af, at ventetiden overstiger 2 måneder, kan retten ikke fortabes ved, at bopælsregionen efterfølgende meddeler, at regionen inden for fristen kan tilbyde undersøgelse på et regions- eller et samarbejdssygehus.

Hvis patienten har fået oplyst, at undersøgelse kan finde sted på et af regionens sygehuse eller et samarbejdssygehus inden udløbet af 2-måneders perioden, men patienten på grund af vedkommendes egne forhold, f.eks. planer om afholdelse af ferie m.v., ikke ønsker at gøre brug af dette tilbud, og derfor ikke påbegynder undersøgelsen inden 2 måneder, erhverver patienten derimod ikke ret til at vælge undersøgelse på et aftalesygehus.

Med den foreslåede bestemmelse i § 87 b, stk. 2, får børn og unge, der har behov for et hurtigt behandlingstilbud for at undgå en forværring i tilstanden, ret til at lade sig behandle på et aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke inden 2 måneder efter undersøgelsen er afsluttet, kan tilbyde behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Målgruppen for den udvidede behandlingsret vil være de patienter, for hvem det på baggrund af en kli-

nisk vurdering må antages, at tilstanden vil forværres, hvis behandling i børne- og ungdomspsykiatrien efter afsluttet undersøgelse ikke påbegyndes inden 2 måneder. Denne vurdering foretages af den eller de læger, som har forestået undersøgelsen af patienten. Det er samtidig op til en faglig vurdering at sikre, at de patienter, der har et akut behandlingsbehov, behandles akut inden for den tidshorison, som patientens tilstand tilsiger, og at de patienter, der har det største behandlingsbehov prioriteres først.

Det foreslås, at 2-måneders perioden begynder at løbe, når undersøgelsen er afsluttet. Det vil bero på en konkret klinisk vurdering, hvornår undersøgelsen er afsluttet, og dermed hvornår ventetid til eventuel efterfølgende behandling påbegyndes. Det er således tidspunktet for afslutning af undersøgelsen, som har betydning ved opgørelse af ventetiden på efterfølgende behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Det har ikke betydning i denne sammenhæng, om der parallelt med og eventuelt som et led i undersøgelsen er iværksat en behandling.

Når undersøgelsen er afsluttet, skal dette noteres i journalen med angivelse af dato for afslutningen af undersøgelsen. Patienten skal hurtigst muligt derefter, og senest 8 hverdage efter at undersøgelsen er afsluttet, have oplyst, om behandlingen i børne- og ungdomspsykiatrien kan påbegyndes senest 2 måneder efter, at undersøgelsen er afsluttet. Det skal endvidere noteres i journalen, hvilke efterfølgende behandlingstiltag, der eventuelt foreslås iværksat. Beslutningen om hvilke konkrete behandlingstiltag, der herefter på baggrund af undersøgelsen skal iværksættes, træffes af den læge, som aktuelt har ansvaret for behandlingen af den pågældende patient.

Når undersøgelsen på et aftalesygehus er afsluttet, skal aftalesygehuset samme dag, som undersøgelsen er afsluttet, meddele dette til regionen. Aftalesygehuset skal endvidere meddele regionen, hvorvidt aftalesygehuset, jf. forslaget til § 87 b, stk. 3, kan tilbyde påkrævet behandling i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen.

Senest 8 hverdage efter, at undersøgelsen er afsluttet, skal regionen meddele patienten, om evt. efterfølgende behandling kan påbegyndes senest 2 måneder efter, at undersøgelsen er afsluttet, jf. ovenfor, og oplyse, hvorvidt påkrævet behandling vil kunne finde sted på aftalesygehuset. En person, der i henhold til den foreslåede bestemmelse i § 87 b, stk. 1, er blevet undersøgt på et aftalesygehus, vil efter den foreslåede bestemmelse i § 87 b, stk. 3, selvom bopælsregionen tilbyder behandling inden 2 måneder, kunne vælge at lade sig behandle på det aftalesygehus, hvor personen

er blevet undersøgt, hvis aftalesygehuset kan tilbyde efterfølgende behandling i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen.

Det forudsættes, at bestemmelsen alene vil kunne finde anvendelse, hvis efterfølgende behandling kan iværksættes på aftalesygehuset inden for få dage efter, at undersøgelsen er afsluttet.

Hvis der efter endt undersøgelse skal iværksættes efterfølgende behandling på en anden klinik, sygehus m.v., end den klinik, sygehus m.v., som patienten er blevet undersøgt på, vil der i nødvendigt omfang skulle ske videregivelse af oplysninger fra den klinik, det sygehus m.v., hvor patienten er blevet undersøgt til den klinik, det sygehus m.v., hvor den efterfølgende behandling skal foregå. Spørgsmålet om adgangen til videregivelse af oplysninger m.v., reguleres af reglerne i sundhedslovens kapitel 9 vedrørende tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Det følger af forslaget til § 87 b, stk. 4, at retten til at vælge at lade sig undersøge på et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden på undersøgelse på aftalesygehuset overstiger ventetiden, inden for hvilken bopælsregionen kan tilbyde, at undersøgelse kan påbegyndes på et af regionens sygehuse eller et samarbejdssygehus.

#### *Til § 87 c*

Det fremgår af forslaget til § 87 c, at regionsrådene i forening indgår aftale med de sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og i udlandet, som ønsker at indgå aftale om undersøgelse og behandling efter § 87 b.

Det foreslås, at der bliver pligt for regionerne i forening til at indgå aftaler med de sygehuse, klinikker m.v., som ønsker det. En aftale vil forudsætte enighed om vilkårene. Kan parterne ikke blive enige herom, fastsættes vilkårene på de udestående punkter af ministeren for sundhed og forebyggelse. Regionerne vil have pligt til at indgå aftale på de således fastsatte vilkår. Derimod vil der ikke kunne pålægges de sygehuse, klinikker m.v., som regionerne søger at indgå aftaler med, en tilsvarende pligt. Hvis de ikke ønsker en aftale på de fastsatte vilkår, vil de ikke kunne omfattes af ordningen.

De sygehuse, klinikker m.v., som regionerne i forening efter forslaget kan indgå aftaler med, kan, så længe de er i besiddelse af de nødvendige faglige kompetencer, etableres inden for forskellige rammer. Der kan f.eks. være tale om klinikker, som betjenes af en enkelt speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, f.eks. en speciallæge, som i forvejen driver en klinik i praksissektoren. Der kan endvidere f.eks. være tale

om klinikker eller sygehuse, som beskæftiger flere speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og andre relevante faggrupper, f.eks. psykologer med indsigt i området m.v. Der kan også indgås aftaler med sygehuse eller klinikker, som ligger uden for Danmarks grænser, hvis det ud fra en afstandsmæssig og en sprogmæssig betragtning er relevant og hensigtsmæssigt i det konkrete tilfælde. Der vil f.eks. kunne være tale om sygehuse og klinikker m.v., som er beliggende i Nordtyskland, på den anden side af Øresund m.v.

I bekendtgørelse nr. 37 af 12. januar 2007 om befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven er bl.a. fastsat regler for ydelse af befordringsgodtgørelse til personer, der vælger at blive behandlet på et sygehus m.v. efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, jf. §§ 86-87 i sundhedsloven. Ministeren for sundhed og forebyggelse vil fastsætte tilsvarende regler for patienter, der vælger at blive behandlet efter reglerne i § 87 b.

#### *Til § 87 d*

Forslaget til § 87 d indeholder en bemyndigelsesbestemmelse. Ministeren for sundhed og forebyggelse vil udnytte denne bemyndigelsesbestemmelse til at fastsætte nærmere regler om de udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder efter kapitel 20 a, herunder bl.a. om proceduren for henvisning af patienter til aftalesygehusene m.v.

Bestemmelsen indeholder endvidere bemyndigelse til, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om krav til dokumentation m.v. til aftalesygehusene, der indgår aftale med regionsrådene i forening, jf. § 87 c, stk. 1. Denne del af bemyndigelsesbestemmelsen svarer til den bemyndigelse, som ministeren har til at fastsætte krav til dokumentation m.v. i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg på det somatiske område, jf. sundhedsloven § 87, stk. 6.

Til nr. 7-9 (§ 90, stk. 1, nr. 2, 3 og 6)

En nødvendig forudsætning for, at patienterne kan gøre brug af de udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder, som følger af forslaget, er, at patienterne informeres om disse rettigheder. Derfor foreslås det, at regionernes informationsforpligtelse ved henvisning til sygehus i henhold til § 90 udvides til også at omfatte den udvidede undersøgelses- og behandlingsret.

Forslaget indebærer, at regionsrådet senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, skal oplyse patienterne, som er omfattet af forslaget til § 87 a, om retten til at vælge undersøgelse og behandling på et aftalesygehus, jf. §

87 b. Forslaget indebærer endvidere, at regionsrådet senest 8 hverdage efter modtagelsen af henvisningen skal oplyse patienten om, hvorvidt patienten kan tilbydes undersøgelse og behandling på et regions- eller et samarbejdssygehus inden 2 måneder efter reglerne i 87 b. Patienten skal endvidere efter de foreslåede regler informeres om, at sygehuset, i tilfælde af at der ikke kan tilbydes behandling inden 2 måneder på et regions- eller samarbejdssygehus, tilbyder at henvise patienten til et aftalesygehus.

Til nr. 10 (§ 90 a)

Med den foreslåede bestemmelse i *stk. 1* får regionsrådet en pligt til at tilbyde en kontaktperson til en patient, der modtages til behandling på regionens sygehuse, hvis behandlingsforløbet strækker sig over mere end ét døgn.

Bestemmelsen afgrænser den kreds af patienter, som har krav på en kontaktperson. Behandlingsbegrebet skal forstås i overensstemmelse med sundhedslovens § 5. Der skal efter bestemmelsen tilbydes en kontaktperson både til patienter, hvis behandlingsforløb indebærer indlæggelse i mere end ét døgn, dvs. mere end 24 sammenhængende timer, og til patienter med behandlingsforløb, der indebærer ambulante besøg over flere dage, medmindre behandlingsforløbet alene kræver ambulante besøg, der alle kan finde sted inden for ét døgn. En patient, der indkaldes til ambulante besøg en formiddag og igen om eftermiddagen den følgende dag, har således krav på en kontaktperson. Patienten skal efter forslaget tilbydes mindst én kontaktperson på hvert af de af regionens sygehuse, hvor patienten behandles. Det forudsættes, at kontaktpersoner, der udpeges i forbindelse med et forløb, hvor patienten behandles på flere af regionens sygehuse, i fornødent omfang samarbejder om at koordinere behandlingen.

At få tilbudt en kontaktperson er en patientrettighed, men patienten kan naturligvis afslå tilbuddet. Regionsrådets pligt til at udpege en kontaktperson bortfalder således, hvis patienten afslår tilbuddet om den eller de kontaktpersoner, som regionsrådet har udpeget.

Patienten kan ikke kræve at få en bestemt person som kontaktperson, men regionsrådet vil kunne tage patientens ønske i betragtning.

Regionsrådet kan tilrettelægge kontaktpersonordningen efter lokale forhold. Kontaktpersonordningen kan f.eks. udformes som et fast team af kontaktpersoner på det enkelte sygehus eller de enkelte sygehusafdelinger.

Forslaget giver i den forbindelse mulighed for, at der kan udpeges mere end én kontaktperson til den enkelte patient. Det vil således kunne være relevant for en patient, der er i et længerevarende behandlingsforløb, at få udpeget flere kontaktpersoner, der hver for sig har de bedste faglige forudsætninger for at varetage funktionen på et givent tidspunkt i behandlingsforløbet. Samtidig sikrer forslaget den fornødne personalemæssige fleksibilitet. Det forudsættes dog, at regionsrådet administrerer ordningen under hensyn til, at patienten ikke unødigt skal skifte kontaktperson. Hvis der udpeges mere end én kontaktperson, må kontaktpersonerne desuden samarbejde tæt for bl.a. at sikre overdragelse af relevant information. Med forslaget er det samtidigt sikret, at den enkelte kontaktperson er direkte involveret i den sundhedsfaglige behandling af patienten, jf. bestemmelsens stk. 3.

Kontaktpersonen får et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet, herunder for koordinering af de sundhedsfaglige ydelser samt for information til patienten om behandlingsforløbet. Den enkelte kontaktpersons nærmere opgaver og funktioner tilrettelægges af regionen og vil afhænge af det enkelte patientforløb, herunder behandlingens kompleksitet, indlæggelsens varighed og omfanget af ambulante besøg.

Kontaktpersonordningen kan medvirke til at:

- patienten får en personificeret indgangsvinkel til sygehusvæsenet,
- patienten oplever et koordineret behandlingsforløb,
- patienten ikke føler sig overladt til sig selv,
- patienten føler sig bedre informeret om sin sygdom og behandling,
- patienten ikke kun møder nyt sundhedspersonale ved hver kontakt,
- misforståelser i patientforløbet forebygges, og
- skabe kontakt til en patientvejleder, når patienten har behov for rådgivning og vejledning om sine rettigheder, herunder om adgang til behandling, frit og udvidet sygehusvalg og ventetider m.v.

Kontaktpersonen vil desuden, når det er relevant, kunne medvirke til at sikre, at der sker en koordinering af behandlingsforløbet, fx hvor en patient overgår fra behandling i sygehusvæsenet til behandling ved alment praktiserende læge eller til behandling i den kommunale sundhedssektor. Regionsrådet forudsætter således ved fastlæggelsen af kontaktpersonens funktion at tage højde for behovet for koordinering med kommunen eller en praktiserende sundhedsperson, når dette er relevant i det konkrete behandlingsforløb.

Det bemærkes i den forbindelse, at det følger af de gældende regler i bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, at regionsrådet og kommunalbestyrelsen hver udpeger en kontaktperson med ansvar for koordineringen af genoptræningsforløb i forbindelse med udskrivningen af patienter med et genoptræningsbehov, jf. bekendtgørelsens § 3. Det vil være naturligt, at den kontaktperson, som regionsrådet udpeger i henhold til de gældende regler i bekendtgørelsen er den samme person, som regionsrådet udpeger i henhold til den foreslåede § 90 a.

Regionsrådet skal mundtligt og skriftligt oplyse en patient, der er omfattet af stk. 1, om kontaktpersonens navn og funktion senest dagen efter behandlingens påbegyndelse, jf. bestemmelsens *stk. 2*. Behandlingen anses for påbegyndt den dag, hvor patienten har første møde på sygehuset. Bestemmelsen forudsætter, at patienten har accepteret tilbuddet om en kontaktperson.

Af hensyn til den praktiske administration af kontaktpersonordningen er det fundet hensigtsmæssigt, at patientens krav på oplysning om kontaktpersonens navn og funktion ikke følger 24-timers fristen i stk. 1, men at patienten skal oplyses herom senest dagen efter behandlingens påbegyndelse. En patient, der er omfattet af stk. 1, vil kunne klage til regionsrådet, hvis patienten ikke senest dagen efter behandlingens påbegyndelse har fået oplyst navn m.v. på en kontaktperson. Der kan i sjældne tilfælde, f.eks. inden for psykiatrien være behov for at undlade at oplyse kontaktpersonens fulde navn til patienten. Det forudsættes i sådanne tilfælde, at patienten får kontaktoplysninger som i øvrigt er tilstrækkelige til, at patienten kan henvende sig til kontaktpersonen.

Det følger af bestemmelsens *stk. 3*, at kontaktpersonen skal være en sundhedsperson, jf. dog nedenfor om bemyndigelsesbestemmelsen i stk. 4. Kontaktpersonen kan således være en autoriseret sundhedsperson, f.eks. en læge eller sygeplejerske, eller en person, der handler på en autoriseret sundhedspersons ansvar. Det er samtidigt et krav, at den enkelte kontaktperson medvirker ved behandlingen af den patient, som vedkommende er kontaktperson for. Kontaktpersonen skal således være direkte involveret i patientforløbet for den pågældende patient. Det forudsættes, at regionsrådet ved udpegningen af kontaktperson for den enkelte patient sikrer, at kontaktpersonen har et tilstrækkeligt kendskab til den pågældende patients behandlingsforløb og de faglige forudsætninger for at kunne koordinere forløbet og give patienten relevant information herom.

Regionsrådet må ved udpegningen foretage en individuel vurdering af den enkelte patients behov og i den forbindelse tage hensyn til, at mere komplicerede behandlingsforløb vil stille højere krav til kontaktpersonens faglige forudsætninger end mindre komplicerede behandlingsforløb. Et mere kompliceret forløb vil derfor tale for, at regionsrådet udpeger en læge eller sygeplejerske som kontaktperson.

Kontaktpersonens information supplerer, men erstatter ikke den informationspligt, der hviler på de sundhedspersoner, der i øvrigt har ansvar for den sundhedsfaglige behandling af patienten. Det ansvar, som kontaktpersonen får for koordinering af de sundhedsfaglige ydelser, er ligeledes alene et supplement til det ansvar, der påhviler de sundhedspersoner, der har ansvar for behandlingen.

Kontaktpersonens virksomhed udgør en del af behandlingen i sundhedslovens forstand, jf. sundhedslovens § 5. Videregivelse af helbredsoplysninger fra en sundhedsperson til en kontaktperson (sundhedsperson) er derfor omfattet af sundhedslovens § 41, jf. § 42, hvorefter en sundhedspersons videregivelse af oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold m.v. i forbindelse med behandlingen som udgangspunkt forudsætter patientens mundtlige eller skriftlige samtykke. Videregivelse kan dog ske uden patientens samtykke, bl.a. når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelse sker under hensyntagen til patientens interesse og behov, jf. sundhedslovens § 41, stk. 2, nr. 1.

I forhold til de helbredsoplysninger, som er registreret i elektroniske systemer (EPJ), vil reglerne i sundhedslovens § 42 a regulere kontaktpersoners indhentning af oplysninger til brug for behandling af patienten. Reglerne i sundhedslovens § 42 a indebærer, at sundhedspersoner ved opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang kan indhente oplysninger om en patients helbredsforhold m.v., når det er nødvendigt i forbindelse med aktuell behandling af patienten. Visse sundhedspersoner, herunder sygeplejersker, har en mere snæver adgang til at indhente oplysninger end visse andre sundhedspersoner, herunder læger. Patienter kan på ethvert tidspunkt under den aktuelle behandling frabede sig indhentning af oplysninger fra elektroniske systemer, jf. sundhedslovens § 42 a, stk. 7.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævns kompetence til at behandle klager over sundhedspersoners faglige virksomhed, jf. kapitel 2 i lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, herunder også klager vedrørende konkrete

pligter knyttet til behandling og pleje, såsom information, indhentelse af samtykke og overholdelse af tavshedspligt, vil også omfatte autoriserede sundhedspersoners virksomhed som kontaktperson i den udstrækning, virksomheden må anses for at være af sundhedsfaglig karakter.

Patientklagenævnet har derimod ikke kompetence til at behandle klager over systemfejl og dårlig administration eller ledelse og vil dermed eksempelvis ikke kunne tage stilling til klager over manglende udpegnings af kontaktperson eller over, at patienten ikke senest dagen efter behandlingens påbegyndelse har fået oplysning om kontaktpersonens navn og funktion. Klager over sådanne forhold må rettes til regionsrådet.

Med bestemmelsens *stk. 4* gives ministeren for sundhed og forebyggelse hjemmel til at fastsætte nærmere regler om kontaktpersoners funktioner. Ministeren for sundhed og forebyggelse vil med hjemmel i bestemmelsen bl.a. kunne fastsætte regler om, at kontaktpersonen har pligt til at give patienten nærmere bestemte oplysninger. Ministeren for sundhed og forebyggelse gives endvidere hjemmel til at fastsætte regler om, at andre end sundhedspersoner kan udpeges som kontaktpersoner. Bestemmelsen vil kunne benyttes på områder, hvor det er hensigtsmæssigt, at andre end sundhedspersoner kan udpeges som kontaktpersoner. Det vil f.eks. kunne være tilfældet inden for psykiatrien.

Kontaktpersonordningen gælder efter bestemmelsens *stk. 5* på alle sygehuse, der er omfattet af frit valg-reglerne i sundhedslovens § 86.

Kontaktpersonordningen gælder således for de private institutioner, som regionsrådet har indgået overenskomst med eller på anden måde benytter, jf. sundhedslovens § 75, stk. 2, og for selvejende hospicer, som regionsrådet har indgået overenskomst med, jf. sundhedslovens § 75, stk. 4.

Kontaktpersonordningen gælder endvidere efter bestemmelsen for private institutioner, som ministeren for sundhed og forebyggelse har bestemt, at frit valg-reglerne helt eller delvis finder anvendelse på, jf. sundhedslovens § 75, stk. 5, og for de private specialsygehuse m.fl., der er omfattet af sundhedslovens § 79, stk. 2. En patient har således ret til at få udpeget en kontaktperson på alle de nævnte sygehuse og private institutioner.

Til nr. 11 (§ 121, stk. 2)

Med forslaget til ændring af § 121, stk. 2, foreslås, at kommunerne ikke længere skal være forpligtet til at tilbyde forebyggende helbredsundersøgelse af børn i den undervisningspligtige alder ved læge, men at de

kan vælge i stedet at tilbyde undersøgelserne ved sundhedsplejerske. Alle børn skal fortsat tilbydes en forebyggende helbredsundersøgelse ved skolestart og -afslutning, men kommunalbestyrelsen får med forslaget mere fleksible rammer for tilrettelæggelse af disse undersøgelser.

Sundhedsstyrelsen udfærdiger en anbefaling, som fastlægger, hvilke kompetencer sundhedsplejerskerne gennem undervisning ved bl.a. pædiatrisk speciallæge, audiologopæd, børne- og ungdomspsykiater m.fl. skal erhverve sig for at kunne varetage de forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder.

Til nr. 12 (§§ 140 a og 140 b)

Med forslaget til nye §§ 140 a og 140 b foreslås det at flytte myndighedsansvaret for den *vederlagsfri* fysioterapi m.v. fra regionerne til kommunerne. Ydelser, hvortil der kun ydes delvist tilskud forbliver en regional myndighedsopgave, jf. henholdsvis §§ 67 og 71 i sundhedsloven. Det drejer sig aktuelt om tilskud til almindelig fysioterapi, jf. §§ 1 og 6 i bekendtgørelse nr. 1079 af 2. november 2006 om tilskud til behandling hos fysioterapeut i praksissektoren, og eventuelt forebyggende og opfølgende fysioterapeutisk holdundervisning, jf. bekendtgørelsens § 7.

Den del af ridedysfysioterapien, hvortil der kun ydes delvist tilskud og de former for behandling, som ministeren for sundhed og forebyggelse i medfør af sundhedslovens § 71 har fastsat regler for, aktuelt behandling på Øfeldt Centret, forbliver en regional myndighedsopgave, i det omfang der kun ydes delvist tilskud til denne behandling, jf. henholdsvis §§ 67 og 71 i sundhedsloven.

#### Til § 140 a

Det følger af forslaget til § 140 a, stk. 1, at kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvi-  
ning. Heri ligger, at kommunalbestyrelsen er forpligtet til at yde vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren efter lægehenvi-  
ning. Det følger af § 8 om vederlagsfri fysio-  
terapi i den gældende bekendtgørelse om tilskud til  
behandling hos fysioterapeut i praksissektoren (be-  
kendtgørelse nr. 1079 af 2. november 2006), at Sund-  
hedsstyrelsen fastsætter retningslinier for fysisk han-  
dicappede personers adgang til vederlagsfri fysio-  
terapi. Disse regler vil blive konsekvensændret som følge  
af, at myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysio-  
terapi overflyttes fra regionerne til kommunerne.

§ 140 a, stk. 1, udgør endvidere hjemmelsgrundlaget for at overflytte myndighedsansvaret for den ve-

derlagsfri del af ridedysioterapien fra regionerne til kommunerne. Myndighedsansvaret for den del af ridedysioterapien, hvortil der kun ydes delvist tilskud, forbliver hos regionerne, jf. § 67 i sundhedsloven.

Efter de gældende regler kan alle fysioterapiydelser efter lægehenviisning, uanset om der ydes 100 pct. eller kun delvist tilskud, alene ydes i praksissektoren, jf. § 67 i sundhedsloven. Indførelsen af § 140 a, stk. 2, vil, bl.a. med henblik på at øge patienternes valgmuligheder, etablere hjemmel til, at kommunalbestyrelsen, som får tillagt myndighedsansvaret for de vederlagsfri fysioterapiydelser, kan etablere behandlingstilbud for disse ydelser på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner, herunder klinikker m.v.

Med § 140 a, stk. 3, foreslås det, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte regler for behandling vedrørende vederlagsfri fysioterapi, herunder om patientens mulighed for at vælge mellem tilbud om vederlagsfri behandling hos fysioterapeut.

Det er hensigten med hjemmel i denne bemyndigelsesbestemmelse bl.a. at fastsætte regler, der vil øge valgfriheden for patienter, der henvises til vederlagsfri fysioterapi. Valgfriheden vil bl.a. give disse patienter mulighed for at vælge, om den vederlagsfri fysioterapi skal finde sted hos en af landets praktiserende fysioterapeuter, som har tilsluttet sig overenskomsten med Regionernes Lønnings- og Takstnævnt, jf. § 140 a, stk. 1, eller på et kommunalt træningscenter i bopælskommunen eller i en anden kommune, jf. § 140 a, stk. 2.

Patienten vil også få mulighed for at vælge behandlingstilbud, som bopælskommunalbestyrelsen har indgået aftale om.

#### *Til § 140 b*

Med forslaget til ny § 140 b foreslås det, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen yder tilskud til anden behandling end nævnt i § 140 a, samt regler herfor.

I dag fremgår det af § 71 i sundhedsloven, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, at der ydes tilskud til anden behandling end tilskud til behandling hos en række sundhedspersoner, jf. lovens §§ 65-69. Bestemmelsen i § 71 hjemler mulighed for at fastsætte regler, hvor regionsrådene har myndighedsansvaret. Med lovforslaget indføres en hjemmel til, at ministeren på tilsvarende vis kan fast-

sætte regler om, at kommunalbestyrelsen yder tilskud til anden behandling.

I dag er der med hjemmel i §§ 71 og 72 i sundhedsloven bl.a. fastsat regler om tilskud til optræning af handicappede og behandling af muskellidelser på Øfeldt Centret Aps, jf. bekendtgørelse nr. 1080 af 2. november 2006. Som konsekvens af lovændringen vil bekendtgørelsen med hjemmel i § 140 b blive ændret, så det fremgår, at kommunalbestyrelsen yder tilskud til de vederlagsfri tilbud, som i dag gives på Øfeldt Centret Aps.

De tilbud på centret, som patienterne ikke kan modtage vederlagsfrit, vil efter lovændringen fortsat skulle ydes af regionerne med hjemmel i §§ 71 og 72.

Sundhedsstyrelsens retningslinier om vederlagsfri fysioterapi vil også omfatte behandling på Øfeldt Centret Aps.

#### Til nr. 13 (141 a)

Det foreslås med ændringsforslaget til § 141 a at præcisere, at beslutningen om anvendelsen af lovens regler om tvangstilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere skal træffes af kommunalbestyrelsen i et møde. Kommunalbestyrelsen kan således ikke delegere beslutningskompetencen til forvaltningen.

#### Til nr. 14 (§ 142, stk. 1)

Efter den gældende bestemmelse i § 142, stk. 1, i sundhedsloven tilbyder kommunalbestyrelsen vederlagsfri lægelig behandling med euforiserende stoffer til stofmisbrugere.

Med forslaget, jf. § 142, stk. 1, ændres »euforiserende stoffer« til »afhængighedsskabende lægemidler«.

Begrebet »euforiserende stoffer« er bredt og dækker både over afhængighedsskabende lægemidler og andre euforiserende stoffer, der ikke er lægemidler. Da det alene er førstnævnte, som benyttes i den lægelige behandling for stofmisbrug, findes det hensigtsmæssigt, at dette bliver præciseret i lovbestemmelsen. Terminologien bringes herved også i overensstemmelse med § 41, stk. 1, 1. pkt., i lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, som affattet ved § 4, nr. 6.

#### Til nr. 15 (§ 145)

Lovforslaget til § 145 indebærer en lovfæstelse af den gældende praksis, hvorefter også lægemidler, der kan købes i håndkøb, skal være købt på recept, for at patienten kan få enkelttilskud. Tilsvarende krav om ordination på recept gælder i øvrigt i medfør af lovens

## F. t. 1. vedr. sundhedsloven m.v.

§ 144, stk. 3, for håndkøbslægemidler med generelt klausuleret tilskud.

Til nr. 16-17 (§§ 148, 2. pkt., 150, stk. 1, 2. pkt. og 151, 1. og 3 pkt.)

Med vedtagelse af lov nr. 1180 af 12. december 2005 om lægemidler blev dele af § 22 i den tidligere lægemiddellov, jf. lovbekendtgørelse nr. 656 af 28. juli 1995 om lægemidler, videreført og præciseret i lægemiddellovens § 81.

Samtlige henvisninger til lægemiddellovens § 22 i sundhedslovens kapitel 42 ændres med forslaget til §§ 148, 2. pkt., 150, stk. 1, 2. pkt. og 151, 1. pkt. derfor som en konsekvens heraf til lægemiddellovens § 81.

Til nr. 17 (§ 151, 3. pkt.)

Den gældende sagsbehandlingsfrist på 14 dage for behandlingen af sager om forhøjet tilskud har vist sig i visse sager at være uhensigtsmæssig, idet fristen ikke levner mulighed for, at Lægemiddelstyrelsen kan rådføre sig med Medicintilskudsrådet, der i medfør af sundhedslovens § 155 rådgiver Lægemiddelstyrelsen i sager om medicintilskud.

Forslaget til § 151, 3. pkt. indebærer, at sagsbehandlingstiden for ansøgninger om forhøjet tilskud fortsat som hovedregel er 14 dage, men at den i særlige tilfælde kan forlænges til op til 60 dage med henblik på at forelægge sagen for Medicintilskudsrådet, inden der træffes afgørelse.

Forhøjet tilskud meddeles i alle tilfælde med virkning fra ansøgningstidspunktet.

Til nr. 18-20

*Til § 157, stk. 9, nr. 4*

Forslaget til § 157, stk. 9, nr. 4, indeholder en konsekvensrettelse som følge af forslaget om at give Lægemiddelstyrelsen adgang til at videregive oplysninger fra Medicinprofilen, jf. bemærkningerne om videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen. På den baggrund er det fundet nødvendigt at opdele den tidligere bestemmelse i § 157, stk. 9, nr. 4, i to, således at Lægemiddelstyrelsens udvidede beføjelser i forhold til drift af Medicinprofilen, herunder den foreslåede beføjelse til at videregive oplysninger, adskilles fra de øvrige persongrupper og myndigheders mindre vidtrækkende beføjelser.

*Til § 157, stk. 9, nr. 5*

Med forslaget til § 157, stk. 9, nr. 5, bemyndiges ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte nærmere regler om videregivelse af oplysninger fra

Medicinprofilen til elektroniske patientjournalssystemer. Disse elektroniske systemer er afgrænset til elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse, i hjemmesygeplejen og i lægepraksis. Som sygehuse defineres regionens sygehuse, jf. lovens § 74, stk. 2, samt privatejede sygehuse og institutioner. Som lægepraksis defineres privat praktiserende læger, herunder privat praktiserende speciallæger. Ved lægepraksis forstås også lægelig behandling på Kriminalforsorgens institutioner. Som hjemmesygeplejen defineres kommunernes hjemmesygepleje, jf. lovens § 138.

De nærmere krav til videregivelsen af oplysningerne fra Medicinprofilen til de elektroniske patientjournalssystemet, herunder datasikkerhedskrav og adgangskrav m.v. vil blive fastsat i en bekendtgørelse, men det forudsættes, at Lægemiddelstyrelsen ikke vil være forpligtet til at videregive oplysninger til de af bestemmelsen omfattede elektroniske patientjournalssystemer, men derimod vil få adgang til at kunne videregive oplysningerne. Herved sikres det, at Lægemiddelstyrelsen vil kunne vurdere, om de modtagende elektroniske systemer lever op til gældende persondataretlige sikkerhedskrav m.v., og betinge videregivelsen heraf. Lægemiddelstyrelsen vil ikke videregive oplysninger fra Medicinprofilen til eventuelle elektroniske systemer, som, styrelsen vurderer, ikke lever op til sikkerhedskravene.

Når Lægemiddelstyrelsen har fundet grundlag for at åbne for videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til et elektronisk patientjournalssystem, forudsættes videregivelsen i praksis kun at kunne ske, når en sundhedsperson, der er berettiget til adgang til Medicinprofilen efter de gældende regler i § 157, stk. 2-4, på lovlig vis logger sig ind på Medicinprofilen via brugerstyring i det elektroniske patientjournalssystem og systemets medicinmodul. Lægemiddelstyrelsen vil som dataansvarlig for Medicinprofilen indgå databehandleraftaler, der stiller krav om behørig adgangskontrol, jf. Datatilsynets bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning.

De sundhedspersoner, som efter sundhedslovens § 157, stk. 2-4, er adgangsberechtige, vil i Medicinprofilen kunne vælge en funktion, som videregiver oplysninger fra pågældende patients medicinprofil til det elektroniske patientjournalssystem, hvis der er sket ændringer i patientens medicinprofil siden sidste opslag i profilen. Dermed ajourføres patientens medicinkort i det elektroniske patientjournalssystem, således at journalens medicinoplysninger til hver en tid er retvisende. Herefter vil de øvrige sundhedspersoner, som har



lovlig adgang til elektroniske patientjournalssystemer, kunne få adgang til de opdaterede medicinoplysninger til brug for aktuel behandling ved at foretage et opslag i den elektroniske patientjournal på sædvanlig vis, det vil sige efter reglerne i lovens § 42 a.

De oplysninger, som forudsættes videregivet fra Medicinprofilen til de elektroniske patientjournalssystemer, er de til brug for behandlingen af patienten nødvendige oplysninger om patientens igangværende behandling med lægemidler. Det vil sige oplysninger om de lægemidler, som patienten er i behandling med på tidspunktet for videregivelsen, herunder lægemidler, som er ordineret flere år tilbage, hvis behandlingen stadig pågår. I praksis betyder det oplysninger om hvilken medicin, der er ordineret til patienten, og hvordan medicinen skal administreres, samt om hvilken medicin, der efterfølgende er blevet afhentet på apoteket (det vil sige, hvilke recepter der er blevet indløst). Dermed gives der kun adgang til at videregive en delmængde af de oplysninger, som i dag er indeholdt i Medicinprofilen. Oplysninger, som ikke er nødvendige til brug for behandlingen af patienten, eller som ikke er en del af den igangværende behandling, for eksempel oplysninger om afsluttede medicinske behandlinger, vil således ikke blive videregivet. Patienten kan i øvrigt efter bestemmelsen i § 42 a, stk. 7, frabede sig, at en sundhedsperson indhenter oplysninger om patienten i de elektroniske patientjournalssystemer. Hvis patienten frabeder sig indhentelse af oplysninger i de elektroniske patientjournalssystemer, vil indhentelse af oplysninger i medicinkortet via opslag i de elektroniske patientjournalssystemer ikke lovligt kunne finde sted.

I loggen i Medicinprofilen – som patienten selv har adgang til, jf. § 157, stk. 9, nr. 3 – vil det fremgå, hvilken sundhedsperson der har foretaget et opslag, og hvilket elektronisk system der er videregivet oplysninger til. Opslag i de elektroniske patientjournalssystemer vil blive logget i det pågældende elektroniske patientjournalssystem, jf. sikkerhedsbekendtgørelsens § 19, stk. 1, hvorefter offentlige dataansvarlige har en forpligtigelse til at logge. Ministeren har efter lovens § 42 c, stk. 1, bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om private dataansvarliges pligt til logning.

Vedrørende patientens ret til indsigt i de registrerede oplysninger, følger retten for så vidt angår oplysningerne i Medicinprofilen af § 157, stk. 9, nr. 3, hvorefter den registrerede har direkte elektronisk adgang til de oplysninger, der er registreret om vedkommende i dennes personlige elektroniske medicinprofil.

Angående patienters ret til aktindsigt i medicinoplysninger i de elektroniske patientjournalssystemer

fremgår det af lovens § 37, at patienten på begæring som udgangspunkt har ret til aktindsigt i egne helbredsoplysninger m.v. i patientjournaler m.v. Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til § 42 c, stk. 2, i forslag til lov om ændring af sundhedsloven (L 50 B 2006-2007, Tillæg B 1592), hvorefter ministeren har bemyndigelse til at fastsætte regler om patientens elektroniske adgang til oplysninger hos offentlige og private dataansvarlige om, hvem der har foretaget opslag i patientens elektroniske patientjournal, og på hvilket tidspunkt opslagene er foretaget.

Lægemedelstyrelsen er som dataansvarlig ansvarlig for, at oplysningerne i Medicinprofilen er retvisende. I tilfælde af, at der konstateres fejl i Medicinprofilen, undersøger Lægemedelstyrelsen spørgsmålet nærmere og foranlediger eventuelle fejl rettet.

Når oplysningerne er videregivet til det elektroniske patientjournalssystem, vil dataansvaret for indholdet af patientjournalen derimod påhvile den dataansvarlige for patientjournalssystemet. Opbevaring, korrektion, berigtigelse eller rettelse af eventuelle urigtige oplysninger i de elektroniske patientjournalssystemer reguleres herefter af reglerne om patientjournaler i kapitel 6 i lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, og ansvaret herfor påhviler den dataansvarlige for de pågældende patientjournalssystemer. Videregivelsen svarer således til, at sundhedspersonen har foretaget en udskrift fra Medicinprofilen og lagt den på en papirpatientjournal, hvorefter udskriften bliver en integreret del af patientjournalen og dermed reguleres af reglerne om patientjournaler. Oplysningerne vil således kunne opbevares i journalssystemet ud over den 2-årsfrist, der gælder for opbevaring af oplysninger i Medicinprofilen, på samme måde som medicinoplysninger i dag opbevares i journalssystemet.

Det er forudsat, at sundhedspersoner med adgang til Medicinprofilen ved opslag i en specifik patients medicinprofil via de elektroniske patientjournalssystemer elektronisk forespørger profilen, om der er registreret ændringer i medicineringen af patienten, siden der senest blev videregivet oplysninger fra profilen til medicinkortet i patientjournalen. Hvis medicinkortet er opdateret i Medicinprofilen, herunder på grund af en fejlrrettelse, vil den pågældende bruger blive gjort opmærksom herpå og vil kunne ajourføre medicinkortet i den del af patientjournalen, der viser patientens aktuelle medicinering.

Det er ikke tanken, at det tidligere medicinskema skal ændres i den historiske del af patientjournalssystemet, da formålet med journalføringspligten er at vise situationen på behandlingstidspunktet. En ændring af

dokumentationen med tilbagevirkende kraft, vil medføre, at det grundlag, hvorpå en sundhedsperson iværksatte behandling den pågældende dag, bliver misvisende.

Når oplysningerne er videregivet til den elektroniske patientjournal, vil adgangen til at indhente helbredsoplysningerne blive reguleret af § 42 a. Bestemmelsen i § 42 a omfatter også hjemmesygeplejens elektroniske omsorgsjournaler (EOJ), i de tilfælde, hvor der er tale om elektroniske systemer, der indeholder oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, jf. lovens § 40, stk. 1.

For så vidt angår ansatte i den kommunale hjemmesygepleje, herunder på plejehjem, bemærkes det, at også denne persongruppe har adgang til EOJ efter lovens § 42 a. Efter § 42 a må der alene indhentes oplysninger i fornødent omfang, der må alene indhentes oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuell behandling af en patient, og patienten må ikke have udnyttet sin ret til at sige fra over for indhentning af helbredsoplysninger.

Sundhedspersoners adgang til indhentning af helbredsoplysninger i elektroniske systemer efter § 42 a suppleres i øvrigt af de persondataretlige sikkerhedsregler, hvorefter den dataansvarlige er forpligtet til at iagttage nærmere bestemmelser om blandt andet teknisk adgang og sikkerhedsmæssig forebyggelse af misbrug, herunder regler om autorisationer og logging. Sanktioner for uberettiget indhentelse, videregivelse eller udnyttelse af medicinoplysningerne er fastsat i lovens § 271, stk. 1. Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger til L 50 B 2006-2007, afsnit 4.2.1.2, Tillæg B 1592.

De oplysninger, som sygehuse modsat skal indberette til Medicinprofilen, er oplysninger om den medicinske behandling, som patienten udskrives fra sygehuset med (den medicinske del af epikrisen). Indberetningen sker på baggrund af den eksisterende hjemmel til at indberette og inddatere oplysninger i § 157, stk. 9, nr. 4 og 5. Ligeledes er praktiserende læger, hjemmesygeplejen m.fl. allerede forpligtet til at inddatere og indberette oplysninger til Medicinprofilen med hjemmel i samme bestemmelser for at sikre Medicinprofilens ajourføring. Ordinerende læge kan i medfør af den eksisterende hjemmel indberette oplysninger om patientens behandling.

For så vidt angår videregivelsen af oplysninger fra Medicinprofilen til apotekersystemerne er denne hidtil sket med hjemmel i lovens § 157, stk. 5. Efter § 157, stk. 5, har apotekere og apotekspersonale adgang

til de oplysninger, der er registreret om ordinationer, når adgangen er nødvendig for ekspedition af ordinationen.

Apotekerne har således mulighed for på anmodning fra patienten at søge efter og hente elektroniske recepter med henblik på receptekspedition. Inden receptserveren blev elektroniske recepter sendt fra lægen via forbindelselsled-leverandører direkte til det enkelte apotek. I lighed med praksis før etablering af receptserveren kan apoteket ekspedere patientens recept, når recepten er adresseret til det pågældende apotek, eller når patienten beder apoteket ekspedere recepten, jf. LF 50 2006/2007 om sundhedsloven vedtaget ved lov nr. 1556 af 20. december 2006, da der ved adresseringen henholdsvis anmodningen indfortolkes et samtykke til at fremfinde og ekspedere recepten.

Receptoplysninger kan således allerede efter gældende ret videregives fra Medicinprofilen elektronisk til apotekersystemerne. Med indførelsen af en ny samlet hjemmel til videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen i § 157, stk. 9, nr. 5, i lovforslaget, er det fundet naturligt også at lade denne omfatte Lægemedelstyrelsens adgang som dataansvarlig til at videregive receptoplysninger fra Medicinprofilens receptserver til de dataansvarlige for de elektroniske apotekersystemer.

#### *Til § 157, stk. 9, nr. 6*

Forslaget i § 157, stk. 9, nr. 6, rummer en bemyndigelse til ministeren for sundhed og forebyggelse til at stille tekniske krav og formkrav til fremsendelse og indhold af indberetninger, herunder inddateringer, til Medicinprofilen. Formålet med indførelse af formkrav er at højne datakvaliteten og sikre stabilitet i receptfremførelsen.

Ved indførelsen af tekniske krav og formkrav kan for eksempel elektroniske recepter, der ikke opfylder kravene, herunder de indholdsmæssige krav til elektroniske recepter, der fremgår af Lægemedelstyrelsens bekendtgørelse om recepter samt de på baggrund heraf fastsatte tekniske standarder, afvises og returneres til ordinerende læge.

Ligeledes vil bemyndigelsen, i det omfang det måtte vise sig nødvendigt, kunne anvendes til at stille krav om lægers direkte opkobling til Medicinprofilen uden mellemlid. Det teknisk sammenhængende system i receptfremførelsen – fra patienten får en elektronisk recept hos lægen, til patienten modtager sin medicin på apoteket – er kompliceret og bliver yderligere kompliceret af, at der er mange systemleverandører og forskellige systemer involveret i fremførelsen. I dag sker de praktiserende lægers opkobling til Medicinprofilen

via forbindelsesled-leverandører, som transporterer information mellem lægesystemerne og receptserveren. En direkte opkobling vil være en mulighed for at nedbringe kompleksiteten i receptfremførslen og dermed nedbringe risikoen for nedbrud af systemet i forbindelse med receptfremførelse.

Til nr. 21 (§ 171, stk. 2)

Det præciseres med forslaget til § 171, stk. 2, at det er de gældende regler om befordring til sygehus, som finder anvendelse, hvis patienter benytter deres ret til udvidet frit valg ved aflyst behandling efter forslaget § 87, stk. 2, eller udvidet ret til undersøgelse og behandling i børne- og ungespsykiatrien efter forslaget til § 87 b.

Til nr. 22-26 (§ 219)

Med forslaget til ændring af § 219, stk. 1, 1. pkt. og indsættelse af et nyt § 219, stk. 2, vil Sundhedsstyrelsen fra den 1. januar 2009 få adgang til at målrette det sundhedsfaglige tilsyn med plejehjem m.v., jf. sundhedslovens § 219, stk. 1, således at tilsynsbesøg på institutioner omfattet af plejehjemstilsynet, hvor der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl eller mangler eller alene konstateres få fejl eller mangler, der efter Sundhedsstyrelsens skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, kan undgives tilsynsbesøg mindre end én gang årligt.

Herved kan frigøres ressourcer til en øget indsats over for de institutioner, hvor der ved tilsynsbesøg konstateres mange fejl eller mangler eller fejl eller mangler med konsekvenser for patientsikkerheden.

Beslutningen om at undergive et plejehjem færre tilsynsbesøg m.v. kan efter Sundhedsstyrelsens nærmere bestemmelse træffes af embedslægeinstitutionen, der er en organisatorisk del af styrelsen, jf. sundhedslovens § 212, stk. 2.

Efter forslaget beror det på Sundhedsstyrelsens skøn om eventuelle konstaterede fejl eller mangler har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, eller om institutionen eventuelt kan undgives færre tilsyn. Videre beror det ifølge forslaget på karakteren og omfanget af de konstaterede fejl og mangler, om tilsynsbesøg først skal foretages igen på den pågældende institution to år efter tilsynsbesøget, hvor Sundhedsstyrelsen har fundet det uproblematisk at udskyde det næste årlige tilsynsbesøg.

Det foreslås, at beslutning om at undlade tilsynsbesøg på et plejehjem for en nærmere angiven periode indføres i tilsynsrapporten. Til beslutningen forudsættes knyttet et standardvilkår om underretning af embedslægeinstitutionen i den pågældende region i til-

fælde af væsentlige forandringer på plejehjemmet m.v. i perioden uden tilsynsbesøg, idet forandringer kan have betydning for vurderingen af, om tilsynsbesøg alligevel skal foretages. Væsentlige forandringer kan for eksempel være ny plejehjemsleder/ledelse eller sammenlægning af plejehjem i kommunen/regionen og lignende.

Til § 219, stk. 4-6

Der er tale om konsekvensrettelser som følge af forslaget til § 219, stk. 2.

Til nr. 27-30 (§ 223)

Til § 223, stk. 1

Med forslaget til § 223, stk. 1, foreslås det, at ministeren for sundhed og forebyggelse nedsætter et uafhængigt, sagkyndigt forebyggelsesråd, som har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådets opgave er på et vidensbaseret grundlag at bidrage til debat vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme specielt på livsstilsområdet samt virke inspirerende i relation til de myndigheder og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaverne.

I forlængelse heraf kan Det Nationale Forebyggelsesråd fx medvirke til:

- frembringelse af viden og dokumentation som fx udredninger på konkrete forebyggelsesområder,
- debat (fx gennem konferencer, udredninger mv.),
- afdækning af nye behov og udvikling af forebyggelsen (både fagligt og udførende),
- tematiserede møder for praktikere, politikere, forskere mv. inden for væsentlige folkesundhedsområder og
- monitorering og evaluering af folkesundhedsindsatsen, herunder af den nationale plan for forebyggelse, som regeringen i 2009 sammen med kommuner og regioner vil udarbejde og lancere, og som skal løbe frem til 2015.

Usund kost, rygning, alkohol og for lidt motion er årsag til ca. 40 % af alle sygdomme og tidlige dødsfald. Og den usunde livsstil er særligt udbredt i de mindre ressourcerstærke grupper. Rådet skal i sit arbejde være opmærksom på denne særlige problemstilling, herunder på hvordan den enkeltes personlige ansvar for egen sundhed styrkes.

Til § 223, stk. 2

Det foreslås med forslaget til § 223, stk. 2, at Det Nationale Forebyggelsesråd hvert tredje år skal afgive beretning om rådets arbejde til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse.

*Til § 223, stk. 3*

Det foreslås efter forslaget til § 223, stk. 3, at Det Nationale Forebyggelsesråd skal bestå af 13 medlemmer, som beskikkes af ministeren for sundhed og forebyggelse for 4 år ad gangen, dog således, at der hvert andet år udpeges henholdsvis 6 og 7 medlemmer. Formand for rådet udpeges af ministeren for sundhed og forebyggelse blandt rådets medlemmer. Antallet af medlemmer er valgt dels for at sikre rådet en vis bredde, dels for at sikre at rådets arbejde kan være effektivt og operativt. Medlemmerne beskikkes efter forslaget for fire år ad gangen. Der er mulighed for genbeskikkelse, idet det dog forudsættes, at medlemmerne højst kan beskikkes for to på hinanden følgende perioder.

Første gang der udpeges medlemmer til rådet beskikkes i alt 13 medlemmer, hvoraf 6 udpeges til at fungere i 2 år, mens 7 udpeges til at fungere i 4 år.

Rådets medlemmer udpeges af ministeren for sundhed og forebyggelse blandt sagkyndige med kvalifikationer inden for folkesundhedsområdet med hensyn til faglig viden, erfaring, indsigt og engagement i muligheder og vilkår, som påvirker befolkningens sundhed. Det er forudsat, at der ved sammensætningen af rådet søges opnået en vis spredning i sagkundskab inden for folkesundhedsrådets livsstilsfaktorer, særligt tobak, alkohol, kost, motion og svær overvægt, og konkrete forebyggelsesmiljøer, herunder grundskole, arbejdsplads, sundhedsvæsen og lokalsamfund samt endvidere inden for såvel borgerrettet som patientrettet forebyggelse. Der vil blive udpeget to medlemmer med en forskningsmæssig baggrund.

Udgifter til Det Nationale Forebyggelsesråd afholdes af staten. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse stiller sekretariatsbistand til rådighed for rådet.

*Til nr. 31 (§ 224)*

Som en konsekvensændring af at overflytte myndighedsansvaret vedrørende vederlagsfri fysioterapi m.v., indeholder forslaget til en ny § 224 bestemmelse om, at kommunalbestyrelsen træffer afgørelser vedrørende ydelser efter §§ 140 a og 140 b.

*Til nr. 32-35 (§ 227)**Til § 227, stk. 1-3*

Regionernes Lønnings- og Taktsnævns kompetence til at indgå overenskomster med grupper af sundhedspersoner om vilkårene for ydelserne m.v. udvides til også at omfatte vederlagsfri fysioterapi m.v. efter §§ 140 a og 140 b.

Den foreslåede udvidelse vil indebære, at ministeren for sundhed og forebyggelse skal indhente en ud-

talelse fra Regionernes Lønnings- og Taktsnævn, inden fastsættelsen af nærmere regler vedrørende vederlagsfri fysioterapi m.v.

*Til § 227, stk. 5 og 6*

Med forslaget til § 227, stk. 5 og 6, fastlægges det, at forbudet mod krav om foreningsmedlemskab (eksklusivaftaler) i praksissektoren også gælder vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren efter overførsel af myndighedsansvaret til kommunerne.

*Til § 227, stk. 7*

Som en konsekvensændring af, at forbud mod krav om foreningsmedlemskab i praksissektoren også gælder vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren efter overførslen af myndighedsansvaret til kommunerne, fastlægges det med forslaget til § 227, stk. 7, at et eventuelt gebyr, der dækker omkostninger ved ydelser, som bliver stillet til rådighed for sundhedspersoner, også vedrører omkostninger ved ydelser på det kommunale niveau.

*Til nr. 36 (§ 228, stk. 2)*

Forslaget til § 228, stk. 2, åbner mulighed for, at den enkelte kommunalbestyrelse kan aftale med regionen, at regionen fortsat varetager afregningen af den del af betalingen for en ydelse til praktiserende fysioterapeut, som det ikke påhviler den sikrede at udrede. Afregningsprocedurer kan være tæt forbundet med andre opgaver, herunder overenskomst- og aftalefortolkning.

Derfor kan der være behov for klare aftaler, hvis én myndighed skal varetage afregningen for andre myndigheder. Et element i sådan en aftale kunne være en årlig redegørelse fra kommunen bl.a. indeholdende et overslag over det forventede brug af ydelser fra regionen.

*Til nr. 37 (§ 229)*

Som en konsekvensændring af at flytte myndighedsansvaret vedrørende vederlagsfri fysioterapi til kommunerne, indeholder forslaget til en ny § 229 bestemmelse om, at ministeren for sundhed og forebyggelse også kan fastsætte regler om vilkårene for kommunernes tilskud m.v. i en situation, hvor der ikke foreligger en overenskomst.

*Til nr. 38 (§ 251 a)*

Som en konsekvensændring af at flytte myndighedsansvaret vedrørende vederlagsfri fysioterapi, indeholder forslaget til § 251 a bestemmelse om, at bopælskommunen afholder udgifter til vederlagsfri fysioterapi m.v., jf. §§ 140 a og 140 b.

Til nr. 39 (§ 262, stk. 1)

Der er tale om konsekvensrettelser som følge af forslaget til § 171, stk. 2.

### Til § 2

(Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet)

I dag kan klager over regionsrådets afgørelser vedrørende praksissektoren, jf. §§ 58-60 og 64-71 i sundhedsloven, indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. § 7 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Som konsekvens af flytning af vederlagsfri fysioterapi m.v. til kommunerne foreslås det i lovforslaget, at § 6 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet ændres i overensstemmelse hermed.

Dette indebærer, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn med hjemmel i § 6 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, som vedrører klager over kommunalbestyrelsers afgørelser, bliver klageinstans for administrative afgørelser vedrørende vederlagsfri fysioterapi m.v. Klager over sundhedspersoners faglige virksomhed, som f.eks. fysioterapeutens diagnosticering og behandling, skal fortsat indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Der er således med forslaget alene tale om en ændring af hjemmelsgrundlaget for klageadgangen for så vidt angår kommunalbestyrelsens administrative afgørelser vedrørende vederlagsfri fysioterapi. Klageadgangen for sundhedsfaglige klager m.v. ændres ikke med dette forslag.

### Til § 3

(Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab.)

Til nr. 1 (§ 37, stk. 4)

Der er tale om en konsekvensrettelse som følge af nr. 2.

Til nr. 2 (§ 37, stk. 6)

Det i lovforslaget indeholdte forslag til affattelsen af sundhedslovens § 140 a indebærer, at kommunerne får ansvaret for den del af praksissektoren, som vedrører vederlagsfri fysioterapi. Der er med lovforslaget endvidere lagt op til, at det, uanset flytningen af myndighedsansvaret, fortsat er Regionernes Lønnings- og Takstnævn, som har beføjelse til at indgå overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkår for de pågældende ydelser.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn består af 9 medlemmer, idet 5 af nævnets medlemmer er beskikket efter indstilling af regionsrådene, 2 af medlemmerne er beskikket efter indstilling af KL (Kommunernes Landsforening), mens de to sidste medlemmer af nævnet er henholdsvis udpeget af finansministeren og beskikket efter indstilling af ministeren for sundhed og forebyggelse.

Nævnets beslutninger træffes ved stemmeflertal. Der henvises i det hele til § 37, stk. 2, 4 og 5, i lov om lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Forslaget til affattelsen af § 37, stk. 6, i lov om regioner m.v. indebærer, at de almindelige afstemningsregler i nævnet fraviges, når nævnet træffer beslutning om indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkår for tilbud om vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvielse. Det foreslås således, at de medlemmer af nævnet, der er beskikket efter indstilling af KL, har hver 3 stemmer, når nævnet træffer sådanne beslutninger.

Dette indebærer, at såfremt der i nævnet er uenighed mellem de af KL og de af regionsrådene indstillede medlemmer af nævnet, vil de af KL indstillede medlemmer være sikret afgørende indflydelse, idet disse medlemmer ved de omhandlede beslutninger kan afgive 6 stemmer mod de af regionsrådene indstillede medlemmers i alt 5 stemmer.

Baggrunden for, at KL på denne måde sikres afgørende indflydelse på nævnets beslutninger i denne forbindelse er, at kommunerne har fået myndighedsansvaret og finansieringsansvaret for området.

Det bemærkes, at der med det fremsatte forslag ikke ændres ved, at statens repræsentanter i nævnet efter reglerne i § 37, stk. 5, i lov om regioner m.v. kan modsætte sig nævnets beslutninger vedrørende bl.a. indgåelse af overenskomster, herunder også på området for vederlagsfri fysioterapi, jf. herom ovenfor. Med lovforslaget til § 140 b, foreslås det, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen tilbyder anden behandling end vederlagsfri fysioterapi, jf. den foreslåede affattelse af sundhedslovens § 140 b samt bemærkningerne til lovforslagets § 140 b.

Forslaget til affattelsen af § 37, stk. 6, i lov om regioner m.v. indebærer endvidere, at de omhandlede afstemningsregler tillige vil gælde, såfremt nævnet træffer beslutning om indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.v. om vilkårene

for ydelser, som er omfattet af ministeren for sundhed og forebyggelses udnyttelse af den foreslåede bemyndigelse.

Til nr. 3 (§ 37, stk. 7)

I de sager, hvor de af KL indstillede medlemmer af nævnet efter den foreslåede affattelse af § 37, stk. 6, hver har 3 stemmer, og dermed sikres afgørende indflydelse på nævnets beslutninger, forekommer det hensigtsmæssigt, at sekretariatsbetjeningen varetages af KL. Herved vil bistand til forhandlinger eller eventuelt selvstændige forhandlinger efter bemyndigelse fra nævnet, blive varetaget af et sekretariat, der har en nær tilknytning til kommunerne, som har myndighedsansvaret på området.

Det foreslås derfor, at 37, stk. 7, der efter forslaget bliver stk. 8, ændres således, at finansministeren efter forhandling med velfærdsministeren ved fastsættelse af nærmere regler for nævnets virksomhed, kan fravige stk. 6, der bliver stk. 7. Finansministeren og velfærdsministeren vil samtidig kunne udnytte denne bemyndigelse til at fastsætte regler om, at KL varetager den sekretariatsmæssige bistand af nævnet i de sager, hvor de af KL indstillede medlemmer af nævnet efter den foreslåede affattelse af § 37, stk. 6, hver har 3 stemmer, samt at KL afholder udgifterne i forbindelse hermed.

Det bemærkes, at der i denne forbindelse tillige vil blive fastsat regler om, at sekretariatet også i denne sammenhæng refererer direkte til nævnet, og at sekretariatsbetjeningen af nævnet er uafhængigt af KL

#### Til § 4

(Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed)

Til nr. 1-5 og 7 (§§ 5, 13 og 76)

Forslaget til ændring af § 5 i autorisationsloven indebærer, at en autoriseret sundhedsperson over for Sundhedsstyrelsen får adgang til at indskrænke sit virksomhedsområde og til at ophæve eller få ophævet denne indskrænkning efter den samme procedure som ved fraskrivelse og generhvervelse af autorisation. Den foreslåede, nye bestemmelse giver således sundhedspersonen mulighed for frivilligt at indskrænke sit virksomhedsområde uden at skulle fraskrive sig autorisationen.

Den foreslåede bestemmelse vil kunne anvendes både i forhold til autoriserede sundhedspersoner, hvis virksomhed på grund af de pågældendes fysiske tilstand, mangelfuld sjælstilstand eller grove forsømmelighed findes at burde indskrænkes. Ifølge forslaget

offentliggøres frivillige virksomhedsindskrænkninger på tilsvarende vis som autorisationsfraskrivelser, jf. autorisationslovens § 13, som affattet ved lovforslagets § 4, nr. 5.

Den frivillige virksomhedsindskrænkning kan - i lighed med de gældende bestemmelser om fraskrivelse og generhvervelse af en tidligere fraskrevet autorisation - ske for en fastsat periode eller indtil videre. Sker en frivillig virksomhedsindskrænkning for en nærmere angivet periode, ophører den aftalte virksomhedsindskrænkning automatisk, når perioden for indskrænkningen er udløbet. Sundhedsstyrelsen kan efter ansøgning bringe en virksomhedsindskrænkning for en fastsat periode til ophør inden udløbet af den fastsatte periode, hvis styrelsen finder, at de omstændigheder, der begrundede indskrænkningen, ikke længere er til stede. Tilsvarende kan Sundhedsstyrelsen efter ansøgning bringe en frivillig virksomhedsindskrænkning, der ikke er fastsat for en bestemt periode men blot gælder »indtil videre«, til ophør, såfremt styrelsen finder, at der ikke længere foreligger omstændigheder, der begrunder en indskrænkning af den pågældendes virksomhedsområde.

Når en frivillig virksomhedsindskrænkning, der er fastsat for en periode, ophører, har Sundhedsstyrelsen, hvis omstændighederne begrunder det, mulighed for at træffe afgørelse om virksomhedsindskrænkning efter autorisationslovens § 6, stk. 2, § 7, stk. 2 og § 8, stk. 2.

Ligeledes indebærer en frivillig virksomhedsindskrænkning vedrørende ét forhold ikke, at Sundhedsstyrelsen er afskåret fra at gøre øvrige tilsynsbeføjelser gældende vedrørende andre forhold, hvis betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt. Dette gælder også for så vidt angår Sundhedsstyrelsens adgang til at træffe afgørelse om yderligere virksomhedsindskrænkning, end den pågældende har ønsket.

En frivillig indskrænkning af virksomhedsområdet har - ligesom en frivillig fraskrivelse af autorisationen - formelt set karakter af en ensidig erklæring fra sundhedspersonen over for Sundhedsstyrelsen. Hvis sundhedspersonens erklæring er begrænset til en nærmere fastsat periode, har styrelsen imidlertid forskellige reaktionsmuligheder, som indebærer, at der i realiteten kan blive tale om en aftale i form af den ensidige erklæring og Sundhedsstyrelsens stiltiende accept heraf. Er styrelsen således af den opfattelse, at det som alternativ vil være muligt at gennemføre en tvangsmæssig virksomhedsindskrænkning, vil styrelsen kunne vælge at iværksætte en sag herom uden hensyn til sundhedspersonens foreliggende erklæring. Styrelsen vil derfor som det mindre i det mere alternativt kunne

vælge at tilkendegive over for sundhedspersonen, at man vil frafalde sin intention om iværksættelse af det tvangsmæssige indgreb, hvis sundhedspersonen i stedet erklærer at ville indskrænke sit virksomhedsområde, indtil videre eller for en længere tidsperiode end først tilkendegivet. Tilsvarende gælder for autorisationsfraskrivelser begrænset til en nærmere fastsat periode.

En person, der frivilligt har indskrænket sit virksomhedsområde, men fortsætter med at udøve den fraskrevne del af virksomhedsområdet, straffes - i overensstemmelse med, hvad der gælder for autorisationsfraskrivelser, autorisationsfratagelser og virksomhedsindskrænkninger i øvrigt - efter autorisationslovens § 76, som ændret ved lovforslagets § 4, nr. 7.

Sundhedsstyrelsens afslag på ansøgning om hel eller delvis ophævelse af virksomhedsindskrænkning vil efter forslaget kunne påklages til ministeren for sundhed og forebyggelse. Afslår ministeren klagen, kan klageren efter forslaget i lighed med spørgsmål om generhvervelse af autorisation forlange afgørelsen indbragt for domstolene, såfremt der er forløbet mindst et år efter, at den pågældende har indskrænket sit virksomhedsområde eller efter, at ophævelse af virksomhedsindskrænkningen senest er nægtet ved dom. Ministerens afgørelse skal ifølge forslaget indeholde oplysning om adgang til at begære domstolsprøvelse og om fristen herfor.

Til nr. 6 (§ 41, stk. 1, 1. pkt.)

Ændringen af bestemmelsen i § 41, stk. 1, 1. pkt., om ordinationsret udvider kredsen af læger, som kan ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug, til også at omfatte læger ved private institutioner, hvormed en kommunalbestyrelse eller et regionsråd har indgået aftale om behandling. Herved bringes bestemmelsen i overensstemmelse med § 5 f, stk. 1, i den tidligere gældende lov om udøvelse af lægegerning, jf. lovbekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001, som ændret ved § 18 i lov nr. 145 af 25. marts 2002, § 18 i lov nr. 69 af 4. februar 2004 og § 9 i lov nr. 545 af 24. juni 2005, hvorefter ordination af euforiserende stoffer som led i behandling af personer for stofmisbrug foretages af læger ansat i kommunale eller regionale lægestillinger samt ved private institutioner, hvormed en kommunalbestyrelse eller et regionsråd har indgået aftale om behandling.

Bestemmelsen om ordinationsret skal sammenholdes med sundhedslovens § 142, hvoraf det fremgår, at kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri lægelig behandling med euforiserende stoffer (afhængigheds-

skabende lægemidler, jf. lovforslaget) til stofmisbrugere, der har bopæl i kommunen. Det nødvendige behandlingstilbud kan tilvejebringes, ved at kommunalbestyrelsen selv etablerer behandlingspladser, ved at kommunalbestyrelsen træffer aftale med andre kommunalbestyrelser eller med et regionsråd om at stille behandlingspladser til rådighed, eller ved at kommunalbestyrelsen indgår aftale med private institutioner.

Alle læger, der som led i behandling af personer for stofmisbrug kan foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler, er forpligtede til at følge de af Sundhedsstyrelsens fastsatte regler om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioidmisbrug, herunder bl.a. reglerne om udredning og visitation. Forpligtelsen omfatter også læger ved private institutioner.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det i alle tilfælde er en læge ansat i den behandlingsansvarlige kommune, der træffer beslutning om iværksættelse af medicinsk stofmisbrugsbehandling, også i de tilfælde, hvor behandlingen efterfølgende delegeres til en privat institution.

#### Til § 5

##### (Fødevarerloven)

I konsekvens af forslaget om nedsættelse af et råd for forebyggelse og folkesundhed i § 223, stk. 1 i sundhedsloven, som affattet ved § 1, nr. 29, foreslås, at § 13 i fødevarerloven om nedsættelse af et motions- og ernæringsråd ophæves.

#### Til § 6

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. januar 2009.

Bestemmelserne om Medicinprofilen, adgang til videregivelse af oplysninger, opstilling af tekniske krav og formkrav m.v., træder i kraft den 1. juli 2008. Dette sker for at skabe hjemmel til, at Lægemiddelstyrelsen allerede fra denne dato kan igangsætte pilotdrift af nye funktionaliteter i registret med henblik på snarest muligt at gennemføre de i lovforslaget beskrevne initiativer.

Der skelnes i forslaget til et nyt kapitel 20 a i sundhedsloven imellem en udvidet ret til *undersøgelse* og en udvidet ret til *behandling*. Det foreslås, at den udvidede ret til behandling, jf. § 87 b, stk. 2, skal træde i kraft den 1. januar 2009, hvorimod den udvidede ret til undersøgelse, jf. 87 b, stk. 1, efter forslaget skal træde i kraft den 1. august 2008. Den udvidede ret til undersøgelse gælder både for personer, som den 1. august 2008 står på en venteliste til undersøgelse og behand-

## F. t. l. vedr. sundhedsloven m.v.

ling og for personer, der henvises til undersøgelse og behandling efter dette tidspunkt. Personer, som den 1. august 2008 stod på venteliste til undersøgelse eller behandling, eller som efter dette tidspunkt er henvist til undersøgelse og behandling, er fra den 1. januar 2009 omfattet af den udvidede behandlingsret. Ved afgørelsen af, om patienten er fyldt 19 år på tidspunktet for henvisning, lægges datoen for udfærdigelsen af henvisningen til grund, jf. ordlyden af den i lovforslaget foreslåede § 87 a. Endvidere foreslås, at forslaget §§ 87 c-d og § 90 træder i kraft samtidigt, dvs. den 1. august 2008.

Kommunerne overtager fra den 1. august 2008 det fulde myndighedsansvar for den vederlagsfri fysioterapi m.v. Dette indebærer bl.a., at kommunerne afholder udgifterne til behandling efter 1. august 2008 af patienter, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi m.v. før den 1. august 2008 og for patienter henvist efter dette tidspunkt.

Forslagene om ændring af reglerne om medicintilskud, om ophævelse af krav om ind- og udskoling ved læge samt om nedsættelse af Det Nationale Forebyggelsesråd træder også i kraft den 1. august i 2008.

Forslagene om patientkontorenes information om frit og udvidet frit sygehusvalg til praktiserende læger og speciallæger samt om udvidet frit sygehusvalg ved aflyste operationer træder i kraft den 1. december 2008.

*Til § 7*

Bestemmelsen fastlægger lovens territoriale anvendelsesområde og indebærer, at loven ikke gælder for Grønland og for Færøerne. Dog foreslås det, at § 1, nr. 1, 11, 22-30 og §§ 2 og 4 ved kongelig anordning kan sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

1) KRAM står for kost, rygning alkohol og motion.



## Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

### Gældende formulering

### Lovforslaget

#### § 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, foretages følgende ændringer:

#### § 24. ---

**Stk. 3.** Såfremt det strider mod en sundhedspersons etiske opfattelse at udføre en behandling uden anvendelse af blod eller blodprodukter, er vedkommende ikke forpligtet hertil, og patienten skal henvises til en anden sundhedsperson, medmindre der foreligger et tilfælde af påtrængende nødvendig lægehjælp, jf. § 7, stk. 1, i lov om udøvelse af lægegerning.

1. I § 24, stk. 3, ændres »§ 7, stk. 1, i lov om udøvelse af lægegerning« til: »§ 42 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed«.

**§ 51.** Regionsrådet opretter et eller flere patientkontorer, der har til opgave at informere, vejlede og rådgive patienter om patienters rettigheder, herunder reglerne om adgang til behandling, frit sygehusvalg, ventetider m.v. og reglerne om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

2. I § 51, stk. 1, ændres »sygehusvalg« til: »og udvidet frit sygehusvalg m.v.«

*Stk. 2.* Patientkontorerne kan modtage alle klager og henvendelser vedrørende de i stk. 1 nævnte opgaver og skal efter anmodning bistå med at udfærdige og fremsende henvendelser til rette myndighed.

3. I § 51 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»Stk. 2. Patientkontorerne skal informere praktiserende læger og speciallæger om reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg m.v. og om deres patienters valgmuligheder i sygehusvæsenet, jf. §§ 86-87 d.«

Stk. 2-7 bliver herefter stk. 3-8.

Stk. 3. ---

4. I § 79, stk. 2, ændres »Polio-, Trafik- og Ulykkeskadedes Fysiurgiske Ambulatorium« til: »PTU's RehabiliteringsCenter«.

*Gældende formulering*

§ 87. En person, som er henvist til sygehusbehandling, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 4, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

*Stk. 2.* I opgørelsen af tidsfristen efter stk. 1 medregnes ikke perioder, hvor personen gennemgår et forundersøgelserforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen.

*Stk. 3.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om afgrænsning af, vilkår for og regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om den behandling, der er omfattet af stk. 1, og kan herunder undtage bestemte behandlingsformer.

*Stk. 4.* Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter stk. 1. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse.

*Stk. 5.* Der kan ikke henvises patienter efter stk. 1 til sygehuse, klinikker m.v., som ikke ønsker at indgå aftale på de således fastsatte vilkår.

*Stk. 6.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om krav til dokumentation m.v. fra de privatejede sygehuse, klinikker m.v., der indgår aftale efter stk. 4.

*Lovforslaget*

5. § 87 affattes således:

»§ 87. En person, som er henvist til sygehusbehandling, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 5 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

*Stk. 2.* I opgørelsen af tidsfristen efter stk. 1 medregnes ikke perioder, hvor personen gennemgår et forundersøgelserforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen.

*Stk. 3.* En person, som har fået tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus, kan vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis regionsrådet ændrer datoen.

*Stk. 4.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om afgrænsning af og vilkår for behandling, der er omfattet af stk. 1 og 3, og kan herunder undtage bestemte behandlingsformer. Endvidere fastsætter ministeren regler om regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om denne behandling.

*Stk. 5.* Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter stk. 1 og 3. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse.

*Stk. 6.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om krav til dokumentation m.v. fra de privatejede sygehuse, klinikker m.v., der indgår aftale efter stk. 4.«

6. Efter § 87 indsættes:

»Kapitel 20 a

*Udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge*

*Gældende formulering**Lovforslaget*

**§ 87 a.** Personer, som ikke er fyldt 19 år ved henvisning til psykiatrisk undersøgelse eller behandling, kan vælge at blive undersøgt og behandlet efter bestemmelserne i §§ 87 b-87 d.

**§ 87 b.** En person, som er henvist til psykiatrisk undersøgelse, kan vælge at blive undersøgt på et af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale med regionsrådene efter § 87 c, stk. 1 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse).

*Stk. 2.* Viser den psykiatriske undersøgelse, at en person har behov for hurtigt at modtage behandling for at undgå forværring af sin lidelse, kan vedkommende vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde behandling inden 2 måneder efter undersøgelsens afslutning.

*Stk. 3.* Selv om bopælsregionen tilbyder behandling inden 2 måneder, kan en person, der efter stk. 1 er blevet undersøgt på et aftalesygehus, og som har behov for hurtig behandling, jf. stk. 2, vælge at blive behandlet på det aftalesygehus, hvor personen er blevet undersøgt, hvis aftalesygehuset kan tilbyde behandling i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen.

*Stk. 4.* Retten efter stk. 1 og 2 til at vælge at blive undersøgt og behandlet på et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden til undersøgelse eller behandling på aftalesygehuset overstiger ventetiden hertil på bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse.

**§ 87 c.** Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om undersøgelse og behandling efter §§ 87 a og 87 b. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse.

*Stk. 2.* Der kan ikke henvises patienter til sygehuse, klinikker m.v., som ikke ønsker at indgå aftale på de således fastsatte vilkår.

## Gældende formulering

## Lovforslaget

§ 87 d. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder efter dette kapitel, herunder om krav til dokumentation m.v. til aftalesygehuse, jf. § 87 c, stk. 1, og om proceduren for henvisning af patienter m.v.«

## Kapitel 23

## Regionsrådets oplysningspligt ved henvisning til sygehus

7. I overskriften til kapitel 23 ændres »Regionsrådets oplysningspligt« til: »Oplysningspligt«.

§ 90. Regionsrådet skal senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten

- 1) om dato og sted for undersøgelse eller behandling,
- 2) om patienten kan tilbydes behandling inden for 1 måned efter reglerne i § 87,
- 3) om retten til at vælge sygehus efter §§ 86 og 87,
- 4) om ventetiden på behandling ved regionens egne og andre regioners sygehuse samt ved de i § 79, stk. 2, nævnte private specialsygehuse m.fl.,
- 5) om, at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på de i nr. 4 nævnte sygehuse, og
- 6) om, at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter §§ 86 og 87.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt.

8. I § 90, stk. 1, nr. 2, indsættes efter »§ 87,«: »henholdsvis 2 måneder efter reglerne i §§ 87 a og 87 b,«.

9. I § 90, stk. 1, nr. 3 og 6, ændres »og 87« til: »-87 b«.

10. Efter § 90 indsættes:

»Kapitel 23 a

*Kontaktpersoner*

§ 90 a. Regionsrådet tilbyder en eller flere kontaktpersoner til en patient, der modtages til behandling på regionens sygehus, hvis behandlingsforløbet strækker sig over mere end ét døgn.

*Gældende formulering**Lovforslaget*

*Stk. 2.* Regionsrådet skal mundtligt og skriftligt oplyse patienten om kontaktpersonens navn og funktion senest dagen efter behandlingens påbegyndelse.

*Stk. 3.* Kontaktpersonen skal være en sundhedsperson, jf. dog stk. 4, som medvirker ved behandlingen af patienten.

*Stk. 4.* Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om kontaktpersoners funktioner og regler om, at andre end sundhedspersoner kan udpeges som kontaktpersoner.

*Stk. 5.* Stk. 1-4 og regler fastsat i medfør af stk. 4 finder tilsvarende anvendelse for:

- 1) private sygehuse og institutioner m.fl., som regionsrådet har indgået overenskomst med eller på anden måde benytter, jf. § 75, stk. 2,
- 2) selvejende hospicer, som regionsrådet har indgået overenskomst med, jf. § 75, stk. 4,
- 3) private institutioner, som ministeren for sundhed og forebyggelse har bestemt, at frit valg-reglerne i § 86 helt eller delvis finder anvendelse for, jf. § 75, stk. 5, og
- 4) private specialsygehuse m.fl., jf. § 79, stk. 2.«

**§ 121. ---**

*Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen tilbyder alle børn og unge i den undervisningspligtige alder to vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge.

**11.** I § 121, *stk. 2*, ændres »en læge« til: »læge eller sundhedsplejerske«.

**12.** Efter § 140 indsættes:

»Kapitel 39 a

*Fysioterapi m.v.*

**§ 140 a.** Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvi-  
sing.

*Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen kan herudover tilbyde vederlagsfri behandling hos fysioterapeut efter lægehenvi-  
sing ved at etablere tilbud om fysioterapi på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner.

## Gældende formulering

§ 141 a. Kommunalbestyrelsen træffer afgørelse om, hvorvidt kommunen vil tilbyde kontrakter om behandling for alkoholmisbrug med mulighed for tilbageholdelse efter §§ 141 b-141 f.

§ 142. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri lægelig behandling med euforiserende stoffer til stofmisbrugere.

*Stk. 2. ---*

§ 145. I særlige tilfælde kan Lægemedelstyrelsen bestemme, at der ydes tilskud til køb af et lægemiddel, der ordineres til en bestemt patient (enkelttilskud), uanset at lægemidlet ikke er meddelt generelt tilskud efter § 144.

§ 148. Lægemedelstyrelsen bevilger 100 pct. tilskud til lægeordnede lægemidler til personer, der er døende, når en læge har fastslået, at prognosen er kort levetid, og at hospitalsbehandling med henblik på helbredelse må anses for udsigtsløs. Tilskuddet ydes til den af Lægemedelstyrelsen i henhold til lægemiddelovens § 22 udmeldte forbrugerpris for lægemidlet, uanset om denne pris overstiger tilskudsprisen efter § 150 (terminaltilskud).

## Lovforslaget

*Stk. 3.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om behandling efter stk. 1 og 2 og om patientens mulighed for at vælge mellem fysioterapitilbud.

§ 140 b. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen tilbyder anden behandling end nævnt i § 140 a.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om behandling efter stk. 1.«

13. I § 141 a indsættes efter »Kommunalbestyrelsen træffer«: »i et møde«.

14. I § 142, *stk. 1*, ændres »euforiserende stoffer« til: »afhængighedsskabende lægemidler«.

15. I § 145 indsættes efter »der ordineres«: »på recept«.

16. I § 148, *2. pkt.*, § 150, *stk. 1, 2. pkt.*, og § 151, *1. pkt.* ændres »§ 22« til: »§ 81«.

*Gældende formulering**Lovforslaget*

§ 150. Ved beregning af tilskud anvendes lægemidlets tilskudspris. Tilskudsprisen udgør den af Lægemiddelstyrelsen i henhold til lægemiddellovens § 22 udmeldte forbrugerpris for lægemidlet, jf. dog stk. 3.

*Stk. 2. ---*

§ 151. Lægemiddelstyrelsen kan i ganske særlige tilfælde bestemme, at tilskuddet til et lægemiddel, der ordineres til en bestemt person, skal beregnes på grundlag af den af Lægemiddelstyrelsen i henhold til lægemiddellovens § 22 udmeldte forbrugerpris, selv om denne overstiger tilskudsprisen efter § 150 (forhøjet tilskud). Lægemiddelstyrelsens afgørelse træffes senest 14 dage efter, at ansøgning om forhøjet tilskud er modtaget fra den behandlende læge.

§ 157. ---

*Stk. 9.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om driften m.v. af registeret og fastsætter herunder nærmere regler om,

- 1) hvilke oplysninger der må registreres i registeret,
- 2) pligt til sletning og ændring af registrerede oplysninger,
- 3) den registreredes direkte elektroniske adgang til de oplysninger, der er registreret om vedkommende i den personlige elektroniske medicinprofil, og til den maskinelle registrering (logning) af alle anvendelser af de registrerede oplysninger,
- 4) lægers, den kommunale hjemmesygeplejes, tandlægers, apotekeres, apotekspersonales, Sundhedsstyrelsens og Lægemiddelstyrelsens adgang til elektronisk opslag og inddatering i registeret i medfør af stk. 2-7 og

17. I § 151 indsættes som 3. pkt.:

»I særlige tilfælde kan Lægemiddelstyrelsen forlænge fristen efter stk.1 til 60 dage med henblik på at forelægge sagen for Medicintilskuds-nævnet, jf. § 155, inden der træffes afgørelse.«

18. I § 157, stk. 9, nr. 4, ændres », Sundhedsstyrelsens og Lægemiddelstyrelsens« til: »og Sundhedsstyrelsens«, og »stk. 2-7 og« ændres til: »stk. 2-6,«

## Bilag til f. t. l. vedr. sundhedsloven m.v.

## Gældende formulering

- 5) de i stk. 2-5 nævnte personers adgang og pligt til elektronisk at indberette oplysninger til registeret og til at korrigere urigtige oplysninger.

## § 171 ---

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om, i hvilke tilfælde og i hvilket omfang personer i øvrigt har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling, herunder i hvilket omfang ret hertil tilkommer personer, der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86 og 87.

§ 219. Sundhedsstyrelsen gennemfører én gang årligt et uanmeldt tilsynsbesøg vedrørende de sundhedsmæssige forhold på plejehjem m.v. omfattet af lov om social service, i plejeboligbyggeselskaber omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap og andre tilsvarende boligenheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser.

## Lovforslaget

19. I § 157, stk. 9, indsættes efter nr. 4 som nyt nummer:

»5) Lægemiddelstyrelsens adgang til elektronisk opslag i, inddatering af og videregivelse af oplysninger fra registeret til apotekersystemer, kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer og elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis, og«.

20. § 157, stk. 9, nr. 5, der bliver nr. 6, affattes således: »de i stk. 2-5 nævnte personers adgang og pligt til elektronisk at indberette oplysninger til registeret, opdatere oplysninger hidrørende fra registeret og korrigere urigtige oplysninger, herunder tekniske krav og formkrav til sådanne indberetninger, opdateringer og korrektioner.«

21. I § 171, stk. 2, ændres »§§ 86 og 87« til: »§§ 86, 87 og 87 b«.

22. I § 219, stk. 1, 1. pkt., indsættes efter »én gang årligt«: », jf. dog stk. 2,«.



## Gældende formulering

*Stk. 2.* Efter hvert tilsynsbesøg udarbejder Sundhedsstyrelsen en tilsynsrapport om de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet m.v. til brug for plejehjemmets og kommunens opfølgning på konstaterede fejl og mangler ved de sundhedsmæssige forhold. Tilsynsrapporten sendes endvidere til bruger- og pårørenderådet, jf. lov om social service, og til det kommunale ældreåd, jf. lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

*Stk. 3.* Sundhedsstyrelsen skal påse, at plejehjemmet eller kommunen følger op på eventuelle kritisable sundhedsmæssige forhold, der måtte være konstateret ved det sundhedsmæssige tilsynsbesøg.

*Stk. 4.* Embedslægeinstitutionen udarbejder årligt for den enkelte kommunes plejehjem m.v. et sammendrag af årets tilsynsrapporter og et sammendrag af den kommunale opfølgning efter stk. 3 til brug for den enkelte kommune.

*Stk. 5.* Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere indholdet af de sundhedsadministrative, sundhedsfaglige og sundhedsrelaterede opgaver, der indgår i tilsynet med de sundhedsmæssige forhold, og de nærmere regler for tilsynsbesøg og afrapportering herom efter stk. 1-4.

*Stk. 6.* Reglerne i § 220, stk. 4 og 5, om udstedelse af påbud og forbud over for institutioner m.v. finder tilsvarende anvendelse på tilsyn, der udføres efter stk. 1-3.

## Lovforslaget

**23.** I § 219 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»*Stk. 2.* Hvis der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl eller mangler ved de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet m.v., eller hvis der alene konstateres få fejl eller mangler, som efter Sundhedsstyrelsens skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, kan styrelsen beslutte, at tilsynsbesøg ikke gennemføres på vedkommende plejehjem det følgende år. Beslutning herom indføres i tilsynsrapporten, jf. stk. 3. Kommunalbestyrelsen underretter Sundhedsstyrelsen om væsentlige ledelsesmæssige og organisatoriske ændringer, som efterfølgende måtte blive gennemført på vedkommende plejehjem.«

Stk. 2-6 bliver herefter stk. 3-7.

**24.** I § 219, *stk. 4*, der bliver *stk. 5*, ændres »stk. 3« til: »stk. 4«.

**25.** I § 219, *stk. 5*, der bliver *stk. 6*, ændres »stk. 1-4« til: »stk. 1 og 3-5«.

**26.** I § 219, *stk. 6*, der bliver *stk. 7*, ændres »stk. 1-3« til: »stk. 1, 3 og 4«.

## Gældende formulering

## Kapitel 68

## Det nationale råd for folkesundhed

§ 223. Ministeren for sundhed og forebyggelse nedsætter et uafhængigt sagkyndigt råd for folkesundhed. Rådet har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådet har til opgave at bidrage til debat og at rådgive ministeren for sundhed og forebyggelse om folkesundhedsområdet.

Stk. 2. Det nationale råd for folkesundhed afgiver hvert andet år en beretning om rådets arbejde til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse.

Stk. 3. Det nationale råd for folkesundhed består af 11 medlemmer, som beskikkes af ministeren for sundhed og forebyggelse for 3 år ad gangen på baggrund af deres sagkundskab inden for folkesundhedsområdet. Ministeren for sundhed og forebyggelse udpeger rådets formand blandt rådets medlemmer.

Stk. 4. Rådet kan indkalde andre relevante personer på ad hoc-basis.

Stk. 5. Rådet fastsætter selv sin forretningsorden.

§ 224. Regionsrådet træffer afgørelser vedrørende ydelser efter §§ 59, 60, 64-71, 159, 167 og 175. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om, at kommunalbestyrelsen udbetaler kontantydelse, som efter ovennævnte bestemmelser tilkommer de i § 58 nævnte personer, på regionernes vegne.

## Lovforslaget

27. Overskriften til kapitel 68 affattes således:

»Det Nationale Forebyggelsesråd«.

28. § 223, stk. 1, affattes således:

»Ministeren for sundhed og forebyggelse nedsætter et uafhængigt, sagkyndigt forebyggelsesråd. Rådet har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådet har til opgave at bidrage til debat og til at inspirere de myndigheder og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaver.«

29. § 223, stk. 2, affattes således:

»Det Nationale Forebyggelsesråd afgiver hvert tredje år en beretning om rådets arbejde til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse.«

30. § 223, stk. 3, affattes således:

»Rådet består af 13 medlemmer, som beskikkes af ministeren for sundhed og forebyggelse for 4 år ad gangen på baggrund af deres sagkundskab inden for forebyggelse og sundhedsfremme dog således, at der hvert andet år udpeges henholdsvis 6 og 7 medlemmer. Ministeren for sundhed og forebyggelse udpeger rådets formand blandt rådets medlemmer.«

31. I § 224 indsættes efter 1. pkt.:

»Kommunalbestyrelsen træffer afgørelser om ydelser efter §§ 140 a og 140 b.«

*Gældende formulering*

§ 227. Det i henhold til § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for de i §§ 50, 58-60, 64-69, 71, 72, 159 og 175 nævnte ydelser.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse skal inden fastsættelse af nærmere regler efter §§ 8-12, 72 og 167, indhente en udtalelse fra det i § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn.

*Stk. 3.* ---

*Stk. 5.* En region må ikke unnlade at give en sundhedsperson tilladelse til at tilslutte sig overenskomster indgået i medfør af stk. 1 eller fratage en sundhedsperson en sådan tilladelse, fordi personen ikke er medlem af en forening eller en bestemt forening.

*Stk. 6.* En region må ikke unnlade at give en sundhedsperson tilladelse til at tilslutte sig overenskomster indgået i medfør af stk. 1 eller fratage en sundhedsperson en sådan tilladelse, fordi personen er medlem af en forening eller en bestemt forening.

*Stk. 7.* I overenskomster indgået i medfør af stk. 1 kan aftales, at sundhedspersoner, som tilslutter sig en sådan overenskomst uden at være medlem af den forening, som er part i overenskomsten, skal betale et gebyr til dækning af en forholdsmæssig andel af omkostningerne ved levering af de ydelser, som bliver stillet til rådighed for de pågældende, og som parterne er enige om er nødvendige for drift af praksis og for administration og udvikling af overenskomstens regler, herunder samarbejds- og klagesystemet, på regionalt og centralt niveau. Parterne kan aftale både et engangsgebyr, som forfalder i forbindelse med sundhedspersonens tilslutning til overenskomsten, og et periodevist gebyr, som forfalder løbende.

*Stk. 8.* ---

*Lovforslaget*

32. I § 227, *stk. 1*, ændres », 72,« til: »og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b,«.

33. I § 227, *stk. 2*, ændres », 72« til: »og 72, § 140 a, stk. 3, jf. stk. 1, og §§ 140 b«.

34. I § 227, *stk. 5 og 6*, indsættes efter »region«: »eller en kommune«.

35. I § 227, *stk. 7, 1. pkt.*, indsættes efter »klagesystemet, på«: »kommunalt,«.

*Gældende formulering***§ 228. ---**

*Stk. 2.* I tilskud, som regionsrådet udbetaler til sundhedspersoner i henhold til stk. 1, kan der foretages indeholdelse med henblik på inddrivelse af offentlige fordringer efter reglerne om inddrivelse af personlige skatter i kildeskatteloven. Tilsvarende kan der foretages indeholdelse i tilskud til lægemidler, som regionsrådet i henhold til aftale mellem det offentlige og apotekerens organisation udbetaler direkte til apotekerne.

**§ 229.** Foreligger der ingen overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse nærmere regler om vilkårene for regionernes tilskud, herunder honorarer, tilskud, udbetaling af tilskud, regler om henvisning til behandling og antal ydere, samt kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til de i § 59 omhandlede personer.

**§ 262.** Opholdsregionen afholder udgifter til befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling efter reglerne i §§ 79-83 og 86 og § 87, stk. 1, og § 89, når betingelserne herfor er opfyldt, jf. § 171. Dog afholdes udgiften til befordring fra et sygehus uden for bopælsregionen til fortsat indlæggelse på et sygehus i bopælsregionen af sidstnævnte region.

*Lovforslaget*

**36. I § 228** indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»*Stk. 2.* Regionsrådet kan efter aftale med kommunalbestyrelsen varetage afregningen af den del af betalingen for en ydelse til praktiserende fysioterapeuter, som det ikke påhviler den sikrede at betale.«

Stk. 2 bliver herefter stk. 3.

**37. I § 229** indsættes efter »regionernes«: »og kommunernes«.

**38. Efter § 251** indsættes:

»*Fysioterapiydelser m.v.*

**§ 251 a.** Bopælskommunen afholder udgifter til fysioterapiydelser m.v. efter §§ 140 a og 140 b.«

**39. I § 262, stk. 1, 1. pkt.,** ændres »og 86 og § 87, stk. 1,« til: », 86, § 87, stk. 1 og 2, § 87 b, stk. 1,«

*Gældende formulering**Lovforslaget***§ 2**

I lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, som ændret ved § 95 i lov nr. 451 af 22. maj 2005, § 77 i lov nr. 538 af 8. juni 2006, § 2 i lov nr. 1556 af 20. december 2006, lov nr. 432 af 8. maj 2007 og § 24 i lov nr. 523 af 6. juni 2007, foretages følgende ændringer:

**§ 6.** Klager over kommunalbestyrelses afgørelser kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, når de vedrører

- 1) udstedelse af bevis efter § 12 i sundhedsloven,
- 2) indplacering i sikringsgruppe 1 og 2 og overførsel til gruppe 1-sikring efter § 58 i sundhedsloven,
- 3) anmeldelse om lægevalg efter § 59 i sundhedsloven,
- 4) begravelseshjælp efter § 160 i sundhedsloven,
- 5) tilskud til ydelser i et andet EU/EØS-land efter § 168 i sundhedsloven,
- 6) befordringsgodtgørelse efter §§ 170 og 172 i sundhedsloven og
- 7) udbetaling af kontanttilskud efter § 228 i sundhedsloven.

**1.** I § 6 indsættes efter nr. 3 som nyt nummer:  
»4) fysioterapi m.v. efter §§ 140 a og 140 b i sundhedsloven,«.

Nr. 4-7 bliver herefter nr. 5-8.

**§ 3**

I lov nr. 537 af 24. juni 2005 om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, som ændret ved § 11 i lov nr. 382 af 3. maj 2006, § 40 i lov nr. 499 af 7. juni 2006 og § 2 i lov nr. 510 af 6. juni 2007, foretages følgende ændringer:

*Gældende formulering**Lovforslaget*

§ 37. Bestemmelser om løn- og øvrige ansættelsesforhold for personale i regional tjeneste aftales eller fastsættes af det i henhold til stk. 2 oprettede nævn. Finansministeren kan efter forhandling med indenrigs- og sundhedsministeren bestemme, at også løn- og øvrige ansættelsesforhold for personale ved selvejende institutioner, med hvilke regioner indgår overenskomst med henblik på opfyldelsen af dem i lovgivningen pålagte forpligtelser, skal aftales eller fastsættes af nævnet. Nævnet kan beslutte, at antallet af stillinger i nærmere angivne personalegrupper, der i øvrigt er omfattet af nævnets kompetence, skal forelægges nævnet til godkendelse. Nævnet har endvidere de beføjelser om indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkår for sundhedsydelser samt om afgivelse af udtalelser, som følger af § 228 i sundhedsloven.

*Stk. 2.* Regionernes Lønnings- og Takstnævn består af 9 medlemmer og stedfortrædere for disse, der beskikkes af finansministeren. Beskikkelsen sker således:

- 1) 5 af nævnets medlemmer og stedfortrædere for disse beskikkes efter indstilling af regionsrådene, idet hvert regionsråd indstiller 1 medlem og en stedfortræder for denne,
- 2) 2 medlemmer og stedfortrædere for disse beskikkes efter indstilling af KL (Kommunernes Landsforening),
- 3) 1 medlem og en stedfortræder for denne beskikkes efter indstilling af indenrigs- og sundhedsministeren, og
- 4) 1 medlem og en stedfortræder for denne udpeges af finansministeren.

*Stk. 3.* Nævnet vælger en formand blandt de 5 medlemmer, der er beskikket efter indstilling af regionsrådene.

*Stk. 4.* Nævnets beslutninger træffes ved stemmeflertal, jf. dog stk. 5.

*Stk. 5.* De medlemmer af nævnet, der er udpeget af finansministeren henholdsvis beskikket efter indstilling af indenrigs- og sundhedsministeren, kan modsætte sig nævnets beslutninger efter stk. 1.

I § 37, *stk. 4*, indsættes efter »jf. dog stk. 5«:  
»og 6«.

*Gældende formulering**Lovforslaget*

2. I § 37 indsættes efter stk. 5 som nyt stykke:

»Stk. 6. De medlemmer af nævnet, der er beskikket efter indstilling fra KL (Kommunernes Landsforening), har hver 3 stemmer, når nævnet træffer beslutninger vedrørende indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.v. om vilkår for de ydelser, som kommunalbestyrelsen tilbyder i medfør af sundhedslovens § 140 a, stk. 1, og bestemmelser fastsat i medfør af sundhedslovens § 140 b.«

Stk. 6 og 7 bliver herefter stk. 7 og 8.

3. I § 37, stk. 7, der bliver stk. 8, indsættes efter »regler for nævnets virksomhed«: », og kan herunder fravige stk. 7«.

Stk. 6. Udgifterne ved nævnets virksomhed afholdes ligeligt af regionerne.

Stk. 7. Finansministeren fastsætter efter forhandling med indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om nævnets virksomhed.

**§ 4**

I lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed foretages følgende ændringer:

1. I overskriften før § 5 indsættes efter »autorisation«: »m.v.«

*Fraskrivelse, fratagelse og generhvervelse af autorisation samt virksomhedsindskrænkning og ophør heraf*

*Fraskrivelse og generhvervelse af autorisation*

**§ 5. ---**

2. I § 5 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»Stk. 2. En autoriseret sundhedsperson kan meddele til Sundhedsstyrelsen, at vedkommende vil indskrænke sit virksomhedsområde for en periode eller indtil videre. Virksomhedsindskrænkningen ophører, når perioden for indskrænkningen er udløbet. Virksomhedsindskrænkningen kan i øvrigt inden for en fastsat tidsfrist ophæves helt eller delvis efter ansøgning til Sundhedsstyrelsen, hvis de omstændigheder, der begrundede indskrænkningen, ikke længere er til stede.«

Stk. 2 og 3 bliver herefter stk. 3 og 4.

*Gældende formulering*

*Stk. 2.* Sundhedsstyrelsens afgørelse om generhvervelse kan påklages til indenrigs- og sundhedsministeren. Afslår ministeren klagen, kan klageren forlange afgørelsen indbragt for domstolene, såfremt der er forløbet mindst 1 år efter, at den pågældende har fraskrevet sig autorisationen, eller efter, at generhvervelse senest er nægtet ved dom. Ministerens afgørelse skal indeholde oplysning om adgangen til at begære domstolsprøvelse og om fristen herfor.

*Stk. 3.* Begæring efter stk. 2 om domstolsprøvelse skal fremsættes over for indenrigs- og sundhedsministeren inden 3 uger efter, at ministerens afgørelse er meddelt den pågældende. Ministeren anlægger sag mod den pågældende i den borgerlige retsplejes former.

**§ 13.** Sundhedsstyrelsen offentliggør afgørelser om midlertidig eller endelig fratagelse af autorisation eller indskrænkning af virksomhedsområdet efter §§ 6-9, 11 eller 12 og om fratagelse eller indskrænkning af ordinationsretten efter § 36 vedrørende afhængighedsskabende lægemidler. Sundhedsstyrelsen offentliggør endvidere beslutning om fraskrivelse af autorisation i medfør af § 5.

Stk. 2.-----

**§ 41.** Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug foretages af læger ansat i kommunale eller regionale lægestillinger. Dog kan enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed foretages af andre læger.

Stk. 2. ---

*Lovforslaget*

**3. § 5, stk. 2,** der bliver stk. 3, affattes således:

»*Stk. 3.* Sundhedsstyrelsens afgørelse om generhvervelse og om ophævelse af virksomhedsindskrænkning kan påklages til ministeren for sundhed og forebyggelse. Afslår ministeren klagen, kan klageren forlange afgørelsen indbragt for domstolene, hvis der er forløbet mindst 1 år efter, at den pågældende har fraskrevet sig autorisationen eller indskrænket sit virksomhedsområde, eller efter, at generhvervelse eller ophævelse af virksomhedsindskrænkningen senest er nægtet ved dom. Ministerens afgørelse skal indeholde oplysning om adgangen til at begære domstolsprøvelse og om fristen herfor.«

**4. I § 5, stk. 3, 1. pkt.,** der bliver stk. 4, 1. pkt., ændres »stk. 2« til: »stk. 3«.

**5. I § 13, stk. 1, 2. pkt.** indsættes efter »autorisation«: »og frivillig virksomhedsindskrænkning«.

**6. § 41, stk. 1, 1. pkt.,** affattes således:

»Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug kan alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, stk. 2.«



*Gældende formulering*

§ 76. En person, der har fraskrevet sig eller fået frataget autorisation eller fået indskrænket virksomhedsområdet efter kapitel 3, og som fortsætter med at udøve det pågældende hverv, straffes med bøde eller fængsel i indtil 3 måneder, medmindre højere straf er forskyldt efter anden lovgivning.

§ 13. Ministeren for familie- og forbrugeranliggender nedsætter Motions- og Ernæringsrådet, der skal være rådgivende i faglige spørgsmål om ernæring og motion.

Stk. 2. Ministeren kan fastsætte nærmere regler om rådets sammensætning og virksomhed. Ministeren fastsætter rådets forretningsorden.

*Lovforslaget*

7. I § 76 indsættes efter »frataget autorisation«  
», har indskrænket«.

**§ 5**

I lov nr. 526 af 24. juni 2005 om fødevarer, som ændret ved § 6 i lov nr. 1430 af 21. december 2005, § 1 i lov nr. 1549 af 20. december 2006 og § 1 i lov nr. 110 af 26. februar 2008, foretages følgende ændring:

1. § 13 ophæves.

**§ 6**

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. januar 2009, jf. dog stk. 2-4.

*Stk. 2.* § 1, nr. 18-20, træder i kraft den 1. juli 2008.

*Stk. 3.* § 1, nr. 7-9, 11, 12, 15-17 og 27-38, §§ 2 og 3 samt sundhedslovens § 87 b, stk. 1, §§ 87 c og 87 d, som indsat ved denne lovs § 1 nr. 6, træder i kraft den 1. august 2008.

*Stk. 4.* § 1, nr. 2, 3 og 5, træder i kraft den 1. december 2008.

**§ 7**

*Stk. 1.* Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

*Stk. 2.* § 1, nr. 1, 11 og 22-30 og §§ 2 og 4 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Til lovforslag nr. L 141. Skriftlig fremsættelse (27. marts 2008)

**Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):**

Herved tillader jeg mig for Folketinget at fremsætte:

*Forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer (Friere sygehusvalg, udvidet behandlingsret for psykisk syge børn og unge, kontaktpersoner på sygehuse, udvidet adgang til Medicinprofilen, kommunal fysioterapi, nationalt forebyggelsesråd m.v.)*

(Lovforslag nr. L 141).

Med dette lovforslag foreslår regeringen en række tiltag på sundhedsområdet, som hver for sig og i sammenhæng skal medvirke til at skabe et bedre sundhedsvæsen ved at udvide brugernes valgmuligheder, øge kvaliteten og sammenhængen i behandlingstilbuddene, øge fokus på forebyggelse og ved en mere effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. En række af forslagene er led i eller skal ses i sammenhæng med kvalitetsreformen. Her nævnes de væsentligste.

Der foreslås en trinvis indførelse af udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for børn og unge på det psykiatriske område, som satspuljepartierne har aftalt.

Det foreslås, at patienter får udvidet frit valg, når sygehuset aflyser en undersøgelse eller behandling. Endvidere foreslås, at patientkontorerne får til opgave at vejlede de praktiserende læger og speciallæger om frit og udvidet frit sygehusvalg m.v.

Det foreslås efter aftale med Dansk Folkeparti at lovfæste, at patienter har ret til at få en kontaktperson ved behandling på sygehus.

For at tilvejebringe grundlaget for et enstrengt medicineringsgrundlag foreslås, at ministeren for sundhed og forebyggelse får adgang til at fastsætte regler om videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til kommunernes elektroniske omsorgsjournaler og de elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis.

Det foreslås at flytte myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne, for at skabe en sammenhængende og effektiv opgaveløsning.

Som led i sikring af kvaliteten på plejehjemmene foreslås, at der skabes grundlag for et graderet plejehjemstilsyn.

Det foreslås, at kravene til ind- og udskolingsundersøgelser af børn gøres mere fleksible, så ikke kun læger men også sundhedsplejersker kan gennemføre dem.

Regeringen foreslår endeligt at nedsætte et nationalt forebyggelsesråd for at styrke indsatsen for at forlænge danskernes levetid.

Idet jeg henviser til bemærkningerne til lovforslaget, skal jeg anbefale det til Folketingets velvillige behandling.