

Forslag

til

Lov om ændring af

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

(Udvidet behandlingsret for psykisk syge børn og unge, kontaktpersoner, kommunal fysioterapi, medicintilskud, Medicinprofilen og afstemningsregler i Regionernes Lønnings- og Takstnævn m.v.)

§ 1

I sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005, som ændret ved § 2 i lov nr. 1395 af 21. december 2005, lov nr. 491 af 7. juni 2006, § 80 i lov nr. 538 af 8. juni 2006, § 1 i lov nr. 1556 af 20. december 2006, lov nr. 431 af 8. maj 2007 og lov nr. 511 af 6. juni 2007, foretages følgende ændringer:

1. I § 87, stk. 1, indsættes efter ”benytter”: ”, jf. dog §§ 87 a og 87 b”.
2. 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 på tidspunktet for henvisning til psykiatrisk undersøgelse eller behandling kan vælge at blive undersøgt og behandlet efter bestemmelserne i dette kapitel.

§ 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 efter § 87 c, stk. 1, 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.

Stk. 2. Viser den psykiatriske undersøgelse, at en person har behov for behandling hurtigt for at undgå forværring af personens lidelse, kan personen vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale efter § 87 c, stk. 1, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde behandling inden 2 måneder efter undersøgelsen er afsluttet.

Stk. 3. Selvom bopælsregionen tilbyder behandling inden 2 måneder, kan en person, der efter stk. 1, er blevet undersøgt på et af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale efter § 87 c, stk. 1, og som har behov for hurtig behandling, jf. stk. 2, vælge at blive behandlet på det sygehus, den klinik, hvor personen er blevet undersøgt, hvis sygehuset, klinikken m.v. 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 af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale efter § 87 c, stk. 1, bortfalder, hvis ventetiden til undersøgelse henholdsvis behandling på disse sygehuse, klinikker m.v. overstiger ventetiden hertil på bopælsregionens sygehuse og de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Stk. 5. Vælger en person i medfør af stk. 1 og 2, at få foretaget undersøgelse eller behandling på et af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale efter § 87 c, stk. 1, har regionsrådet pligt til at henvise personen til pågældende sygehus eller klinik m.v.

§ 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 indenrigs- og sundhedsministeren.

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

§ 87 d. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder efter dette kapitel, herunder om visse krav vedrørende dokumentation m.v. til de sygehuse, klinikker m.v., der har indgået aftale efter § 87 c, stk. 1, om pligten til at oplyse patienten om rettighederne i henhold til dette kapitel m.v.

3. I § 90, stk. 1, ændres to steder ”§§ 86 og 87” til: ”§§ 86 - 87 b” og indsættes som nyt nummer 3:

”3) om patienten kan tilbydes undersøgelse og behandling inden 2 måneder efter reglerne i §§ 87 a og 87b,”

Nummer 3-6 bliver herefter nummer 4-7.

4. 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 én dag.

Stk. 2. Regionsrådet skal mundtligt og skriftligt oplyse patienten om kontaktpersonens navn og funktion senest 24 timer efter behandlingens påbegyndelse.

Stk. 3. Kontaktpersoner er autoriserede sundhedspersoner, som medvirker ved behandlingen af patienten.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om kontaktpersoners funktioner.

Stk. 5. Stk. 1-4 og de med hjemmel heri fastsatte regler gælder tillige for de private sygehuse og institutioner m.fl., som regionsrådet har indgået overenskomst med eller på anden måde benytter, jf. § 75, stk. 2, for selvejende hospicer, som regionsrådet har indgået overenskomst med, jf. § 75, stk. 4, for private institutioner, som indenrigs- og sundhedsministeren har bestemt, at fri valg-reglerne i § 86 finder anvendelse på, jf. § 75, stk. 5, og for private specialsygehuse m.fl., jf. § 79, stk. 2.”

5. Efter § 140 indsættes:

”Kapitel 39 a

Vederlagsfri fysioterapi m.v.

§ 140 a. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenviisning.

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

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler for behandling efter stk. 1 og 2, og for patientens mulighed for at vælge mellem fysioterapitilbud.

§ 140 b. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen yder tilskud til anden behandling end nævnt i § 140 a.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler for tilskud efter stk. 1.”

6. I § 141 indsættes efter stk. 6 som nyt stykke:
”*Stk. 7.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tilbudet om alkoholbehandling og om alkoholmisbrugerens mulighed for at vælge mellem alkoholbehandlingstilbud.”
7. I § 142, *stk. 1*, ændres ”euforiserende stoffer” til: ”afhængighedsskabende lægemidler”.
8. I § 145 indsættes efter ”der ordineres”: ”på recept”.
9. I § 148, § 150, *stk. 1*, og § 151 ændres ”§ 22” til: ”§ 81”.

10. I § 151 indsættes som 3. pkt.: ”I særlige tilfælde kan Lægemiddelstyrelsens sagsbehandlingstid forlænges til op til 60 dage med henblik på at forelægge sagen for Medicintilskudsrådet, jf. § 155, inden der træffes afgørelse.”
11. § 157, stk. 9, nr. 4, affattes således:
 ”4) lægers, den kommunale hjemmesygeplejers, tandlægers, apotekeres, apotekspersonales og Sundhedsstyrelsens adgang til elektronisk opslag og inddatering i registret i medfør af stk. 2-6.”
12. 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 registret til apotekersystemer, kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer og elektroniske patientjournalsystemer på sygehuse og i lægepraksis, og”.
- Nr. 5 bliver herefter til nr. 6.
13. I § 157, stk. 9, nr. 5, der bliver nr. 6, indsættes efter ”urigtige oplysninger”: ”, herunder formkrav til sådanne indberetninger og korrektioner”.
14. I § 215, stk. 1, 1. pkt., stk. 3, og stk. 5, ændres ”personer inden for sundhedsvæsenet” til: ”sundhedspersoner”.
15. I § 224 indsættes efter 1. pkt. :
 ”Kommunalbestyrelsen træffer afgørelser vedrørende ydelser efter §§ 140 a og 140 b.”
16. I § 227, stk. 1, indsættes efter ”71”: ”,140 a, stk.1, og 140 b”.
17. I § 227, stk. 2, indsættes efter ”72”: ”,140 a, stk.3, jf. stk. 1, og 140 b”.
18. I § 229 indsættes efter ”regionernes”: ”og kommunernes”.
19. Efter § 251 indsættes:

”Vederlagsfri fysioterapi m.v.

”§ 251 a. Bopælskommunen afholder udgifter til ydelser efter §§ 140 a og 140 b.”

§ 2

I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lov nr. 547 af 24. juni 2005, 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 § 2, stk. 1, 1. pkt., § 2, stk. 2, og § 4, stk. 1, ændres ”personer inden for sundhedsvæsenet” til: ”sundhedspersoner”.
2. I § 4, stk. 2, ændres »persongrupper inden for sundhedsvæsenet» til: »grupper af sundhedspersoner».
3. I § 6 indsættes efter nr. 3 som nyt nummer:

”4) Vederlagsfri fysioterapi m.v. efter §§ 140 a og 140 b i sundhedsloven,”. Nr. 4-7 bliver herefter nr. 5-8.

§ 3

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

1. I overskriften til § 5 indsættes efter ”Fraskrivelse og generhvervelse af autorisation”: ”m.v.”
2. I § 5 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

”Stk. 2. En autoriseret sundhedsperson kan over for Sundhedsstyrelsen indskrænke sit virksomhedsområde for en fastsat periode eller indtil videre. Virksomhedsindskrænkningen ophører helt eller delvis, når en fastsat tidsfrist for indskrænkningen er udløbet, og kan i øvrigt også inden for en fastsat tidsfrist ophæves helt eller delvis efter ansøgning til Sundhedsstyrelsen, såfremt de omstændigheder, der begrundede indskrænkningen, ikke længere findes at være 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 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 henholdsvis indskrænket sit virksomhedsområde, eller efter, at generhvervelse henholdsvis 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*, der bliver *stk. 4*, ændres ”*stk. 2*” til: ”*stk. 3*”.

5. § 41, *stk. 1, 1. pkt.*, affattes således:

”Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug foretages af læger ansat i lægestillinger ved de i sundhedslovens § 142, *stk. 2*, nævnte kommunale, regionale eller private institutioner.”

§ 4

I lov nr. 537 af 24. juni 2005 om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udvalgsråd 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:

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

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

”*Stk. 6*. De medlemmer af nævnet, der er beskikket efter indstilling af KL (Kommunerne Landsforening), har hver 3 stemmer, når nævnet træffer beslutninger vedrørende indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkår for de ydelser, som kommunalbestyrelsen yder tilskud til 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*.

§ 5

Loven træder i kraft den 1. januar 2008, jf. dog *stk. 2*.

Stk. 2. Den udvidede ret til behandling, jf. § 87 b, *stk. 2*, træder i kraft den 1. januar 2009.

§ 6

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1) Indholdsfortegnelse

Afsnit:

3.1 Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge

3.2 Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene

3.3 Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi mv. til kommunerne

3.4 Præcisering af hjemmel til at kræve, at enkelttilskud til et håndkøbslægemiddel betinges af, at lægemidlet ordineres på recept

3.5 Mulighed for forlænget sagsbehandlingstid i relation til ansøgning om forhøjet tilskud til medicin

3.6 Medicinprofilen

3.7 Bemyndigelse til at fastsætte regler om alkoholmisbrugerens mulighed for at vælge mellem alkoholbehandlingstilbud

3.9 Præcisering af kredsen af sundhedspersoner, der er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn og Patientklagenævnets kompetence.

3.10 Autoriserede sundhedspersoners adgang til frivillig indskrænkning af virksomhedsområde

3.11 Lægers ret til ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug.

2) Lovforslagets hovedindhold

Med lovforslaget forslår regeringen en række tiltag på sundhedsområdet, som hver især skal medvirke til at skabe et bedre sundhedsvæsen gennem yderligere kvalitet og sammenhæng i behandlingstilbuddene til patienterne. Forslagene skal ses i sammenhæng med den forestående kvalitetsreform.

Med lovforslaget foreslås indførelse af de første trin i en udvidelse af undersøgelses- og behandlingsrettighederne for børn og unge på det psykiatriske område, som satspuljepartierne (dvs. alle partier, undtagen Enhedslisten) har indgået aftale om. Forslaget indebærer med virkning fra 1. januar 2008, at patienter under 19 år får ret til at lade sig undersøge på en klinik eller et hospital, som regionerne har en aftale med, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde undersøgelse inden for 2 måneder. Endvidere får patienter ret til lade sig behandle på klinik eller hospital, som regionerne har en aftale med, når udredningen viser, at et hurtigt behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien er nød-

vendigt for at undgå en forværring af deres lidelse, hvis ventetiden på behandling overstiger 2 måneder. Denne del af forslaget har virkning fra 1. januar 2009.

Regeringen foreslår efter aftale med Dansk Folkeparti at lovfæste, at det er en patientret at få en kontaktperson ved behandling på sygehus.

Endvidere foreslår regeringen at flytte myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne fra den 1. januar 2008. Formålet er at skabe en sammenhængende og effektiv opgaveløsning på træningsområdet, som er klar og gennemskuelig for borgeren samt en kvalitetsforbedring og en bedre anvendelse af ressourcerne.

Regeringen foreslår endvidere, at ministeren bemyndiges til at fastsætte regler om indførelse af en adgang til videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) og de elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis med henblik på at tilvejebringe grundlaget for et enstrengt medicineringsgrundlag. Endvidere foreslås, at ministeren bemyndiges til at fastsætte formkrav for indberetning til og korrektion af oplysninger i Medicinprofilen.

Lovforslaget omfatter herudover bl.a. en justering af sagsbehandlingstiden i relation til ansøgninger om forhøjet tilskud til medicin.

3) Redegørelse for hovedpunkterne i lovforslaget

3.1 Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge

3.1.1 Gældende ret

Efter de gældende regler om frit sygehusvalg i sundhedslovens § 86, 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. Der er tale om en bestemmelse, som kun skal bruges i undtagelsestilfælde, hvor fx væsentlige hensyn til kontinuitet i behandlingen begrundet det.

Herudover har patienter, som er henvist af en læge til sygehusbehandling siden den 1. juli 2002 haft et såkaldt *udvidet* frit sygehusvalg efter sundhedslovens § 87, som er uddybet i bekendtgørelse nr. 888 af 3. juli 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 2 måneder (fra 1. oktober 2007 1 måned) efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde både forundersøgelse, herunder diagnostisk undersøgelse, og behandling ved regionens egne sygehuse eller et af de sygehuse, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Bestemmelsen i § 15 gælder dog *ikke* henvisning til psykiatrisk behandling. Psykiatriske patienter har således ikke et udvidet frit sygehusvalg, men alene frit sygehusvalg.

Det fremgår således af lovforslaget om indførelse af udvidet frit sygehusvalg (L64/2001 Forslag til Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet), ”at det vil blive fastsat, at det psykiatriske område ikke er omfattet af ordningen. Den eksisterende psykiatraførelse tilfører allerede dette område betydelige ressourcer. Derimod vil regeringen inden for rammen på 1,5 mia. kr. afsætte 25 mio. kr. til yderligere initiativer i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor der er betydelige ventetidsproblemer. I bekendtgørelsen vil det endvidere blive fastsat, at ordningen ikke omfatter psykiatriske patienter.”

Efter bekendtgørelsens § 45 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 parterne ikke opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan indenrigs- og sundhedsministeren efter anmodning fra de i stk. 1 nævnte sygehuse, klinikker m.v. fastsætte vilkårene herfor.

De private sygehuse, klinikker m.v. her i landet og sygehuse m.v. i udlandet, der ønsker at indgå aftale med regionerne efter § 45, skal til brug herfor på anmodning fra regionsrådene eller indenrigs- og sundhedsministeren fremlægge dokumentation vedrørende: behandlingstilbud, herunder behandlingserfaring, faglige kvalifikationer, vagtberedskab, apparaturstandard, behandlingsprincipper og lignende, ventetid til behandling og iagttagelse af patientrettigheder.

Med det formål at skabe et reelt grundlag for, at patienterne kan benytte det frie og udvidede frit sygehusvalg, er der i sundhedslovens § 90, som uddybet i § 10 i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. fastlagt en udvidet informationspligt for regionsrådene. Et regionsråd skal senest 8 hverdage efter, at et af regionens sygehuse har modtaget en henvisning af en patient, oplyse patienten om:

- 1) dato og sted for undersøgelse eller behandling,
- 2) patienten kan tilbydes behandling inden for 2 måneder (1 måned fra 1. oktober 2007) efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg,
- 3) patientens ret til at vælge sygehus efter reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg,
- 4) ventetiden på behandling ved regionens egne og andre regioners sygehuse samt ved de i § 11, stk. 2 - 3, nævnte private specialsygehuse m.fl.,
- 5) at sygehuset tilbyder, at patienten ved henvendelse dertil kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på de i nr. 4 nævnte sygehuse, og
- 6) at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg.

3.1.2 Baggrund mv.

Sundhedsstyrelsens statusrapport fra 2006 om udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed viser blandt andet, at efterspørgsel efter diagnostik og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien igennem de seneste mange år 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. Opfølgingsgruppen har siden kunnet konstatere, at det herved er

lykkedes nogenlunde at holde trit med den stigende efterspørgsel i form af et stadigt øget antal henvisninger, men at det fortsat ikke er lykkedes at vende udviklingen med hensyn til de lange ventelister og ventetider. Den stigende efterspørgsel har således medført, at der kun er opnået en opbremsning i den negative udvikling.

I statusrapport 2006 kunne opfølgingsgruppen konstatere, at stigningen i henvisningerne i 2005 overgik udbygningen med stigende ventelister til følge. I dette år skete der således en stigning i henvisningerne på hele 15 % svarende til 1.300 patienter i forhold til året før.

Med psykiatriaftalen 2003-2006 blev der afsat 30 mio. kr. årligt til bl.a. nedbringelse af ventelister/ventetider, udbygning af kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien og etablering af nye og mere varierede tilbud.

Med satspuljeaftalen for 2005 blev der afsat yderligere 50 mio. kr. årligt over en 4-årig periode til målrettet nedbringelse af ventetider til undersøgelse og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Med samme satspuljeaftale blev der derudover afsat 30 mio. kr. årligt til behandling af spiseforstyrrelser, som en permanent bevilling.

Regeringen og satspuljepartierne aftalte i 2006 at anvende 16,5 mio. kr. til medfinansiering af spiseforstyrredes behandling på private behandlingssteder.

Regeringen og satspuljepartierne afsatte 30 mio. kr. som en permanent bevilling fra 2007 til fastholdelse af det aktivitetsniveau, som er opnået med psykiatriaftalen 2003-2006 med det formål at fastholde den målrettede indsats og udbygning i børne- og ungdomspsykiatrien. Med samme aftale blev afsat yderligere 25 mio. kr. årligt fra 2007 til en yderligere aktivitetsudbygning med henblik på nedbringelse af ventetiderne.

Sygehusvæsnet skal sikre hurtig behandling til alle patienter. 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 overfor denne målgruppe principielt altid 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 bl.a. 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 u hensigtsmæssig overflytning af lettere opgaver fra andre sektorer til børne- og ungdomspsykiatrien.

Derfor er hurtig udredning indenfor børne- og ungdomspsykiatrien særlig vigtig. Den vil dels muliggøre, at nogle patienter på baggrund af råd fra den psykiatriske ekspertise i sygehusvæsenet vil kunne modtage kvalificeret støtte, rådgivning mm. fra blandt andre den praktiserende læge, den kommunale socialforvaltning eller i skolevæsenet, indtil behandlingen om nødvendigt kan overtages af børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Mens udredningen for andre evt. vil 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 udredning vil også sikre, 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 udredning 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/hospital, som regionerne har en aftale med. Regeringen og partierne var 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 aftalte en gradvis indførelse af disse udvidede rettigheder i aftaleperioden.

Satspuljepartierne var enige om, at der den 1. januar 2008 skal indføres ret til hurtig udredning. Det indebærer ifølge aftalen, at en patient, der på henvisningstidspunktet var under 19 år, ved ventetider på over 2 måneder skal have ret til at lade sig udrede på en klinik/ et hospital, som regionerne har en aftale med.

Partierne var endvidere enige om, at der den 1. januar 2009 skal indføres ret til hurtig behandling efter udredning. Det indebærer ifølge aftalen, at patienter hvis tilstand ved udredningen 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 skal have ret til at lade sig behandle på en klinik/ et hospital, som regionerne har en aftale med.

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

Formålet med dette lovforslag er at indføre de første to trin i den gradvise indførelse af udvidede rettigheder til frit sygehusvalg på det psykiatriske område, som satspuljepartierne har indgået aftale om, dvs., indførelse af udvidede udrednings- 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 fra Nordisk Råd vedrørende forbedret tilgængelighed og nedbringelse af ventetider indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.

3.1.3 Lovforslag

En livstruende tilstand skal i sagens natur 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 sygehusvæsnets overordnede forpligtelse til at prioritere hurtig behandling af akut og livstruende sygdom.

Med det foreslåede kapitel 20 a, indføres, ved siden af den omtalte akutte behandlingsforpligtelse, gradvist 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 regionerne har indgået aftale med (aftalesygehus). Fra den 1. januar 2008 indføres efter forslaget en udvidet ret til undersøgelse. Fra den 1. januar 2009 udvides ordningen til også at omfatte en udvidet ret til behandling for patienter med særligt behov for hurtig efterfølgende behandling.

Ved undersøgelse i det foreslåede kapitel forstås den udredning, 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.

Den foreslåede ordning giver patienterne en *individuel ret* til at vælge udredning og behandling på et aftalesygehus, hvis betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt.

Udredningen 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.

Målgruppen for den udvidede behandlingsret er de patienter, hvor det på baggrund af en klinisk vurdering i forbindelse med udredningen må antages, at tilstanden vil forværres, hvis behandling efter endt udredning ikke påbegyndes inden 2 måneder.

Med henblik på at sikre kontinuitet i udrednings- og behandlingsforløbet foreslås det, at en person, der i henhold til § 87 a er blevet undersøgt på et aftalesygehus, selvom bopælsregionen tilbyder behandling inden 2 måneder, kan vælge at lade sig behandle på det aftalesygehus, hvor personen er blevet undersøgt, hvis aftalesygehuset kan tilbyde behandling i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen.

I forbindelse med sundhedsplanlægningen skal regionerne foretage en vurdering af den samlede efterspørgsel efter sygehusydelse fra deres borgere, herunder efterspørgslen efter udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. I det omfang regionerne ikke har mulighed for fuldt ud at imødekomme borgernes efterspørgsel på egne sygehuse, kan regionerne i deres planlægning inddrage kapacitet på offentlige sygehuse i andre regioner eller på private sygehuse og klinikker. Regionerne har mulighed for at tage højde for en øget efterspørgsel efter udredning og behandling gennem tilpasninger af produktiviteten på egne sygehuse.

Behovet for at regionerne indgår aftaler med private sygehuse eller klinikker vil bl.a. afhænge af, i hvilket omfang regionernes sygehuse ved at øge produktiviteten og kapaciteten kan nedbringe de nuværende ventetider.

De sygehuse, klinikker m.v., regionerne i forening efter forslaget kan indgå aftaler med, kan, så længe sygehuset, klinikken m.v. er i besiddelse af de nødvendige faglige kompetencer, etableres indenfor 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 udenfor Danmarks grænser, hvis det ud fra en afstandsmæssig og en sprogmæssig betragtning er relevant og hensigtsmæssigt i det konkrete tilfælde.

En succesfuld implementering af lovforslaget forudsætter, at patienterne er velinformerede om deres valgmuligheder. Med henblik på at skabe reelle valgmuligheder og styrke patienternes muligheder for at anvende den udvidede ret til undersøgelse og behandling, udvides regionernes informationsforpligtelse efter sundhedslovens § 90, hvorefter patienten senest 8 hverdage efter at en henvisning er modtaget, skal have en række informationer vedrørende ventetid på behandling m.v. Denne bestemmelse vil herved komme til at omfatte de udvidede rettigheder til udredning og behandling indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.

3.2 Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene

3.2.1 Gældende ret

Kontaktpersonordningen 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.

3.2.2 Baggrund mv.

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 sygehusene for dermed at øge kvalitet, sammenhæng og tryk.”

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: ”En sygehusansat sundhedsfaglig person tilknyttet den enkelte patient med særligt ansvar for sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb.”

Dækningsgraden af kontaktpersoner på sygehus 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 ambulante 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.

3.2.3 Lovforslag

Med lovforslaget forpligtes regionsrådet til at tilbyde at udpege navngivne sundhedsfaglige kontaktpersoner til alle patienter, hvis behandling strækker sig over mere end én dag. Der er tale om et tilbud til patienten, og den enkelte 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 naturligt fungere som patientens personificerede indgang til sundhedsvæsenet.

3.3 Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi m.v. til kommunerne

3.3.1. Gældende ret

3.3.1.1 Regionale opgaver

I dag er det en regional opgave at yde tilskud til vederlagsfri behandling hos fysioterapeut efter lægehenvielse, hvilket følger af sundhedslovens § 67. Bekendtgørelse nr. 1079 af 2. november 2006 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 Løn- 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 Øfeldt Centret Aps udstedt. De nærmere vilkår for tilskud m.v. fremgår af en overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Teddy Øfeldt.

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

3.3.1.2. Kommunale opgaver

I dag er det en kommunal opgave såvel at yde træning efter serviceloven som at yde genoptræning efter sundhedsloven.

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.

Genoptræning efter 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.

Efter alle tre bestemmelser skal den kommunale myndighed tilbyde genoptræning og vedligeholdelsestræning efter en individuel konkret vurdering af behovet. Kriteriet for tildeling af hjælp efter servicelovens bestemmelser er funktionsbestemt.

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.

Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet udgav i fællesskab den 11. december 2006 vejledning nr. 10131 om træning i kommuner og regioner.

Forholdet mellem de regionale og kommunale opgaver

Af Sundhedsstyrelsens nugældende 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.

3.3.2. Baggrund m.v.

I april 2007 indgik regeringen og Dansk Folkeparti en aftale om at foretage nogle omlægninger af den fysioterapeutiske indsats for personer med handicap. Disse omlægninger havde været drøftet med De Samvirkende Invalideorganisationer, som tilslutter sig indholdet.

Aftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti skal ses i lyset af, at Sundhedsstyrelsen i oktober 2005 reviderede retningslinierne fra 2000 for fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi. Vederlagsfri fysioterapi forudsætter bl.a., at patienten har et svært fysisk handicap.

Med retningslinierne blev den praksis, som gennem mange år har været anvendt ved fortolkning af kriteriet om et svært fysisk handicap, synliggjort med følgende formulering: ”En patient, som kan klare sig selv indendørs i døgnets 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, har ikke et svært fysisk handicap”.

Med hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse menes, at personen er nødt til at anvende hjælpemidler eller have hjælp af pårørende eller andre personer til f.eks. påklædning, personlig hygiejne eller madlavning.

Sundhedsstyrelsen besluttede 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 for store grupper af patienter, hvor et forudsigt tab af funktionsevner gør tidlig fysioterapi vigtig for at forhindre eller forhale funktionsevnen. Sundhedsstyrelsen kunne derfor ikke ud fra en faglig synsvinkel argumentere for, at dispensation fra kriteriet om et svært fysisk handicap begrænses til en enkelt eller to diagnosegrupper.

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

Den gældende lovgivning indeholder 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 i overensstemmelse med den ovenfor omtalte politiske aftale at flytte myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi og træning til personer med handicap til kommunerne fra den 1. januar 2008.

Det overordnede hensyn med omlægningen er at skabe en sammenhængende og effektiv opgaveløsning, som er klar og gennemskuelig for borgeren og baseret på en sundhedsfaglig vurdering.

I lyset af, at nogle patienter er gledet ud af ordningen, vil der i tilknytning til overførslen af området til kommunerne fra den 1. januar 2008 blive indført en ny tilskudsgruppe med adgang til vederlagsfri fysioterapi - som udgangspunkt i form af holdtræning.

Således udvides tilbudet om holdtræning fra den 1. januar 2008 til at omfatte personer med sygdomme, som indebærer et forudsigeligt tab af funktionsevner, og for hvilke det kan være vigtigt at indlede fysioterapi tidligt for at forhale forringelse af funktionsevnen. Det vil i Sundhedsstyrelsens retningslinier om vederlagsfri fysioterapi blive præciseret hvilke patienter, som herved får adgang til vederlagsfri fysioterapi.

I dag er det en betingelse for adgang til vederlagsfri fysioterapi, at der foreligger en henvisning fra en læge. Denne betingelse vil blive opretholdt også for den nye gruppe patienter, som vil blive omfattet af vederlagsfri fysioterapi. Fysioterapi er således fortsat en ydelse, som patienten henvises til på baggrund af en lægefaglig vurdering. Det er således lægen, som visiterer til vederlagsfri fysioterapi. Herefter iværksættes behandlingen/træningen ud fra en konkret vurdering af patientens behov og muligheder i forhold til holdtræning, holdtræning kombineret med individuel behandling eller individuel behandling alene. 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 holdtræning – som generelt eller midlertidigt tilbud – skal forøges. I Sundhedsstyrelsens retningslinier om adgang til vederlagsfri fysioterapi vil kriterierne for adgang hertil blive fastlagt.

3.3.3. Lovforslag

Med lovforslaget udmøntes den del af aftalen om omlægningen af den fysioterapeutiske indsats for mennesker med handicap, som vedrører en samling af myndighedsansvaret for fysioterapi og træning af personer med handicap i kommunerne. Det overordnede hensyn er at skabe en sundhedsfaglig, sammenhængende og effektiv opgaveløsning, som er klar og gennemskuelig for borgeren.

Lovforslaget ændrer ikke ved, at almindelig fysioterapeutisk behandling med tilskud i praksissektoren forbliver regionernes myndighedsansvar.

3.3.3.1. Flytning af myndighedsansvaret til kommunerne

Flytningen af myndighedsansvaret giver kommunerne ansvaret for den del af praksissektoren, som vedrører vederlagsfri 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, jf. dog punkt 3.3.3.2. om frit valg. 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 fra den 1. januar 2008 indføres en ny tilskudsgruppe med adgang til vederlagsfri fysioterapi. Det bemærkes i øvrigt, at myndighedsansvaret for almindelig fysioterapi med tilskud ikke flyttes til kommunerne, men forbliver regionernes myndighedsansvar.

Flytningen af 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 serviceloven 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; genoptræning efter sygehusophold, træning efter serviceloven og lægehenvist vederlagsfri fysioterapi.

Kommunerne får således bedre muligheder for at tilrettelægge træningsindsatsen for den vederlagsfri fysioterapi til personer med handicap og personer med funktionsevneudsættelse 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/eller 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 kapacitet, f.eks. i form af antallet af ydernumre. 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 til den øvrige praksissektor, herunder navnlig til alment praktiserende læger og kiropraktorer. Det vil i øvrigt være helt naturligt og i overensstemmelse med det generelt øgede fokus på samarbejde,

at der i de respektive overenskomstforankrede samarbejdsudvalg og landssamarbejdsudvalg på fysioterapiområdet sikres repræsentation af regioner, henholdsvis kommuner. Det er også væsentlig at understrege, at det fortsatte krav om lægehenvi- sning 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 det være naturligt, at disse aftaler på træningsområdet også kommer til at omfatte vederlagsfri fysioterapi. Herved sikres også lokalt en aftalebaseret sammenhængende indsats.

Endelig mindes om, at det vil være helt naturligt, at fysioterapeuten i samarbejde med patienten i forbindelse med påbegyndelse af et træningsforløb udarbejder en plan for forløbet på baggrund af lægens henvisning.

3.3.3.2. 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/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/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 almindelige ambulante 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.

Ny mulighed for valgfrihed

Regeringen vil i forbindelse med overflytningen af myndighedsansvaret øge valgfriheden for patienter, som henvises til vederlagsfri fysioterapi. 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 Takstnævn, eller på et kommunalt træningscenter i bopælskommunen eller i en anden kommune. Patienten vil 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 specifik faglighed og/eller med færre patienter. Patienterne vil fortsat kunne vælge imellem alle de fysioterapeuter, der har tilsluttet sig overenskomsten med Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Patienten kan også vælge en kommunal klinik, f.eks. hvis patienten foretrækker et større behandlingssted evt. med flere faciliteter, hvis der er kortere afstand til en kommunal klinik, eller den er bedre tilgængelig end private klinikker.

I den særlige situation, 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 kommunen 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) 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 Indenrigs- og sundhedsministeren 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.

3.3.3.3. 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 overflyttet 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 en ændring af lovens § 227, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn bevarer kompetencen til at for-

handle og indgå overenskomster om vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren også efter overflytning af myndighedsansvaret til kommunerne.

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 Sygehusfællesskab, at afstemningsreglerne i Regionernes Lønnings- og Takstnævn ændres, således at de af KL indstillede medlemmer i 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.

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, har regeringen derfor foreslået en hjemmel til, at kommunerne 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.

3.3.3.4. Den nye tilskudsgruppe

Sundhedsstyrelsen har fremlagt forslag til en faglig afgræsning af den gruppe patienter, som vil kunne omfattes af den nye tilskudsgruppe.

Heri afgrænses den gruppe patienter, hvis sygdomme indebærer et forudsigeligt tab af funktionsevner og som har behov for at indlede fysioterapeutisk behandling tidligt i et sygdomsforløb for at vedligeholde eller forhale forringelse af funktionsevne.

Formålet med indsatsen er overordnet at rette tilbuddet om fysioterapi mod patienternes aktuelle funktionsevnedensættelse.

De personer, som er omfattet af den nuværende ordning om vederlagsfri fysioterapi, har alle en sygdom, som er omfattet af diagnoselisten, samt et svært fysisk handicap med en forventet varighed på mindst fem år. Fysioterapien til denne tilskudsgruppe har til formål at forbedre den fysiske funktionsevne, vedligeholde funktionsevnen eller forhale en forringelse af funktionsevnen.

De personer, som foreslås at indgå i den nye tilskudsgruppe, har alle en funktionsevnedensættelse som følge af progressiv sygdom, der er omfattet af diagnoselisten. Disse personer er tidligere i sygdomsforløbet end ovennævnte gruppe. Fysioterapi til denne tilskudsgruppe har ligeledes til formål at forbedre den fysiske funktionsevne, vedligeholde funktionsevnen eller forhale en forringelse af funktionsevnen, således at personen kan undgå eller forsinke udviklingen af et svært fysisk handicap.

Tilbuddet efter den nye tilskudsgruppe skal efter forslaget gives efter lægehenvi- sning til patienter, som ikke modtager andet dækkende offentligt finansieret behandlingstilbud,

samt opfylder fire kriterier: For det første skal patienten have en diagnose, der er omfattet af diagnoselisten i Vejledning vedr. vederlagsfri fysioterapi, Sundhedsstyrelsen, 2006 og der er udsigt til, at sygdommen vil vare i mindst fem år. For det andet skal patienten have en progressiv sygdom. For det tredje skal patienten have udviklet en fysisk funktionsevnededsættelse som følge af den progressive sygdom, jf. at formålet med indsatsen er at rette fysioterapien mod patientens aktuelle funktionsevnededsættelse. For det fjerde skal diagnosen om progressiv sygdom være stillet af en speciallæge i reumatologi, neurologi eller andet relevant speciale.

Som nævnt under punkt 3.3.2. vil Sundhedsstyrelsens retningslinier nærmere beskrive hvilke patienter, der bliver omfattet af den nye tilskudsgruppe.

Som omtalt i afsnit 3.3.3.1. vil det være helt naturligt, at fysioterapeuten i samarbejde med patienten udarbejder en plan for behandlingsforløbet. Den behandling, som indgår i planen, vil rette sig mod den funktionsnedsættelse, som er en følge af den progressive sygdom.

3.4 Præcisering af hjemmel til at kræve, at enkelttilskud til et håndkøbslægemiddel betinges af, at lægemidlet ordineres på recept

3.4.1 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.

3.4.2 Baggrund mv.

Lægemiddelstyrelsen bevilliger i dag i praksis kun enkelttilskud til håndkøbslægemidler, når disse ordineres på recept. For at undgå tvivl herom bør dette præciseres i sundhedsloven. Tilsvarende krav om ordination på recept gælder i øvrigt i medfør af § 144, stk. 3, for håndkøbslægemidler med generelt klausuleret tilskud.

3.4.3 Lovforslag

Med lovforslaget præciseres det, at også håndkøbslægemidler skal være købt på recept, for at patienten kan få enkelttilskud.

3.5. Mulighed for forlænget sagsbehandlingstid i relation til ansøgning om forhøjet tilskud

3.5.1 Gældende ret

Patienter kan få tilskud til et lægemiddel, og ved beregningen af tilskuddet anvendes lægemidlets tilskudspris i henhold til sundhedslovens § 150. Lægemiddelstyrelsen ind-deler substituerbare tilskudsberettigede lægemidler i tilskudsgrupper. For substituerbare lægemidler udgør tilskudsprisen forbrugerprisen på det billigste lægemiddel i tilskuds-gruppen. 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 be-regnes på grundlag af lægemidlets forbrugerpris, selv om denne overstiger tilskudsprisen, jf. ovenfor (forhøjet tilskud). Lægemiddelstyrelsens afgørelse skal i dag træffes senest 14 dage efter, at styrelsen har modtaget en ansøgning om forhøjet tilskud fra den behandelende læge.

3.5.2 Baggrund mv.

Den forholdsvis korte sagsbehandlingsfrist på 14 dage er i visse sager uhensigtsmæssig, idet fristen ofte 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 er i tvivl, meddeles i dag i praksis forhøjet tilskud til patienten, hvorefter sagen efterfølgende forelægges for Medicintilskudsnævnet. Denne praksis kan imidlertid give anledning til uhensigtsmæssig sagsbehandling.

3.5.3. Lovforslag

Det foreslås med lovforslaget, at sagsbehandlingstiden for ansøgninger om forhøjet tilskud, som fortsat er 14 dage, i særlige tilfælde kan forlænges til op til 60 dage med henblik på at forelægge sagen for Medicintilskudsnævnet, inden der træffes afgørelse.

Forhøjet tilskud meddeles i alle tilfælde med virkning fra det tidspunkt, hvor Lægemiddelstyrelsen har modtaget en fyldestgørende ansøgning.

3.6. Medicinprofilen

3.6.1 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.

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

Det fremgår af sundhedslovens § 157, stk. 1, at Lægemiddelstyrelsen fører et elektronisk register over ordinationer og de enkelte medicinbrugeres køb m.v. af lægemidler og hertil knyttede oplysninger.

Ifølge de gældende regler, jf. lovens § 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: Behandlende 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 indenrigs- og sundhedsministeren 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.

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 medicinbrugerens har givet mundtligt eller skriftligt samtykke til anden anvendelse.

Det følger endvidere af § 157, stk. 9, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om driften m.v. af registret.

3.6.2 Adgang til elektronisk videregivelse af oplysninger

3.6.2.1 Gældende ret

Der er i dag alene hjemmel til at give den 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 overføres elektronisk til andre systemer. Dog overføres receptoplysninger fra Medicinprofilen elektronisk til apotekersystemerne, da dette var en forudsætning for etableringen af receptserveren, som er en del af Medicinprofilen, jf. § 157, stk. 5.

3.6.2.2 Baggrund mv.

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

Det er regeringens mål, at alle patienter i det danske sundhedsvæsen skal modtage korrekt og sikker lægemiddelbehandling. Forudsætningen herfor er, at det sundhedsfaglige personale i sundhedsvæsenets forskellige sektorer har adgang til den samme, fuldt opdaterede viden om borgernes aktuelle medicinering. Ved at dele medicindata kan eventuelle medicineringsfejl hurtigere korrigeres, koordination af medicineringen lettes, og dokumentation sikres, når ansvaret for patientbehandlingen overgår til andre.

I praksis kan delingen af medicindata ske ved, at Lægemiddelstyrelsen som dataansvarlig videregiver oplysninger om patientens lægemiddelbehandling fra Medicinprofilen til de journalsystemer, som det sundhedsfaglige personale anvender i deres daglige arbejde, det vil sige til elektroniske patientjournalsystemer i lægepraksis og på sygehuse samt til kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ).

3.6.2.3 Lovforslag

Det foreslås på den baggrund, at der i § 157, stk. 9, nr. 5, indsættes en bemyndigelse for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om Lægemiddelstyrelsens adgang til elektronisk videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) og elektroniske patientjournalsystemer på sygehuse og i lægepraksis.

Med den elektroniske videregivelse og den gældende pligt til at indberette oplysninger til Medicinprofilen vil der blive skabt lovmæssig mulighed for, at der kan tilvejebringes de tekniske forudsætninger for et enstrenget, landsdækkende og tværsektorielt ordinationsgrundlag, hvor det behandlende sundhedsvæsen på tværs af sektorer og regions- og kommunegrænser, altid har adgang til et aktuelt billede af patientens medicinering.

I første omgang tænkes hjemlen udnyttet til at videregive medicinoplysninger 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 - er det målet, at medicinoplysninger fra Medicinprofilen endvidere vil skulle tilgå elektroniske patientjournaler på sygehuse og i lægepraksis. Herved vil det enstrengede, fælles medicingrundlag kunne fremme kvaliteten af den medicinske behandling i alle sektorer i sundhedsvæsenet.

Det skal understreges, at de persongrupper, der har adgang til de kommunale omsorgsjournalsystemer (EOJ) og 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 adgangskrav.

Disse persongrupper har således allerede i dag efter de nærmere regler i lovens § 42 a lovlig adgang til medicinoplysninger ved opslag i medicinmodulerne i de elektroniske

patientjournaler, der foreslås videregivet oplysninger til. Intentionen med forslaget er derfor alene at sikre kvaliteten af de medicinoplysninger, der gives adgang til i disse systemer ved at tilvejebringe on-line adgang til opdaterede, fuldstændige medicinoplysninger for hver enkelt patient fra Medicinprofilen, uanset hvor i sundhedssektoren, den pågældende patient er i behandling.

Endvidere lettes det administrative arbejde for de persongrupper, som allerede har lovlig adgang til medicinoplysninger i de kommunale omsorgsjournaler (EOJ) og elektroniske patientjournaler på sygehuse og i lægepraksis, ved at give mulighed for elektronisk at overføre og lagre medicinoplysninger fra Medicinprofilen i deres elektroniske journal-systemer.

Det bemærkes, at bestemmelsen suppleres af de persondataretlige sikkerhedsregler, ligesom sanktioner for uberettiget indhentelse, videregivelse eller udnyttelse af medicinoplysningerne er fastsat i lovens § 271, stk. 1.

Endelig udtrykkes hjemlen til videregivelse af receptoplysninger fra receptserveren til apotekersystemerne i sammen hæng 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.

3.6.3 Formkrav til indberetninger

3.6.3.1 Baggrund mv.

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.

3.6.3.2 Lovforslag

Det foreslås med § 157, stk. 9, nr. 6, at der gives bemyndigelse til indenrigs- og sundhedsministeren til at opstille formkrav til indberetninger i Medicinprofilen.

Bemyndigelsen vil som nævnt blive anvendt til at fastsætte formkrav til fremsendelsen og indholdet af elektroniske recepter mv.

3.7 Bemyndigelse til at fastsætte regler om alkoholmisbrugeres mulighed for at vælge mellem alkoholbehandlingstilbud

3.7.1 Gældende ret

Der er fast praksis, jf. sundhedsloven § 141 og tidligere sygehuslovens § 16, frit valg til alkoholbehandling på et alkoholambulatorium, som er en del af det offentlige tilbud. Der er endvidere frit valg til dag- og døgninstitutioner, som er offentligt ejede eller som har driftsoverenskomst med en kommune eller region. Behandling på dag- eller døgninstitutioner, som ikke er offentligt ejede, og som ikke har driftsoverenskomst med en kommune eller en region, kan kun ske vederlagsfrit efter visitation fra bopælskommunen.

3.7.2 Baggrund mv.

Efter at kommunerne i forbindelse med kommunalreformen har fået ansvaret for alkoholbehandlingen har der vist sig et behov for at give indenrigs- og sundhedsministeren mulighed for at præcisere retstilstanden på området.

3.7.3 Lovforslag

Med lovændringen bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om tilbudet om alkoholbehandling og om alkoholmisbrugerens mulighed for at vælge mellem alkoholbehandlingstilbud.

Ministerens bemyndiges således til fx at fastsætte faglige kriterier for, hvad et relevant alkoholbehandlingstilbud bør indeholde. Endvidere kan ministeren fastsætte regler om frit valg mellem forskellige alkoholbehandlingstilbud.

3.8 Præcisering af brug af afhængighedsskabende lægemidler i den lægelige behandling for stofmisbrug.

3.8.1 Gældende ret

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

3.8.2 Baggrund mv.

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 auto-rotation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

3.8.3 Forslag

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

3.9 Præcisering af kredsen af sundhedspersoner, der er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn og Patientklagenævnets kompetence.

3.9.1 Gældende ret

Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet. Der er således der tale om en tilsynsforpligtelse, der er afgrænset til individer. Sundhedsstyrelsen kan således på eget initiativ foretage en undersøgelse af de sundhedsfaglige forhold, hvor dette er ønskeligt. Ved vurderingen af grænserne for Sundhedsstyrelsens tilsynskompetence har der i praksis været lagt vægt på, hvorvidt der udføres sundhedsfaglig virksomhed af sundhedspersoner, uanset om virksomheden faktisk udøves på et område, der traditionelt kan siges at høre under sundhedsvæsenet. Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der handler på disses ansvar.

3.9.2 Baggrund mv.

I forhold til plejehjem er der opstået tvivl om, hvorvidt Sundhedsstyrelsen formelt set har kompetence til at føre tilsyn eller ej, alene ud fra det synspunkt, at der ikke var tale om sundhedsfaglig virksomhed udført af personer inden for sundhedsvæsenet i snæver forstand. Med forslaget fjernes denne tvivl, idet det præciseres, at det afgørende er, hvorvidt der udøves sundhedsfaglig virksomhed af sundhedspersoner, og ikke hvor denne virksomhed faktisk udføres.

3.9.3 Forslag

Der foreslås ændringer af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, som alene har til formål at præcisere, at også sundhedsfaglig virksomhed, der udøves af sundhedspersoner uden for sundhedsvæsenet i snæver forstand, eksempelvis på plejehjem, er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn og Patientklagenævnets kompetence.

3.10 Autoriserede sundhedspersoners adgang til frivillig indskrænkning af virksomhedsområde

3.10.1 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 Sundhedsstyrelsens afgørelse om hel eller delvis virksomhedsindskrænkning, såfremt der er begrundet mistanke om, at en autoriseret sund-

hedsperson er til fare for patientsikkerheden på et eller flere områder. Sundhedsstyrelsens afgørelse skal omgående meddeles indenrigs- og sundhedsministeren.

3.10.2 Baggrund mv.

Med den foreslåede ændring tilsigtes der parallelitet mellem de tvangsmæssige foranstaltninger og de frivillige ordninger vedrørende autorisation og virksomhedsindskrænkning i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. De indskrænkninger i virksomhedsområdet, som Sundhedsstyrelsen ved sine afgørelser kan pålægge en autoriseret sundhedsperson, bliver det med forslaget også muligt for en autoriseret sundhedsperson at indgå frivilligt i – på linje med autorisationsfraskrivelse. En autoriseret sundhedsperson vil således få mulighed for frivilligt at indskrænke sit virksomhedsområde for en fastsat periode eller indtil videre.

3.10.3 Forslag

Der er foreslået to ændringer af lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Det foreslås, jf. § 5, at en autoriseret sundhedsperson over for Sundhedsstyrelsen får adgang til frivilligt at indskrænke sit virksomhedsområde, og til at ophæve eller få ophevet denne indskrænkning efter den samme procedure som ved fraskrivelse og generhvervelse af autorisation.

3.11 Lægers ret til ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug

3.11.1 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.

3.11.2 Baggrund mv.

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 lægegering, jf. lovbekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001, 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.

3.11.3 Forslag

Det foreslås, jf. § 41, stk. 1, 1. pkt., 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.

4. De økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner

- *Indførelse af udvidet udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien*

"Merudgiften for regioner og kommuner ved indførelse af den udvidede udrednings- og behandlingsret skønnes på det foreliggende grundlag 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 målrettet 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.

Lovforslaget vil medføre negative administrative konsekvenser i form af en vis meradministration i regionerne og på regionernes sygehuse."

- *Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene*

Sygehusejerne er i tidligere økonomiaftaler som led i det generelle rammeløft kompenseret for implementering af kontaktpersoner på sygehusene. I dag har ca. 7 ud af 10 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. De årlige merudgifter skønnes at udgøre ca. 20 mio. kr.

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

Det vurderes, at det er økonomisk neutralt for staten at flytte den vederlagsfri fysioterapi m.v. fra regionalt til kommunalt niveau. På baggrund af oplysninger fra Danske Regioner skønnes de samlede administrative udgifter på hele fysioterapiområdet at udgøre ca. 14,5 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 ridedfysioterapi 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 511,1 mio. kr.

Der er merudgifter for kommunerne forbundet med at afholde udgifterne til den nye tilskudsgruppe. Beløbet skønnes at udgøre ca. 130 mio. kr. årligt.

- *Øvrige forslag*

De øvrige forslag medfører ingen økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner.

5. Administrative konsekvenser for stat, kommuner og regioner

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

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

- *Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene*

Forslaget vil medføre administrative konsekvenser for regionerne i forbindelse med udpegning af kontaktpersoner, rapportering i patientjournal og oplysninger om, hvad kontaktpersonordningen indebærer.

- *Samling af myndighedsansvaret for fysioterapi i kommunerne*

Det vurderes, at det er administrativt neutralt at flytte eksisterende opgaver på fysioterapiområdet fra regionalt til kommunalt niveau.

- *Øvrige forslag*

De øvrige forslag medfører ingen administrative konsekvenser for stat, kommuner og regioner.

6. De økonomiske og 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, både mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private hospitaler og klinikker. Omfanget heraf kan ikke forudsiges, men vil være afhængigt af i hvilket omfang regionerne vil kunne nedbringe de nuværende ventetider og dermed efterkomme patienternes efterspørgsel efter korte ventetider.

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for virksomheder, bortset fra private sygehuse m.m., som vælger af 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 bestemmelsen.

- De øvrige forslag

De øvrige forslag medfører hverken økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet mv.

7. De administrative konsekvenser for borgere

Lovforslaget medfører ingen administrative konsekvenser for borgerne.

8. De miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget medfører ingen miljømæssige konsekvenser.

9. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

10. Skematisk oversigt over lovforslagets konsekvenser

	Positive konsekvenser/mindre udgifter	Negative konsekvenser/merudgifter
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner		Den udvidede udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien vil medføre merudgifter på 18 mio. kr. i 2008, 68 mio. kr. i 2009, 103 mio. kr. i 2010, 136 mio. kr. i 2011

		<p>og 171 mio. kr. i 2012 og fremefter.</p> <p>Kontaktpersoner - forslaget vil medføre merudgifter for regionerne på ca. 20. mio. kr.</p> <p>Flytning af den vederlagsfri fysioterapi til kommunerne vil medføre merudgifter for kommunerne på 511,1 mio.kr. hvortil kommer en andel af regionernes administrative omkostninger til fysioterapi på i alt 14,5 mio.kr.</p>
Administrative konsekvenser for stat, kommuner og regioner		Kontaktpersoner - forslaget vil medføre administrative konsekvenser for regionerne i forbindelse med udpegning af kontaktpersoner og oplysninger om, hvad kontaktpersonordningen indebærer.
Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet	Medicinprofilen: Der vil kunne blive tale om besparelser som følge af en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren.	Medicinprofilen: Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til udgifter til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer.
Administrative konsekvenser for borgerne		Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.	

11. 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
KL

Faglige organisationer m.fl.

Danmarks Apotekerforening
Dansk Farmaceutforening
Danske Fysioterapeuter
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
Tandlægenes Nye Landsforening

Patientforeninger m.fl.

Center for Små Handicapgrupper
Danske Patienter
Dansk Handicapforbund
Dansk Optikerforening
De Samvirkende Invalideorganisationer
Det Centrale Handicapråd
Forbrugerrådet
Foreningen Pårørende til Sindslidende
Hjernesagen
Hjerteforeningen
Hospice Forum Danmark

Kræftens Bekæmpelse
Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP)
Landsforeningen Bedre Psykiatri
Landsforeningen for Bedre Hørelse
Landsforeningen SIND
Patientforeningen i Danmark
Patientforum
Scleroseforeningen
ÆldreForum
Ældremobiliseringen
Ældresagen

Andre private foreninger og institutioner m.fl.

Center for Hjerneskade
Dansk Handel og Service
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
Lægemiddelindustriforeningen
Megros
OASIS
Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium
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.

Datatilsynet
Den Centrale Videnskabetiske Komité
Det Ethiske Råd

Institut for Menneskerettigheder
Konkurrencestyrelsen.
Lægemiddelskadeankenævnet
Patientforsikringen
Patientskadeankenævnet
Rigsrevisionen
Sundhedsvæsenets Patientklagenævn
Grønlands Hjemmestyre, Direktoratet for Sundhed
Færøernes Landsstyre

(Socialministeriet, Justitsministeriet, Statsministeriet, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Patientklagenævnet)

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1.

(Udvidet frit valg § 87, stk. 1)

Det præciseres, at der med lovforslaget gælder andre regler om udvidede rettigheder til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge efter forslaget til §§ 87 a og 87 b”.

Til nr. 2 og 3. (Udvidede rettigheder til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge §§ 87-87b + 90)

Efter de gældende regler i § 86, kan en person, der henvises til sygehusbehandling, uanset om personen lider af en fysisk -, eller en psykisk lidelse, med visse undtagelser, vælge mellem bopælsregionens egne sygehuse (regionssygehuse) eller et af de sygehuse, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdsygehuse). Samarbejdsygehusene omfatter andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse, som er nævnt i § 79, stk. 2, samt de private institutioner, som indenrigs- og sundhedsministeren med hjemmel i § 75, stk. 5, har bestemt, at fritvalgsreglerne skal finde anvendelse for. Sidstnævnte bemyndigelse er udmøntet i § 11, stk. 3, i bekendtgørelse nr. 888 af 3. juli 2007 om ret til sygehusbehandling og befording m.v.

Patienter med fysiske lidelser, som er henvist til behandling på et sygehus, har siden den 1. juli 2002 efter reglerne om det såkaldte udvidede fri sygehusvalg i kapitel 20, ved ventetider af en vis længde, haft ret til at vælge at blive behandlet på et privat sygehus eller klinik eller et udenlandsk sygehus eller klinik, som amterne/regionerne har indgået aftale med (aftalesygehuse).

Med det foreslåede kapitel 20 a, indføres gradvist 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. januar 2008 indføres efter forslaget således en udvidet ret til undersøgelse og fra den 1. januar 2009 udvides ordningen til også at omfatte en udvidet ret til behandling. Vedrørende den gradvise indførelse af de udvidede rettigheder se bemærkningerne til § 2 (ikrafttrædelsesbestemmelserne).

Ved undersøgelse i dette kapitel forstås den udredning, 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 lov om forældremyndighed og samvær. For børn under 15 ligger kompetencen således hos forældremyndighedens indehaver, jf. lov om forældremyndighed og samvær. 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 udrednings- og behandlingsrettigheder, jf. § 17, stk. 1, i sundhedsloven.

Eventuelle klager i forbindelse med de udvidede rettigheder til udredning og behandling indenfor børne- og ungdomspsykiatrien, jf. kap. 20 a, rettes på lige fod med klager over det udvidede fri sygehusvalg indenfor det somatiske område, jf. kap. 20, til sygehusmyndigheden.

Udvidet undersøgelsesret

Med den foreslåede bestemmelse i § 87 b, stk. 1, får børn og unge, som er henvist til psykiatrisk udredning eller behandling, ret til at vælge at lade sig udrede på et sygehus eller en klinik, som regionsrådet har indgået aftale med (aftalesygehus), hvis bopælsregionen ikke inden 2 måneder kan tilbyde udredning.

Den foreslåede ordning medfører ingen ændringer for patienter, som er henvist til *akut* behandling, f.eks. på grund af psykotiske symptomer, på grund af alvorlige, evt. livstruende, spiseforstyrrelser m.v. Ordningen ændrer således ikke ved sygehusvæsenets overordnede forpligtelse til at prioritere behandling af akut og livstruende sygdom. Og det er stadig en faglig vurdering, som skal sikre, at de patienter, der har det største og mest akutte behandlingsbehov, prioriteres først.

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

Henvisningen er alene 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 udredningen fastlægges herefter på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering af den problemstilling, som patienten er henvist til udredning for. Patienternes individuelle ret til udredning indebærer således ikke en ret til at vælge det nærmere indhold af udredningen, herunder med hensyn til rammerne, antallet af konsultationer m.v.

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

Udredningen har til formål at afklare hvilken endelig behandling, der skal ske eller anbefales iværksat, 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 m.v. Det beror på en klinisk vurdering, hvornår udredningen er afsluttet. Se herom nærmere nedenfor under punktet ”Udvidet behandlingsret”.

Den i bestemmelsen nævnte 2-måneders frist regnes fra den dag, hvor henvisningen er modtaget på regionssygehuset eller samarbejdssygehuset. F.eks. fratrækkes perioden,

hvor f.eks. en eventuel intern visitation i regionen foregår, ikke i opgørelsen af ventetiden.

Det fremgår af § 87 a, at den nye rettighed skal gælde for børn og unge, som på henvisningstidspunktet ikke er fyldt 19 år. En 18-årig ung person, som f.eks. af sin praktiserende læge bliver henvist til undersøgelse og behandling, vil således 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 er 18 år, men hvor lægen først efter, at personen er fyldt 19 år, finder grundlag for at henvise personen til videre undersøgelse og behandling, er f.eks. 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.

Vælger en person i medfør af stk. 1, at lade sig undersøge på et sygehus, en klinik m.v., som regionsrådene har indgået aftale med, har regionen pligt til at henvise personen til det pågældende sygehus, den pågældende klinik m.v. Pligten til at henvise patienten til aftalesygehuset påhviler ledelsen for den sygehusafdeling, som har modtaget henvisningen fra f.eks. patientens praktiserende læge. Ledelsen for afdelingen skal ved modtagelsen af henvisningen straks foranledige, at der iværksættes en undersøgelse af spørgsmålet om, hvorvidt bopælsregionen inden 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse.

Patienten skal hurtigst muligt derefter, og jf. § 90, stk. 1, nr. 3, 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 bruge det frie valg, og at de allerede på dette tidlige tidspunkt skal have mulighed for at vælge undersøgelse på et sygehus, en klinik m.v., som regionsrådene har indgået en aftale med, og disponere herefter.

Patientens ret til at vælge et aftalesygehus erhverves på det tidspunkt, hvor patienten modtager oplysningerne, jf. § 90, stk. 1, nr. 3. En én gang erhvervet ret til undersøgelse på et aftalesygehus på grund af ventetid, der overstiger 2 måneder, kan ikke fortabes ved, at bopælsregionen efterfølgende meddeler, at regionen indenfor fristen kan tilbyde undersøgelse på et regions- eller et samarbejdssygehus. Hvis patienten har fået oplyst, at udredning kan finde sted på et af regionens sygehuse eller et samarbejdssygehus inden udløbet af 2 måneders-fristen, 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 udredningen inden 2 måneder, erhverver patienten derimod ikke ret til at vælge udredning på et aftalesygehus.

Det følger af § 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 indenfor hvilken bopælsregionen kan tilbyde at undersøgelse kan påbegyndes på et af regionens sygehuse eller et samarbejdssygehus.

Udvidet behandlingsret

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.

Som det er tilfældet for den udvidede undersøgelsesret, er der tale om en individuel ret for patienterne. Målgruppen for den udvidede behandlingsret er de patienter, for hvem det på baggrund af en klinisk vurdering må antages, at tilstanden vil forværres, hvis behandling i børne- og ungdomspsykiatrien efter endt udredning ikke påbegyndes inden 2 måneder. Denne vurdering foretages af den eller de læger, som har forestået udredningen af patienten. Det er samtidig op til en faglig vurdering at sikre, at de patienter, der har et akut behandlingsbehov, behandles akut indenfor den tidshorisont, som patientens tilstand tilsiger, og at de patienter, der har det største behandlingsbehov prioriteres først.

2-måneders fristen begynder at løbe, når udredningen er afsluttet. Det beror på en konkret klinisk vurdering, hvornår udredningen er afsluttet, og dermed hvornår ventetid til eventuel efterfølgende behandling påbegyndes. Det er således tidspunktet for afslutning af udredningen, 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, evt. som et led i, udredningen er iværksat en behandling.

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

Når udredningen på et aftalesygehus er afsluttet, skal aftalesygehuset samme dag, som udredningen er afsluttet, meddele dette til regionen. Aftalesygehuset skal endvidere meddele regionen, hvorvidt aftalesygehuset, jf. § 87 b, stk. 3, kan tilbyde påkrævet behandling i umiddelbar forlængelse af udredningen. Senest 8 hverdage efter, at udredningen er afsluttet, skal regionen meddele patienten, om evt. efterfølgende behandling kan påbegyndes senest 2 måneder efter, at udredningen er afsluttet, jf. ovenfor, og oplyse, hvorvidt påkrævet behandling vil kunne finde sted på aftalesygehuset.

En person, der i henhold til § 87 b, stk. 1, er blevet udredt på et aftalesygehus, kan, selvom bopælsregionen tilbyder behandling inden 2 måneder, vælge at lade sig behandle på det aftalesygehus, hvor personen er blevet udredt, hvis aftalesygehuset kan tilbyde efterfølgende behandling i umiddelbar forlængelse af udredningen. Bestemmelsen finder alene anvendelse, hvis efterfølgende behandling kan iværksættes på aftalesygehuset indenfor få dage efter, at udredningen er afsluttet.

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

Aftalesygehuse

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.

De sygehuse, klinikker m.v., regionerne efter forslaget kan indgå aftaler med, kan, så længe sygehuset, klinikken m.v. er i besiddelse af de nødvendige faglige kompetencer, etableres indenfor 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 m.v., som ligger udenfor Danmarks grænser, hvis det ud fra en afstandsmæssig og en sprogmæssig betragtning er relevant og hensigtsmæssigt i det konkrete tilfælde. Der kan f.eks. være tale om sygehuse og klinikker m.v., som er beliggende i nordtyskland, på den anden side af Øresund m.v.

Der bliver pligt for regionerne i forening til at indgå aftaler med de sygehuse, klinikker m.v., som ønsker det. En aftale forudsætter enighed om vilkårene. Kan parterne ikke blive enige herom, fastsættes vilkårene på de udestående punkter af indenrigs- og sundhedsministeren. Regionerne vil have pligt til at indgå aftale på de således fastsatte vilkår. Derimod kan der ikke pålægges de sygehuse, klinikker, 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.

Indenrigs- og sundhedsministeren agter med hjemmel i bemyndigelsesbestemmelsen i § 87 d at udstede regler, der fastsætter en række minimumskrav til aftalesygehuse, herunder sygehuse, klinikker i udlandet m.v. i udlandet, bl.a. om patientforsikring, indberetningspligt til landspatientregister og relevante kvalitetsdatabaser o.l.

Sundhedsstyrelsen udarbejder DRG takster for psykiatrien. Regionerne og aftalesygehuse vil ved forhandlingerne om betalingsspørgsmålet kunne tage udgangspunkt i disse takster.

Hvis en region har indgået aftale med et aftalesygehus, giver det, under forudsætning af, at betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt, adgang for patienter fra hele landet til at vælge undersøgelse og behandling på det pågældende aftalesygehus. Patienter, der er omfattet af reglerne, kan således vælge behandling på et aftalesygehus, selvom patientens bopælsregion evt. ikke har indgået aftale med det pågældende aftalesygehus.

En patient, som er berettiget til befordring eller befordringsgodtgørelse, og som har valgt at blive behandlet på et aftalesygehus, har ikke krav på dækning af sine befordringsudgifter mellem sin bopæl og dette sygehus. Patienten har dog krav på at få godtgjort en del af sin udgift svarende til, hvad patienten ville have været berettiget til, hvis behandlingen havde fundet sted på et af bopælsregionens egne sygehuse. De nærmere regler herom fremgår af bekendtgørelse nr. 37 af 12. januar 2007 om befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.

Bemyndigelsesbestemmelse

Forslaget til § 87 d indeholder en bemyndigelsesbestemmelse. Indenrigs- og sundhedsministeren agter at udnytte denne bemyndigelsesbestemmelse til at fastsætte nærmere

regler om de udvidede udrednings- og behandlingsrettigheder efter kapitel 20 a, herunder om omfanget af pligten til at oplyse patienten om rettighederne i henhold til kapitlet samt om procedurerne herfor. Der vil endvidere bl.a. blive fastsat regler vedrørende videregivelse af nødvendige oplysninger fra den klinik, det sygehus m.v., der har forestået udredningen, til den klinik, det sygehus m.v., der skal forestå den evt. efterfølgende behandling og regler vedrørende procedurerne for henvisning af patienter, som er omfattet af ordningen m.v.

Det vil endvidere blive udstedt regler, der opstiller en række krav til aftalesygehusene, jf. ovenfor.

Udvidelse af informationsforpligtelsen

En nødvendig forudsætning for, at patienterne kan gøre brug af de udvidede udrednings- 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 udrednings- og behandlingsret.

Forslaget indebærer, at regionsrådet senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, skal oplyse patienten 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. 4.

(Kontaktpersoner § 90 a)

Med forslaget får regionsrådet en pligt til at tilbyde mindst én sundhedsfaglig kontaktperson til en patient, hvis den samlede behandling af patienten på regionens sygehuse strækker sig over mere end én dag. Behandlingsbegrebet skal forstås i overensstemmelse med sundhedslovens § 5. 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 afvise tilbuddet. Regionsrådets pligt til at udpege en kontaktperson bortfalder således, hvis patienten afviser tilbuddet om en kontaktperson.

Regionsrådet kan tilrettelægge kontaktpersonordningen efter lokale forhold. Kontaktpersonordningen kan f.eks. udformes som et fast team af kontaktpersoner på det enkelte sygehus. Den enkelte kontaktperson skal dog være 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 patientforløbet.

Den enkelte kontaktpersons nærmere opgaver og funktioner vil afhænge af det enkelte patientforløb, herunder behandlingens kompleksitet, indlæggelsens varighed og omfanget af ambulante besøg. Kontaktpersonordningen kan medvirke til at:

- at patienten får en personificeret indgangsvinkel til sygehusvæsenet,
- at patienten oplever et koordineret behandlingsforløb,
- patienten ikke føler sig overladt til sig selv,
- at patienten føler sig bedre informeret om sin sygdom og behandling,
- patienten ikke kun møder nyt sundhedspersonale ved hver kontakt,
- misforståelser i patientforløbet forebygges,
- 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 mm.

Patienten skal mundtligt og skriftligt inden for 24 timer efter behandlingens påbegyndelse informeres om navnet på den eller de udpegede kontaktpersoner og om kontaktpersonens funktion, jf. bestemmelsens stk. 2. Behandlingen anses for påbegyndt ved patientens første møde på sygehuset.

Det følger af bestemmelsens stk. 3, at kontaktpersonen skal være en læge, en sygeplejerske eller en anden autoriseret sundhedsperson. 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. Hermed sikres det, at kontaktpersonen har et tilstrækkeligt kendskab til behandlingsforløbet og de faglige forudsætninger for at kunne koordinere forløbet og give patienten relevant information herom.

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. 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 aktuel behandling af patienten. Visse sundhedspersoner, herunder sygeplejersker, har en mere snæver adgang til at indhente oplysninger end visse andre sundhedspersoner, herunder læger. Patienten 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 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 udpegning af kontaktperson eller over, at kontaktpersonen ikke er blevet udpeget inden for 24-timers fristen. Klager over sådanne forhold må rettes til regionsrådet.

Med bestemmelsens stk. 4 gives indenrigs- og sundhedsministeren hjemmel til at fastsætte nærmere regler om kontaktpersoners funktioner. Indenrigs- og sundhedsministeren vil med hjemmel i bestemmelsen bl.a. kunne fastsætte regler om, at kontaktpersonen har pligt til at give patienten nærmere bestemte oplysninger.

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 bestemmelse for private institutioner, som indenrigs- og sundhedsministeren har bestemt, at frit valg-reglerne 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. 5.

(Vederlagsfri fysioterapi m.v. §§ 140 a og 140 b)

Med forslaget til nye §§ 140 a og 140 b flyttes myndighedsansvaret for den *vederlagsfri* fysioterapi m.v. fra regionalt til kommunalt regi.

Ydelser hvortil der kun ydes delvist tilskud forbliver derimod en regional myndighedsopgave, jf. henholdsvis §§ 67 og 71 i sundhedsloven. Det drejer sig aktuelt om tilskud til almindelig fysioterapi, jf. bekendtgørelsens § 1 og evt. forebyggende og opfølgende fysioterapeutisk holdundervisning, jf. bekendtgørelsens § 7. Den del af ridefysioterapien, hvortil der kun ydes delvist tilskud og de former for behandling, som indenrigs- og sundhedsministeren 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 sundhedslo-

ven. I de gældende regler for fysioterapi, der med hjemmel i sundhedslovens § 67 er fastsat i bekendtgørelse nr. 1079 af 2. november 2006 om tilskud til behandling hos fysioterapeut i praksissektoren, skelnes imellem *tilskud til almindelig fysioterapi* (§§ 1 og 7 i bekendtgørelsen), *ridefysioterapi* (§ 2) og *vederlagsfri fysioterapi* (§ 8). Der er for hver af de 3 nævnte former for fysioterapi indgået særskilte overenskomster mellem Danske Fysioterapeuter og Sygesikringens Forhandlingsudvalg, hvoraf de nærmere vilkår for tilskud m.v. fremgår (Sygesikringens Forhandlingsudvalg blev pr. 1. januar 2007 afløst af Regionernes Lønnings- og Takstnævn).

Efter den gældende overenskomst om ridefysioterapi kan denne form for fysioterapi ydes med 100 pct. (dvs. vederlagsfrit) eller med delvist tilskud.

Med hjemmel i sundhedslovens § 71, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at der ydes tilskud til anden behandling end nævnt i §§ 65-69, det vil bl.a. sige til anden behandling end tilskud til behandling hos fysioterapeut, jf. § 67, er fastsat regler om tilskud til optræning af handicappede og behandling af muskellidelser på Øfeldt Centret Aps. (bekendtgørelse nr. 1080 af 2. november 2006). Træning på Øfeldt Centret kan i henhold til bekendtgørelsen foregå med 100 pct. (dvs. vederlagsfrit) eller med delvist tilskud.

Efter de gældende regler er det en regional myndighedsopgave at yde tilskud, helt (vederlagsfrit) eller delvist, til de ovenfor nævnte former for fysioterapi m.v.

§ 140 a, stk. 1.

Det følger af § 140 a, stk. 1, at kommunalbestyrelsen yder 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 fysioterapi i den gældende bekendtgørelse om tilskud til behandling hos fysioterapeut i praksissektoren (bekendtgørelse nr. 1079 af 2. november 2006), at Sundhedsstyrelsen fastsætter retningslinier for fysisk handicappede persons adgang til vederlagsfri fysioterapi. Disse regler vil blive videreført, men konsekvensændret som følge af, at myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi overflyttes fra regionerne til kommunerne.

§ 140 a, stk. 1, udgør endvidere hjemmelsgrundlaget for at overflytte myndighedsansvaret for den vederlagsfri del af ridefysioterapien fra regionerne til kommunerne. Myndighedsansvaret for den del af ridefysioterapien, hvortil der kun ydes delvist tilskud, forbliver hos regionerne, jf. § 67 i sundhedsloven.

§ 140 a, stk. 2.

Efter de gældende regler kan alle fysioterapiydelser efter lægehenvi-
ning, 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 mv. Om patienternes muligheder for at vælge mellem praksissektorens tilbud og de tilbud, som kommunalbestyrelsen evt. vælger at etablere med hjemmel i denne bestemmelse, se bemærkningerne til § 140 a, stk. 3.

§ 140 a, stk. 3.

I forslaget til § 140 a, stk. 3, bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren 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 skal finde sted hos en af landets praktiserende fysioterapeuter, som har tilsluttet sig overenskomsten med Regionernes Lønnings- og Takstnævn, 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 bopælskommunen har indgået aftale med. Se i øvrigt de almindelige bemærkninger pkt. 3.3.3.2.

§ 140 b.

I forslaget til ny § 140 b, bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen yder tilskud til anden behandling end nævnt i § 140 a, samt regler for dette tilskud.

I dag fremgår det af § 71 i sundhedsloven, at indenrigs- og sundhedsministeren 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 fastsætte 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 100 pct. tilskud til, vil efter lovændringen, fortsat skulle ydes af regionerne med hjemmel i §§ 71 og 72.

Som det fremgår af de almindelige bemærkninger punkt. 3.1.2., vil Sundhedsstyrelsens retningslinier om vederlagsfri fysioterapi også omfatte behandling på Øfeldt Centret Aps.

Til nr. 6.

(Alkoholbehandling § 141)

§ 141, stk. 7, bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om tilbudet om alkoholbehandling og om alkoholmisbrugerens mulighed for at vælge mellem alkoholbehandlingstilbud, ligesom det er tilfældet på genoptræningsområdet.

Til nr. 7.

(Afhængighedsskabende lægemidler § 142)

Efter § 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 auto-isation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Til nr. 8.

(Enkeltilskud til håndkøbslægemidler § 145)

Lægemiddelstyrelsen bevilliger i dag enkeltilskud til receptpligtige lægemidler samt til håndkøbslægemidler, der ordineres på recept. Den gældende praksis om at kræve receptordination for at give enkeltilskud 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).

Lovforslaget indebærer en lovfæstelse af den gældende praksis, hvorefter også håndkøbslægemidler skal være købt på recept, for at patienten kan få enkeltilskud. Tilsvarende krav om ordination på recept gælder i øvrigt i medfør af § 144, stk. 3, for håndkøbslægemidler med generelt klausuleret tilskud.

Til nr. 9.

(Konsekvensrettelse §§ 148, 150 og 151)

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

Samtlige henvisninger til lægemiddelovens § 22 i sundhedslovens kapitel 42 ændres derfor som en konsekvens heraf til lægemiddelovens § 81.

Til nr. 10.

(Forlænget sagsbehandlingstid for forhøjet tilskud til medicin § 151)

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.

Lovforslaget 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.

Til nr. 11.

(Medicinprofilen § 157, stk. 9, nr. 4)

Der er tale om en konsekvensrettelse som følge af forslaget om at give Lægemiddelstyrelsen adgang til at videregive oplysninger fra Medicinprofilen, jf. nedenfor i bemærkninger 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 nr. 12.

(Videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen § 157, stk. 9, nr. 5)

Lovforslagets bemyndigelse til indenrigs- og sundhedsministeren om at fastsætte nærmere regler om videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen har dels et konkret sigte og dels et mere bredt sigte.

Det konkrete sigte vedrører hjemmesygeplejens adgang til Medicinprofilen til brug for patientbehandlingen.

I forbindelse med drøftelser i en arbejdsgruppe nedsat under Indenrigs- og Sundhedsministeriet 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, 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, 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 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 de kommunale elektroniske omsorgsjournaler (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.

Det bredere sigte med forslaget om videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen er at åbne mulighed for at etablere et fælles medicingrundlag på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, når de tekniske forudsætninger herfor er til stede. Et fælles medicingrundlag indebærer, at sundhedspersoner i praksis og på sygehuse har direkte adgang til et opdateret medicinskema for patienten via deres eget medicinmodul eller system, ligesom der løbende kan inddateres ændringer, således at medicinskemaet til hver en tid udgør et ajourført billede af patientens aktuelle medicinering i overgangssituationer. En hensigtsmæssig etablering heraf i praksis forudsætter – i tillæg til den gældende pligt til at elektronisk indberetning af oplysninger til Medicinprofilen – mulighed for videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) og de elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis.

Videregivelse af medicinoplysninger fra Medicinprofilen til såvel de lokale medicinskemaer i kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) som de elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis vil have flere fordele:

For det første sætter adgangen til fælles medicindata patienten i centrum og bidrager til kvalitet og sikkerhed i behandlingen gennem en styrkelse af sammenhængen i behandlingsforløbet, idet alle aktuelle aktører har adgang til opdateret information om patientens behandling.

For det andet bidrager adgangen til en mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer og til mere smidige arbejdsgange uden dobbeltregistreringer og unødige gentagelser.

For det tredje spiller Medicinprofilen en vigtig rolle for forbedringer af den dokumentation og statistik, som er helt central for kvalitetsudviklingen, monitoreringen og udviklingen i det danske sundhedsvæsen, herunder også for bedre efterlevelse af den ordnede behandling med lægemidler (såkaldt øget compliance).

De elektroniske systemer, hvortil der med lovforslaget foreslås videregivet oplysninger fra Medicinprofilen, er afgrænset til elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis. Som sygehuse defineres regionens sygehuse, jf. lovens § 74, stk. 2, samt privatejede sygehuse og institutioner. Som lægepraksis defineres privat praktiserende læger.

De nærmere krav til videregivelsen af oplysningerne fra Medicinprofilen til de elektroniske patientjournaler, 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 patientjournal-systemer, men derimod vil få adgang til at kunne videregive oplysningerne. Herved indlægges en mulighed for Lægemiddelstyrelsen til at betinge videregivelsen af og vurdere, om de modtagende elektroniske systemer lever op til gældende persondataretlige sikkerhedskrav m.v. Lægemiddelstyrelsen vil som dataansvarlig 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.

Når Lægemiddelstyrelsen har fundet grundlag for at åbne for videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til et elektronisk patientjournal-system, forudsættes videregivelsen endvidere i praksis kun at kunne ske, når en sundhedsperson på lovlig vis logger sig ind via brugerstyring i den elektroniske patientjournal og åbner journalens medicinmodul. Det er således de i medfør af § 42 a opstillede krav for indhentelse af elektroniske helbredsoplysninger, der skal være opfyldt for at få adgang til den elektroniske patientjournal, og som dermed samtidig berettiger videregivelsen af oplysninger fra Medicinprofilen. Sundhedspersoners adgang til indhentelse 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. Der henvises til de almindelige bemærkninger til L 50 B 2006-2007, afsnit 4.2.1.2.

Endelig bemærkes, at lagring af oplysninger fra Medicinprofilen i kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) og de elektroniske patientjournal-systemer på sygehuse og i lægepraksis forudsættes at ske i overensstemmelse med de almindelige regler herom, herunder om opbevaring, rettelser og sletning, i persondataloven og kapitel 6 om patientjournaler i lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

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 således adgang til de oplysninger, der er registreret om ordinationer, når adgangen er nødvendig for ekspedition af ordinationen. Denne adgang er blevet fortolket således, at receptoplysninger kan overføres fra Medicinprofilen elektronisk til apotekersystemerne, da dette var en forudsætning for etableringen af receptserveren, som er en del af Medicinprofilen. 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 Lægemiddelstyrelsens adgang som dataansvarlig til videregivelse af receptoplysninger fra Medicinprofilens receptserver til de elektroniske apotekersystemer.

Til nr. 13.

(Formkrav til indberetninger § 157, stk. 9, nr. 6)

Forslaget rummer en bemyndigelse til indenrigs- og sundhedsministeren til at stille formkrav til fremsendelse og indhold af indberetninger til Medicinprofilen. Formålet

med indførelse af formkrav er at højne datakvaliteten og sikre stabilitet i receptfremførelsen.

Ved indførelsen af formkrav kan for eksempel elektroniske recepter, der ikke opfylder formkravene, herunder de indholdsmæssige krav til elektroniske recepter, der fremgår af Lægemiddelstyrelsens 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 receptfremførelsen og dermed nedbringe risikoen for nedbrud af systemet i forbindelse med receptfremførelse.

Til nr.14

(Sundhedspersoner § 215)

De foreslåede ændringer af sundhedsloven har alene til formål at præcisere, at også sundhedsfaglig virksomhed, der udøves af sundhedspersoner uden for sundhedsvæsenet i snæver forstand, eksempelvis på plejehjem, er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn. Præciseringen stemmer overens med den hidtil af Sundhedsstyrelsen fulgte praksis. Begrebet ”sundhedspersoner” er i sundhedslovens § 6 defineret som personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

Til nr.15

(Regionsrådet træffer afgørelser vedrørende ydelser § 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. 16

(Kompetencen til at indgå overenskomster § 227, stk. 1.)

Regionernes Lønnings- og Takstnævns 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.

Til nr. 17.

(Høring af Regionernes Lønnings- og Takstnævn inden fastsættelsen af regler § 227, stk. 2)

Den foreslåede udvidelse af § 227, stk. 2, vil indebære, at indenrigs- og sundhedsministeren skal indhente en udtalelse fra Regionernes Lønnings- og Takstnævn, inden fastsættelsen af nærmere regler vedrørende vederlagsfri fysioterapi m.v.

Til nr. 18.

(Tilskud i konfliktsituation § 229)

Som en konsekvensændring af at overflytte myndighedsansvaret vedrørende fysioterapi, indeholder forslaget til en ny § 229 bestemmelse om, at indenrigs- og sundhedsministeren også kan fastsætte regler om vilkårene for kommunernes tilskud m.v. i en situation, hvor der ikke foreligger en overenskomst, eller hvor en overenskomst mellem KL og en organisation af relevante sundhedspersoner m.v. ikke er godkendt af indenrigs- og sundhedsministeren.

Til nr. 19.

(Bopælskommunen afholder udgifter til vederlagsfri fysioterapiydelser m.v. § 251 a)

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

Til § 2

(lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet)

Til nr. 1 og 2

De foreslåede ændringer af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet har til formål at præcisere, at også sundhedsfaglig virksomhed, der udøves af sundhedspersoner uden for sundhedsvæsenet i snæver forstand, eksempelvis på plejehjem, er omfattet af Patientklagenævnets kompetence. Præciseringen stemmer overens med den hidtil af Patientklagenævnet fulgte praksis.

Til nr. 3

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 overflytning af vederlagsfri fysioterapi m.v. til kommunerne foreslås det i lovforslaget, at 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 kommunalbestyrelses 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.

Til § 3

(lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed)

Til nr. 1-4

Ændringen af § 5 indebærer, at en autoriseret sundhedsperson over for Sundhedsstyrelsen får adgang til at indskrænke sit virksomhedsområde, og til helt eller delvis 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. I lighed med de gældende bestemmelser om fraskrivelse og generhvervelse af en tidligere fraskrevet autorisation, skal ansøgning om hel eller delvis ophævelse af virksomhedsindskrænkningen rettes til Sundhedsstyrelsen, der således får mulighed for at påse, hvorvidt de omstændigheder, der begrundede indskrænkningen, fortsat er til stede. Sundhedsstyrelsens afslag på ansøgning om hel eller delvis ophævelse af virksomhedsindskrænkning vil efter forslaget kunne påklages til indenrigs- og sundhedsministeren og prøves ved domstolene på helt samme måde som spørgsmål om generhvervelse af autorisation.

Til nr. 5

Ændringen af bestemmelsen i § 41, stk. 1, 1. pkt., om ordinationsret udvider kredsen af læger, som kan ordinere afhængighedsskabende lægemidler ~~euforiserende stoffer~~ 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, hvorefter ordination af euporiserende 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 euporiserende stoffer (afhængighedsskabende 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.

Til § 4

(Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab. Afstemningsreglerne i Regionernes Lønnings- og Takstnævn m.v.)

Til nr. 1

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

Til nr. 2

Det i lovforslagets § 1, nr. 5 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, jfr. § 1, nr. 16 og 17.

Om baggrunden herfor henvises til de almindelige bemærkninger ovenfor under pkt. 3.3.3.3.

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 hhv. udpeget af finansministeren og beskikket efter indstilling af indenrigs- og sundhedsministeren.

Nævnets beslutninger træffes ved stemmeflertal, idet statens medlemmer af nævnet dog kan modsætte sig nævnets beslutninger vedrørende bl.a. indgåelse af overenskomster.

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 mv. 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 ydelse af tilskud til vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvi-ning. 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 mv. kan modsætte sig nævnets beslutninger vedrørende bl.a. indgåelse af overenskomster, herunder også på området for vederlagsfri fysioterapi, jfr. herom ovenfor.

Med lovforslagets § 1, nr. 5, foreslås det, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen yder tilskud til anden behandling end vederlagsfri fysioterapi, jfr. den foreslåede affattelse af sundhedslovens § 140 b samt bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 5.

Forslaget til affattelsen af § 37, stk. 6, i lov om regioner mv. indebærer endvidere, at de omhandlede afstemningsregler tillige vil gælde, såfremt nævnet træffer beslutning om indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner mv. om vilkårene for ydelser, som er omfattet af indenrigs- og sundhedsministerens udnyttelse af den foreslåede bemyndigelse.

Til § 5

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. januar 2008.

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

Der skelnes i forslaget til et nyt kapitel 20 a imellem en udvidet ret til *undersøgelse* og en udvidet ret til *behandling*. Der er i forslaget lagt op til, at den udvidede ret til undersøgelse, jf. § 87 b, stk. 1, som det øvrige lovforslag, skal træde i kraft den 1. januar 2008, hvorimod den udvidede ret til behandling, jf. 87 b, stk. 2, efter forslaget først skal træde i kraft den 1. januar 2009. Den udvidede ret til undersøgelse gælder både for personer, som den 1. januar 2008 står på en venteliste til undersøgelse og behandling og for personer, der henvises til undersøgelse og behandling efter dette tidspunkt. Personer, som den 1. januar 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 ikke var fyldt 19 år på tidspunktet for henvisning, lægges datoen for udfærdigelsen af henvisningen til grund.

Til § 6

Bestemmelsen fastlægger lovens territoriale anvendelsesområde.

Bilag 1

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

*Gældende formulering**Lovforslaget*

§ 1

I sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005, som ændret ved § 2 i lov nr. 1395 af 21. december 2005, lov nr. 491 af 7. juni 2006, § 80 i lov nr. 538 af 8. juni 2006, § 1 i lov nr. 1556 af 20. december 2006 og lov nr. 431 af 8. maj 2007 og lov nr. 511 af 6. juni 2007, foretages følgende ændringer:

§ 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 2 måneder 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.

§ 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 forundersøgel- sesforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse

1. I § 87, *stk. 1*, indsættes efter ”benytter”: ”, jf. dog §§ 87 a og 87 b”.

2. Efter § 87 indsættes:

”Kapitel 20 a

Udvidet ret til undersøgelse og be- handling for psykisk syge børn og unge

§ 87 a. Personer, som ikke er fyldt 19 år på tidspunktet for henvisning til psykiatrisk undersøgelse eller be- handling kan vælge at blive under- søgt og behandlet efter bestemmel- serne i dette kapitel.

§ 87 b. En person, som er henvist til psykiatrisk undersøgelse, kan vælge

i tidsfristen.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om afgrænsning af, vilkår for og regionsrådene 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 indenrigs- og sundhedsministeren.

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. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om krav til dokumentation m.v. fra de privatejede sygehuse, klinikker m.v., der indgår aftale efter stk. 4.

at blive undersøgt på et af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale efter § 87 c, stk. 1, 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.

Stk. 2. Viser den psykiatriske undersøgelse, at en person har behov for behandling hurtigt for at undgå forværring af personens lidelse, kan personen vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale efter § 87 c, stk. 1, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde behandling inden 2 måneder efter undersøgelsen er afsluttet.

Stk. 3. Selvom bopælsregionen tilbyder behandling inden 2 måneder, kan en person, der efter stk. 1, er blevet undersøgt på et af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale efter § 87 c, stk. 1, og som har behov for hurtig behandling, jf. stk. 2, vælge at blive behandlet på det sygehus, den klinik, hvor personen er blevet undersøgt, hvis sygehuset, klinikken m.v. 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 af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale efter § 87 c, stk. 1, bortfalder, hvis ventetiden til undersøgelse henholdsvis behandling på disse sygehuse, klinikker m.v. overstiger ventetiden hertil på bopælsregionens sygehuse og de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Stk. 5. Vælger en person i medfør af stk. 1 og 2, at få foretaget under-

søgelse eller behandling på et af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale efter § 87 c, stk. 1, har regionsrådet pligt til at henvise personen til pågældende sygehus eller klinik m.v.

§ 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 indenrigs- og sundhedsministeren.

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

§ 87 d. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder efter dette kapitel, herunder om visse krav vedrørende dokumentation m.v. til de sygehuse, klinikker m.v., der har indgået aftale efter § 87 c, stk. 1, om pligten til at oplyse patienten om rettighederne i henhold til dette kapitel m.v.

§ 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 2 måneder 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,

3. I § 90, stk. 1, ændres to steder ”§§ 86 og 87” til: ”§§ 86 - 87 b” og indsættes som nyt nummer 3:

”3) om patienten kan tilbydes undersøgelse og behandling inden 2 måneder efter reglerne i §§ 87 a og 87b,”

Nummer 3-6 bliver herefter nummer 4-7.

- 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.

4. 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 én dag.

Stk. 2. Regionsrådet skal mundtligt og skriftligt oplyse patienten om kontaktpersonens navn og funktion senest 24 timer efter behandlingens påbegyndelse.

Stk. 3. Kontaktpersoner er autoriserede sundhedspersoner, som medvirker ved behandlingen af patienten.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om kontaktpersoners funktioner.

Stk. 5. Stk. 1 - 4 og de med hjemmel heri fastsatte regler gælder tillige for de private sygehuse og institutioner m.fl., som regionsrådet har indgået overenskomst med eller på anden måde benytter, jf. § 75, stk. 2, for selvejende hospicer, som regionsrådet har indgået overenskomst med, jf. § 75, stk. 4, for private institutioner, som indenrigs- og sundhedsministeren har bestemt, at fri valg-reglerne i § 86 finder anvendelse på, jf. § 75, stk. 5, og for

private specialsygehuse m.fl., jf. § 79, stk. 2.”

5. Efter § 140 indsættes:

”Kapitel 39 a

Vederlagsfri fysioterapi m.v.

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

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

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler for behandling efter stk. 1 og 2, og for patientens mulighed for at vælge mellem fysioterapitilbud.

§ 140 b. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen yder tilskud til anden behandling end nævnt i § 140 a.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler for tilskud efter stk. 1.”

Stk. 6. Behandling på alkoholambulatorium er vederlagsfri, uanset hvor patienten bor.

6. I § 141 indsættes efter stk. 6 som nyt stykke:

”*Stk. 7.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tilbudet om alkoholbehandling og om alkoholmisbruges mulighed for at vælge mellem alkoholbehandlingstilbud.”

§ 142. Kommunalbestyrelsen tilbyder

7. I § 142, stk. 1, ændres ”euforise-

vederlagsfri lægelig behandling med euforiserende stoffer til stofmisbrugere.

rende stoffer” til: ”afhængigheds-skabende lægemidler”.

§ 145. I særlige tilfælde kan Lægemiddelstyrelsen 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.

8. I § 145 indsættes efter ”*der ordineres*”: ”*på recept*”.

§ 148. Lægemiddelstyrelsen 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 Lægemiddelstyrelsen i henhold til lægemiddelovens § 22 udmeldte forbrugerpris for lægemidlet, uanset om denne pris overstiger tilskudsprisen efter § 150 (terminaltilskud).

9. I § 148, § 150, stk. 1, og § 151 ændres ”§ 22” til ”§ 81”.

§ 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 lægemiddelovens § 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.

10. I § 151 indsættes som 3. pkt.: ”I særlige tilfælde kan Lægemiddelstyrelsens sagsbehandlingstid forlænges til op til 60 dage med henblik på at forelægge sagen for Medicintilskudsnævnet, jf. § 155, inden der træffes afgørelse.”

§ 157. Lægemiddelstyrelsen fører et elektronisk register over ordinationer og de enkelte medicinbrugeres køb m.v. af lægemidler samt hertil knyttede oplysninger (personlige elektroniske medicinprofiler).

Stk. 2. Den læge, der aktuelt har en patient i behandling, har adgang til de oplysninger, der er registreret om pati-

enten, når det er nødvendigt for behandlingen. Lægen kan tillige benytte registeret til at finde egne patienter, der behandles uhensigtsmæssigt med lægemidler.

Stk. 3. Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt plejehjemsassistenter i den kommunale hjemmesygepleje, herunder på plejehjem, har adgang til oplysninger, der er registreret om en patient, når 1) patienten har givet mundtligt eller skriftligt samtykke hertil,

2) patienten er visiteret til hjemmesygeplejen og

3) adgangen er nødvendig for den pågældendes behandling eller pleje af patienten.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, at tandlæger kan få adgang til oplysninger, der er registreret om en patient, når det er nødvendigt for behandlingen.

Stk. 5. Apotekere og apotekspersonale har adgang til de oplysninger, der er registreret om en medicinbruger, når denne har givet mundtligt eller skriftligt samtykke hertil. Apotekere og apotekspersonale har adgang til oplysninger, der er registreret om ordinationer, når adgangen er nødvendig for ekspedition af ordinationen.

Stk. 6. Indenrigs- og sundhedsministeren kan 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. Til brug herfor benytter Sundhedsstyrelsen registeret til at finde patienter, der behandles uhensigtsmæssigt med lægemidler.

Stk. 7. Lægemiddelstyrelsen har adgang til oplysninger i registeret, når det er påkrævet af driftstekniske grunde eller følger af Lægemiddelstyrelsens forpligtelser m.v. som dataansvarlig.

Stk. 8. De personer, som i medfør af stk. 2-5 har adgang til oplysninger i de personlige elektroniske medicinprofiler, må alene anvende oplysningerne med henblik på at sikre kvaliteten, sikkerheden og effekten af medicinbrugernes lægemiddelanvendelse, medmindre medicinbrugeren har givet mundtligt eller skriftligt samtykke til anden anvendelse.

Stk. 9. Indenrigs- og sundhedsministeren 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

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

§ 215. Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet. Dette gælder dog ikke virksomhed, der udføres af autoriserede psykologer. Endvidere fører Sundhedsstyrelsen tilsyn med ledere af plejehjem og lign., hvortil der ikke er knyttet en fast læge.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan iværk-

11. § 157, stk. 9, nr. 4, affattes således:

”4) lægers, den kommunale hjemmesygeplejes, tandlægers, apotekeres, apotekspersonales og Sundhedsstyrelsens adgang til elektronisk opslag og inddatering i registeret i medfør af stk. 2-6.”.

12. 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”.

Nr. 5 bliver herefter til nr. 6.

13. I § 157, stk. 9, nr. 5, der bliver nr. 6, indsættes efter ”urigtige oplysninger”: ”, herunder formkrav til sådanne indberetninger og korrektioner”.

14. 1. I § 215, stk. 1, 1. pkt., stk. 3, og stk. 5, ændres »personer inden for sundhedsvæsenet« til: »sundhedspersoner«

sætte skærpet tilsyn med den i stk. 1 nævnte personkreds, såfremt styrelsen har begrundet formodning om, at den pågældende sundhedspersons virksomhedsudøvelse vil udgøre en forringet sikkerhed for patienter. Sundhedsstyrelsens beslutning om skærpet tilsyn kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen kan som led i tilsynet efter stk. 1 og 2 afkræve personer inden for sundhedsvæsenet de oplysninger, der er nødvendige for at gennemføre tilsynet.

Stk. 4. Sundhedsstyrelsen eller personer, der af Sundhedsstyrelsen er bemyndiget til at udøve tilsynet, har til enhver tid mod behørig legitimation uden retskendelse adgang til sygehuse, plejehjem og lign.

Stk. 5. Sundhedsstyrelsen kan efter indenrigs- og sundhedsministerens nærmere bestemmelse pålægge personer inden for sundhedsvæsenet at foretage anmeldelser og indberetninger vedrørende deres faglige virksomhed.

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

§ 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. Indenrigs- og sundhedsministeren skal inden fastsættelse af nærme-

15. § 224 indsættes efter 1. pkt. :

”Kommunalbestyrelsen træffer afgørelser vedrørende ydelser efter §§ 140 a og 140 b.”

16. I § 227, *stk. 1*, indsættes efter ”71”: ”,140 a, stk.1, og 140 b”.

17. I § 227, *stk. 2*, indsættes efter ”72”: ”,140 a, stk.3, jf. stk. 1, og

re 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.

§ 229. Foreligger der ingen overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren 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.

140 b”.

18. I § 229 indsættes efter ”regionernes”: ”og kommunernes”.

19. Efter § 251 indsættes:

”Vederlagsfri fysioterapi m.v.

”§ 251 a. Bopælskommunen afholder udgifter til ydelser efter §§ 140 a og 140 b.”

§ 2

I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lov nr. 547 af 24. juni 2005, 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:

§ 2. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn behandler klager over den faglige virksomhed, der udøves af personer inden for sundhedsvæsenet, jf. § 4. Dette gælder dog ikke for klager, for hvilke der i øvrigt i lovgivningen er foreskrevet en særlig klageadgang.

Stk. 2. Herudover skal Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen til Patientklagenævnet indbringe sager, som styrelsen finder vil kunne give grundlag for kritik eller anden sanktion over for

1. I § 2, *stk. 1, 1. pkt.*, § 2, *stk. 2*, og § 4, *stk. 1*, ændres ”personer inden for sundhedsvæsenet” til: ”sundhedspersoner”.

personer inden for sundhedsvæsenet.

§ 4. Patientklagenævnet behandler klager over de ved særlig lovgivning autoriserede personer inden for sundhedsvæsenet, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke persongrupper inden for sundhedsvæsenet der er omfattet af dette kapitel, uanset at de ikke har autorisation efter særlig lovgivning.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren kan, når særlige hensyn taler herfor, efter forhandling med Patientklagenævnet fastsætte regler om, at nævnets virksomhed ikke skal omfatte dele af den faglige virksomhed, der udøves af persongrupper, som er autoriseret efter særlig lovgivning.

2. I § 4, stk. 2, ændres ”persongrupper inden for sundhedsvæsenet« til: »grupper af sundhedspersoner”.

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

”4) praksissektoren efter §§ 140 a og 140 b i sundhedsloven,”

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

§ 3

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

Fraskrivelse og generhvervelse af autorisation

§ 5. En autoriseret sundhedsperson kan over for Sundhedsstyrelsen fraskrive sig autorisationen for en fastsat peri-

1. I *overskriften* til § 5 indsættes efter ”*Fraskrivelse og generhvervelse af autorisation*”: ”*m.v.*”

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

”*Stk. 2.* En autoriseret sundhedsperson

ode eller indtil videre. Autorisationen generhverves, når en fastsat tidsfrist for fraskrivelsen er udløbet, og kan i øvrigt også inden for en fastsat tidsfrist generhverves efter ansøgning til Sundhedsstyrelsen, såfremt de omstændigheder, der begrundede fraskrivelsen, ikke længere findes at være til stede.

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.

kan overfor Sundhedsstyrelsen indskrænke sit virksomhedsområde for en fastsat periode eller indtil videre. Virksomhedsindskrænkningen ophører helt eller delvis, når en fastsat tidsfrist for indskrænkningen er udløbet, og kan i øvrigt også inden for en fastsat tidsfrist ophæves helt eller delvis efter ansøgning til Sundhedsstyrelsen, såfremt de omstændigheder, der begrundede indskrænkningen, ikke længere findes at være 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 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 henholdsvis indskrænket sit virksomhedsområde, eller efter, at generhvervelse henholdsvis 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*, der bliver *stk. 4*, ændres ”stk. 2” til: ”stk. 3”.

5. § 41, *stk. 1, 1. pkt.*, affattes således:

”Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug foretages af læger ansat i lægestillinger ved de i sundhedslovens § 142, *stk. 2*, nævnte kommunale, regionale eller private institutioner.”

§ 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.

§ 4

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:

3. I § 37, stk. 4, indsættes efter ”jf. dog stk. 5”: ”og stk. 6”.
4. I § 37 indsættes efter stk. 5 som nyt stykke:

”Stk. 6. De medlemmer af nævnet, der er beskikket efter indstilling af KL (Kommunernes Landsforening), har hver 3 stemmer, når nævnet træffer beslutninger vedrørende indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkår for de ydelser, som kommunalbestyrelsen yder tilskud til 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.

§ 5

Loven træder i kraft den 1. januar 2008, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Den udvidede ret til behand-

ling, jf. § 87 b, stk. 2, træder i kraft den
den 1. januar 2009.

§ 6

Loven gælder ikke for Færøerne og
Grønland.