

**Indenrigs- og Sundhedsministeriet**  
**Sundhedsafdelingen**  
2.s.kt.j.nr. 2004-1200-59  
Den 1. december 2004

## **Udkast til forslag til Sundhedsloven**

### **Specielle bemærkninger**

*Til afsnit I*  
Sundhedsvæsenet

Kapitel 1  
*Formål og opgaver mv.*

*Til §§ 1- 4*

Med sundhedsloven udmøntes en del af den kommunalreform, der som et centralt formål har at skabe grundlag for at understøtte og fremme et stærkt sundhedsvæsen. Bestemmelserne i afsnit I beskriver sundhedsvæsenets formål og regionernes overordnede ansvar for sundhedsvæsenet og for samarbejde og kvalitet.

Formålet er først og fremmest at fremme befolkningens sundhed og forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning.

Det er regionerne og kommunerne, der er ansvarlige efter loven for, at yde en forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats rettet til befolkningen samt tilbyde behandling til den enkelte patient.

Sundhedsvæsenets opgaver udføres af regionernes sygehusvæsen, praktiserende sundhedspersoner, kommunerne og øvrige offentlige og private institutioner mv.

Regioner og kommuner skal sammen med de statslige myndigheder løbende sikre udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet. Det skal ske gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde mv.

### *Til § 5*

Med bestemmelsen defineres, hvad der i loven forstås ved behandling, dvs. undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

De enkelte bestemmelser i loven, som omhandler behandling vil dog efter omstændighederne kun omhandle dele af dette behandlingsbegreb.

Ved anvendelse af begrebet sundhedsfaglig pleje præciseres det, at den pleje, der finder sted med hjemmel i lov om social service og den øvrige sociale lovgivning ikke er omfattet af reglerne i loven.

Bestemmelsen svarer med enkelte tekniske ændringer til § 3 i patientretstillingsloven.

### *Til § 6*

Bestemmelsen definerer, hvad der i loven forstås ved sundhedspersoner, dvs. personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der handler på disses ansvar. Personer, der ikke er undergivet en autorisationsordning, hvilket f.eks. er tilfældet med social- og sundhedsassistenter, kan kun optræde som en sundhedsperson i lovens forstand efter delegation fra f.eks. en læge eller sygeplejerske.

Bestemmelsen svarer til § 4 i patientretstillingsloven.

## *Til afsnit II*

### Retten til ydelser efter loven

#### Kapitel 2

#### *Personkreds*

### *Til § 7-8*

Der sker med bestemmelserne en videreførelse af de gældende regler om personkreds i § 1, stk. 1, i sygesikringsloven, § 5 i sygehusloven, § 11 i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, § 2, stk. 1, i bekendtgørelse af lov om tandpleje mv. og § 1, stk. 1, i lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme.

Personer, der har bopæl her i landet, dvs. er tilmeldt med bopæl i Folkeregistret, har efter § 7 ret til lovens ydelser.

Personer, der tilflytter fra Færøerne eller Grønland, har ret til lovens ydelser fra tilmeldingen til Folkeregistret.

Ydelser omfattet af overenskomster med andre stater eller EU-retten, her reglerne i Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet, tilkommer endvidere personer, der er dansk socialt sikret, herunder også sygesikret, uanset at de pågældende ikke har bopæl i Danmark.

Dette vil eksempelvis være personer, der er beskæftiget i Danmark, men bor i et andet EU-land, eller personer, der udsendes fra en virksomhed her i landet til i en kortere eller længere periode at arbejde i et andet land.

For tilflyttere fra udlandet gælder, at de efter § 8 først har ret til lovens ydelser 6 uger efter tilmeldingen til Folkeregistret.

Der gælder dog ikke 6 ugers karenstid for personer, der flytter til eller får arbejde i Danmark, i det omfang disse personer kan sammenlægge forsikringstid optjent i en anden stat, jf. overenskomster med andre stater og EU-retten, her reglerne i Rådets forordning (EØS) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet.

Bestemmelsen i stk. 8 er en videreførelse af reglerne i § 1, stk. 3 sygesikringsloven og § 5, stk. 7, i sygehusloven.

#### *Til § 9*

Bestemmelsen fastlægger, at personer, der ikke har bopæl her i landet, under midlertidigt ophold har ret til ydelser efter bestemmelserne i § 80, dvs. ret til akut sygehusbehandling.

I stk. 2 bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler herom, samt om at lovens ydelser helt eller delvist skal tilkomme enhver eller nærmere bestemte persongrupper, som ikke har bopæl her i landet.

Med bemyndigelsen vil indenrigs- og sundhedsministeren først og fremmest kunne fastsætte regler, som viderefører reglerne om akut behandling i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv. § 9 samt om adgang til vaccinationer i § 1, stk. 1 i lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme.

#### *Til § 10*

Bestemmelsen er med enkelte ændringer en videreførelse af § 1, stk. 2 i sygesikringsloven. Den gældende lovs bestemmelser om, at søfarende fortsat vil være omfattet af loven i 2 uger efter udløbet af den dag, da tjenesteforholdet ophører, dog længst indtil de tager anden beskæftigelse, vil blive fastsat i en bekendtgørelse. Bestemmelserne om rettigheder for hyresøgende i udlandet udgår, da de hviler på en forudsætning om, at der findes danske forhyringskontorer i udlandet, hvilket ikke længere er tilfældet. Det foreslås derudover, at der indføres en direkte lovhjemmel til, at medsejlene ægtefæller og børn omfattes

af loven. Dette har hidtil været fastsat i bekendtgørelse om offentlig sygesikring for søfarende m.fl.

#### *Til § 11*

§ 11 er en videreførelse af reglerne § 1, stk.5 i sygesikringsloven og § 5, stk. 9 i sygehusloven, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, i hvilket omfang lovens ydelser tilkommer personer, hvis ophold her i landet er reguleret i aftaler om retsstillingen for styrker eller militære hovedkvarterer, som Danmark har tiltrådt, udenlandske statsborgere, der er beskæftiget her i landet for en udenlandsk stat eller en international organisation samt familiemedlemmer til de under nr. 1 og 2 nævnte personer.

#### *Til § 12*

Bestemmelsen i § 12 er en videreførelse af § 1, stk. 6, i sygesikringsloven, idet bemyndigelsen til at fastsætte særlige regler om sygesikring af personer optaget i sociale institutioner dog ikke er videreført, da den ikke har været anvendt.

### Kapitel 3

#### *Bevis for retten til ydelser efter loven*

#### *Til § 13*

Med bestemmelsen sker der i vidt omfang en videreførelse af § 5 i sygesikringsloven, som bestemmer, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om udfærdigelse af et bevis til personer, som har ret til ydelser efter loven. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, hvorledes sikringsform 1 og 2 skal gælde for børn, der har fast ophold uden for hjemmet og personer, der ikke har bopæl i landet. Endvidere kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om opkrævning af gebyr for beviser, der udstedes på grund af, enten at den sikrede ønsker ændringer af bevisets oplysninger eller på grund af bevisets bortkomst eller ødelæggelse. Denne bestemmelse blev senest ændret ved lov nr. 857 af 20. december 1989, hvor der blev indført adgang til at opkræve gebyr ved udskiftning af beviset.

Det er hensigten med den foreslåedes § 13, at beviset skal gælde som dokumentation for retten til alle lovens ydelser, hvormed der sker en udvidelse i forhold til det nuværende sygesikringsbevis, der alene dokumenterer retten til ydelserne efter sygesikringsloven. Da enkelte persongrupper alene har ret til visse af lovens ydelser, tillægges indenrigs- og sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsættelse regler om udstedelse af bevis m.m. til disse persongrupper. Disse regler er i dag fastsat i bekendtgørelse om valgfri indplacering i sygesikringsgrupper, udstedelse af sygesikringsbeviser mv.

#### *Til afsnit III*

#### Patients retsstilling

### *Til §§ 14-36*

Bestemmelserne i afsnit III er en videreførelse af de gældende regler i § 2, §§ 5-18 g, §§ 20-23 og §§ 25-32 i lov om patienters retsstilling. Alene §§ 37 og 42 indeholder ændringer i forhold til gældende ret (§§ 19 og 24).

### Kapitel 4 *Patientkreds* *Til §§ 14-15*

§ 14, der er en videreførelse af § 2 i patientretsstillingsloven, beskriver anvendelsesområdet for reglerne i afsnit III: patienter der inden for sundhedsvæsenet modtager eller har modtaget behandling af sundhedspersoner, medmindre andet er særligt fastsat i lovgivningen, som fx i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Reglerne i § 36 gælder dog for personer, der til private virksomheder afgiver biologisk materiale til opbevaring eller lægemiddelproduktion mv., dvs. såvel raske personer som patienter.

§ 15, der er en videreførelse af § 5 i patientretsstillingsloven, indeholder en almindelig bestemmelse om, i hvilket omfang en tredjeperson kan varetage patientens interesser, når patienten ikke selv er i stand til dette.

### Kapitel 5 *Patienters medinddragelse i beslutninger*

Kapitel 5 indeholder de almindelige bestemmelser om patienters medinddragelse i beslutninger i læge-patientforholdet.

### *Til §§ 16-17*

§ 16, der er en videreførelse af § 6 i patientretsstillingsloven, angiver, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Begrebet "informeret samtykke" defineres, og det fastlægges, at patientens samtykke på ethvert tidspunkt kan tilbagekaldes.

§ 17, der er en videreførelse af § 7 i patientretsstillingsloven, angiver omfanget og intensiteten af den information, som patienten har krav på, og som danner basis for det informerede samtykke.

Såvel § 16 som § 17 indebærer bemyndigelser for ministeren til at fastsætte nærmere regler om samtykkes form og indhold. Dette er sket ved bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

### *Til §§ 18-19*

§§ 18-19, der er en videreførelse af §§ 8-9 i patientretsstillingsloven, indeholder bestemmelser om mindreåriges og inhabiles samtykkekompetence.

Efter § 18 kan patient, der er fyldt 15 år, selv give informeret samtykke til behandling. For at sikre, at forældremyndighedens indehaver varetager sin omsorgspligt over for den mindreårige, skal forældremyndighedsindehaveren have samme information som den mindreårige, og inddrages i dennes stillingtagen.

Efter § 19 indtræder de nærmeste pårørende i patientens samtykkekompetence, hvis patienten varigt mangler evner til at give informeret samtykke. I de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, kan informeret samtykke gives af værgeren.

#### *Til § 20*

Bestemmelsen, der er en videreførelse af § 10 i patientretsstillingsloven, omhandler de situationer, hvor der opstår et øjeblikkeligt behandlingsbehov, og patienten midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år. I disse situationer kan sundhedspersonen behandle uden indhentelse af samtykke.

#### *Til §§ 21-22*

§ 21, der er en videreførelse af § 11 i patientretsstillingsloven, angiver, at patienter, der ikke selv kan give informeret samtykke, skal inddrages mest muligt i beslutningsprocessen.

Reglen i § 22, der er en videreførelse af § 12 i patientretsstillingsloven, angiver, at det er den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen, der er forpligtet til at sørge for, at reglerne i §§ 16-21 overholdes.

### Kapitel 6

#### *Selvbestemmelse i særlige tilfælde*

Kapitel 6 indeholder regulering af nogle særlige tilfælde, hvor patienter har en specifik beskrevet selvbestemmelse i læge-patientforholdet.

#### *Til § 23*

§ 23, der er en videreførelse af § 13 i patientretsstillingsloven, redegør for sammenhængen mellem de almindelige bestemmelser i kapitel 5 og de særlige bestemmelser i kapitel 6.

### *Til § 24*

Efter § 24, der er en videreførelse af § 14 i patientretsstillingsloven, skal en sundhedsperson respektere en sultestrejke, som patienten bevidst har iværksat.

### *Til § 25*

En patient har ret til at afvise at modtage blod i forbindelse med behandling, jf. § 25, der er en videreførelse af § 15 i patientretsstillingsloven.

Dette ønske fra patienten skal de involverede sundhedspersoner respektere. Såfremt en sundhedsperson af etiske grunde ikke ønsker at medvirke ved en behandling uden blodtilførsel, har vedkommende ret til at frasige sig opgaven, der så i givet fald må varetages af en anden sundhedsperson.

### *Til §§ 26-28*

Efter § 26, der er en videreførelse af § 16 i patientretsstillingsloven, kan en uafvendelig døende patient afvise behandling, der kun har til formål at udskyde dødens indtræden, og patienten kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Enhver, der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, kan oprette et livstestamente, jf. § 27, der er en videreførelse af § 17 i patientretsstillingsloven. I et livstestamente kan optages bestemmelser om, at 1) der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende, og 2) der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignede har medført så svær invaliditet, at testator varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt. I første tilfælde er testators ønske bindende for sundhedspersonen, i andet tilfælde er testators ønske vejledende for sundhedspersonen og skal indgå i dennes overvejelser om behandling.

Indenrigs- og sundhedsministeren opretter et livstestamenteregister, og fastsætter nærmere regler om livstestamenters oprettelse, udformning, registrering, tilbagekaldelse mv., jf. § 28, stk. 1, der er en videreførelse af § 18 i patientretsstillingsloven. Efter stk. 2 bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte bestemmelser om gebyr for registrering af livstestamenter. Indenrigs- og sundhedsministeren har oprettet Livstestamenteregisteret på Rigshospitalet, og har benyttet de to bemyndigelser ved udstedelse af bekendtgørelse nr. 663 af 14. september 1998 om livstestamenter.

## Kapitel 7

### *Selvbestemmelse over biologisk materiale*

### *Til §§ 29 -36*

Kapitel 7 indeholder regler om patienters selvbestemmelse over biologisk materiale, der er afgivet i forbindelse med behandling. § 36 gælder dog for personer, der til private virksomheder afgiver biologisk materiale til opbevaring eller lægemiddelproduktion mv., dvs. såvel raske personer som patienter.

#### *Til § 29*

Efter bestemmelsen i § 29, der er en videreførelse af § 18 a i patientretsstillingsloven, får særlige regler om biologisk materiale, som måtte være fastsat i anden lovgivning, forrang for bestemmelserne i §§ 30-36.

Ved særlige regler om biologisk materiale tænkes først og fremmest på de regler, der regulerer de eksisterende donorordninger, dvs. lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning mv. og lov om fremskaffelse af blodprodukter til lægemiddelformål mv. Endvidere tænkes på den kontrollovgivning, der er etableret med henblik på at imødegå misbrug af rusmidler, dopingmidler mv. Endelig tænkes på de regler, hvor menneskeligt biologisk materiale må anvendes som bevismateriale i straffesager mv.

Reglen i § 53 fortrænger ligeledes bestemmelserne i §§ 30-36.

#### *Til § 30*

En patient kan beslutte, at biologisk materiale, som patienten afgiver eller har afgivet i forbindelse med behandling, kun må anvendes til behandling af den pågældende selv, jf. § 30, der er en videreførelse af § 18 b i patientretsstillingsloven. En sådan beslutning skal registreres i Vævsanvendelsesregisteret, der er oprettet i Sundhedsstyrelsen. Bestemmelsen indeholder endvidere en bemyndigelse for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler Vævsanvendelsesregisterets indretning og drift, herunder udformningen af registreringsblanket, registreringsform mv. Denne bemyndigelse er benyttet ved udstedelse af bekendtgørelse nr. 966 af 22. september 2004 om Vævsanvendelsesregisteret.

#### *Til §§ 31-33*

Bestemmelserne i §§ 31-32, der er en videreførelse af § 18 c– 18 d i patientretsstillingsloven, bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om opbevaring og videregivelse af afgivet biologisk materiale. Disse bemyndigelser er endnu ikke benyttet.

§ 33, der er en videreførelse af § 18 e i patientretsstillingsloven, indeholder en regel om, at biologisk materiale kan videregives til brug for et biomedicinsk forskningsprojekt, hvis der er meddelt tilladelse til projektet efter lov om et videnskabetisk komitésystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter, medmindre patienten har fået registreret en beslutning i Vævsanvendelsesregisteret.

#### *Til §§ 34-35*



En patient kan kræve, at biologisk materiale, som patienten har afgivet i forbindelse med behandling, skal destrueres eller udleveres til patienten selv. Udlevering kræver dog, at patienten kan godtgøre en særlig interesse heri. §§ 34-35 er en videreførelse af §§ 18 f-18g i patientretsstillingsloven.

Destruktion eller udlevering kan dog afslås, hvis patientens interesse i at få destrueret eller udleveret det biologiske materiale findes at burde vige for afgørende hensyn til offentlige eller private interesser.

#### *Til § 36*

En privat virksomhed, der indsamler biologisk materiale med henblik på opbevaring – som fx stamceller fra navlesnorsblod fra nyfødte – eller lægemiddelproduktion, skal sikre, at der foreligger en skriftlig aftale mellem den person, der afgiver biologisk materiale – for børns vedkommende forældremyndighedsindehaveren, jf. § 36, der er en videreførelse af § 18 i patientretsstillingsloven.

Aftalen, der skal underskrives af begge parter, skal indeholde en række specifikke oplysninger om formålet med opbevaringen, længden af opbevaringstiden, beskrivelse af firmaet ejer- og ansvarsforhold mv., der nærmere er opregnet i nr. 1-5 i stk. 2

### Kapitel 8 *Aktindsigt*

Kapitel 8 indeholder de almindelige regler om aktindsigt i helbredsoplysninger indeholdt i journaler mv.

#### *Til § 37*

Med bestemmelsen foreslås en modernisering af den nuværende § 19 i lov om patienters retsstilling, som udelukkende omhandler aktindsigt i manuelle patientjournaler eller registre, der føres for private. Aktindsigt i elektroniske journaler, der føres for den offentlige forvaltning, er derfor i dag reguleret i persondataloven. Indholdsmæssigt er aktindsigtsreglerne i de to love stort set identiske, bortset fra den tidsfrist inden for hvilken en myndighed skal besvare en modtagen begæring om indsigt. Her stilles der lidt skrappe krav til myndigheden i retsstillingsloven.

Det foreslås på denne baggrund at forenkle bestemmelsen, således at alle journaler - elektroniske som manuelle - omfattes af sundhedslovgivningen.

#### *Til § 38*

Reglen, der er en videreførelse af § 20 i patientretsstillingsloven, fastslår patientens ret til aktindsigt i helbredsoplysninger i patientjournaler mv. De oplysninger, som skal meddeles, svarer til de oplysninger, som skal gives efter persondataloven.

*Til § 39*

I bestemmelsen, der er en videreførelse af § 21 i patientretsstillingsloven, fastslås, at det er den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har patientjournalen mv. i sin besiddelse, der skal træffe afgørelse om retten til aktindsigt. Er en anmodning om aktindsigt ikke imødekommet eller afslået inden 10 dage, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

*Til § 40*

Efter bestemmelsen, der er en videreførelse af § 22 i patientretsstillingsloven, bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om gebyr til dækning af kopierings- og forsendelsesomkostninger mv. i forbindelse med aktindsigten. Denne bemyndigelse er benyttet ved udstedelse af bekendtgørelse nr. 664 af 14. september 1998 om betaling for afskrifter, edb-udskrifter og fotokopier, der udleveres efter kapitel 4 om aktindsigt i lov om patienters retsstilling.

Kapitel 9

*Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger mv.*

Kapitel 9 indeholder de almindelige regler om tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger mv.

*Til § 41*

I § 41, der er en videreførelse af § 23 i patientretsstillingsloven, fastslås som almindelig regel, at sundhedspersoner skal iagttage tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

*Til § 42*

Aftalen om en strukturreform mellem regeringen og Dansk Folkeparti fastslår, at det er afgørende for det gode sammenhængende patientforløb, at der er et godt og stabilt samarbejde mellem sygehusene og de praktiserende læger.

Med henblik på at sikre en sammenhæng i patientforløbet, foreslås det i stk. 2, nr. 2, at læger ansat i sygehusvæsenet kan videregive oplysninger om konkret sygehusbehandling af patienter til patientens alment praktiserende læge. Sygehuslægen kan dermed sende oplysninger om indlæggelsen, behandlingen samt udskrivningstidspunktet mv., ligesom der kan gives oplysning om eventuel henvisning til fortsat behandling hos anden praktiserende sundhedsperson.

Forslaget er en udvidelse af de nugældende regler om videregivelse af helbredsoplysninger i § 24 i lov om patienters retsstilling, som foreslås afløst af lovforslaget. Der gælder efter lov om patienters retsstilling en altovervejende

hovedregel om, at patienten har krav på, at sundhedspersoner m.fl. iagttager tavshed om, hvad de under udøvelse af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold mv. Det er således en fundamental regel, at de oplysninger, man betror en sundhedsperson, bliver mellem patienten og den pågældende sundhedsperson og ikke videregives til uvedkommende. Sundhedspersoner må dermed kun videregive oplysninger om patienters helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, til andre sundhedspersoner, såfremt patienten har givet sit samtykke hertil. Sundhedspersonen kan dog uden samtykke videregive og indhente helbredsoplysninger i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb for patienten, dvs. i de tilfælde, hvor patienten skal fortsætte den aktuelle behandling hos den praktiserende læge.

De fleste patienter vil imidlertid betragte det som en naturlig ting, at den praktiserende læge kan blive underrettet om den foretagne behandling på sygehuset uagtet af, at behandlingen ikke skal fortsætte hos egen praktiserende læge. Det vil særligt være naturligt i de situationer, hvor patienten er henvist til sygehusbehandlingen af den praktiserende læge. Det vil endvidere sikre det sammenhængende patientforløb, såfremt den praktiserende læge kan virke som tovholder for patienten i forbindelse med patientens behandling i sygehusvæsenet samt eventuel efterbehandling hos anden praktiserende sundhedsperson, og dermed have overblikket over den behandling, som patienten er blevet tilbudt og således være bedre i stand til at rådgive og vejlede patienten.

Patienten kan efter stk. 3 frabede sig, at oplysningerne videregives til den alment praktiserende læge. Patienten skal informeres om sin ret til at nægte videregivelse, enten direkte af sundhedspersonen eller i form af mere generel information, fx informationsmateriale, som forefindes på sygehuset.

Indenrigs- og sundhedsministeren kan efter stk. 6 fastsætte nærmere regler om underretningens omfang samt om gennemførelsen heraf. Der kan bl.a. fastsættes regler om, hvilke informationer der kan fremsendes til patientens praktiserende læge, herunder om det kan ske i skemaform, ligesom der kan fastsættes regler om elektronisk overførelse af informationen.

#### *Til § 43*

Bestemmelsen, der er en videreførelse af § 25 i patientretstillingsloven, angiver, at samtykket til videregivelse af helbredsoplysninger til behandlingsformål kan være mundtligt eller skriftligt. Bestemmelsen indeholder endvidere en bemyndigelse for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om samtykket. Denne bemyndigelse er benyttet ved udstedelse af bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

#### *Til § 44*

Bestemmelsen, der er en videreførelse af § 26 i patientretstillingsloven, fastlægger på hvilke betingelser, der kan ske videregivelse af helbredsoplysninger mv. til andre formål end behandling. Hovedreglen er, at dette kun kan ske med

patientens samtykke. I bestemmelsen opregnes tre undtagelser, hvor der kan ske videregivelse af helbredsoplysninger uden patientens samtykke.

#### *Til § 45*

Bestemmelsen, der er en videreførelse af § 27 i patientretstillingsloven, angiver, at samtykket til videregivelse af helbredsoplysninger til ikke-behandlingsformål skal være skriftligt. Bestemmelsen indeholder endvidere en bemyndigelse for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om samtykket. Denne bemyndigelse er benyttet ved udstedelse af bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

#### *Til § 46*

§ 46, der er en videreførelse af § 28 i patientretstillingsloven, regulerer videregivelse af helbredsoplysninger til pårørende vedrørende afdøde patienter. En sundhedsperson kan videregive oplysninger om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde til afdødes nærmeste pårørende, såfremt det ikke må antages at stride mod afdødes ønske og hensynet til afdøde eller andre private interesser ikke taler afgørende herimod.

#### *Til §§ 47-49*

Bestemmelserne, der er en videreførelse af §§ 29-31 i patientretstillingsloven, angiver betingelserne for videregivelse af helbredsoplysninger til forskning og statistik mv.

#### *Til § 50*

Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om videregivelse af helbredsoplysninger til tredjelande. Denne bemyndigelse er endnu ikke blevet benyttet.

### Kapitel 10 *Tolkebistand*

#### *Til § 51*

Der er tale om en videreførelse af reglen i § 6, stk. 6, i sygesikringsloven, som bestemmer, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at den offentlige sygesikring afholder udgifter til nødvendig tolkebistand i forbindelse med lægehjælp efter stk. 1-4, samt en videreførelse af praksis efter sygehusloven. Det følger af bekendtgørelse om tolkebistand i forbindelse med lægehjælp efter lov om offentlig sygesikring bl.a., at lægen har kompetencen til at skønne, om tolkens tilstedeværelse er nødvendig for behandlingen, og at lægen skal sikre sig, at tolken behersker det danske sprog.

På sygehusområdet er der praksis for at opfatte tolkebistand som en accessorisk del af ydelsen, således at sygehuset er forpligtet til at sørge for tolkning, når det er nødvendigt for behandlingens gennemførelse. Med forslaget bliver denne praksis forankret i lovgivningen.

Stk. 2-3 i den foreslåede § 51 er en videreførelse af sygehusloven, jf. lov nr. 441 af 9. juni 2004, som bestemmer, at amtskommunerne (nu regionerne) opkræver gebyr for tolkebistand for personer, der har boet her i landet i mere end 7 år. Bestemmelserne træder i kraft den 1. juni 2011.

## Kapitel 11 *Patientkontorer*

### *Til § 52*

Reguleringen af patientkontorernes virksomhed findes i dag i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse mv.

Forslaget er en videreførelse af de eksisterende regler om patientkontorer i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelses § 23, dog med den ændring, at forpligtelsen til at etablere patientkontorerne, fastsætte nærmere retningslinjer mv., overføres til regionsrådene fra amtsrådene, kommunalbestyrelsen i Bornholms Kommune og bestyrelsen for Hovedstadens Sygehusfællesskab i samarbejde med kommunalbestyrelserne i Københavns og Frederiksberg Kommuner. Dette er en konsekvens af nedlæggelsen af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Stk. 3 er en videreførelse af § 5 b, stk. 7, i lov om sygehusvæsenet. Bestemmelsen blev indsat i sygehusloven ved L209 2003/1. Oprettelsen i november 2003 af patientkontorer i alle amtskommuner, jf. lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 23, havde til formål at styrke patienternes retstilling gennem en forbedret og uafhængig rådgivning og bistand samt sikre en enstrengt klage- og erstatningsvej. I forlængelse heraf foreslås med lovforslaget at gøre det lettere og hurtigere for patienterne at få bistand og rådgivning fra patientkontorerne. Patientvejlederne skal straks kunne indhente de journaloplysninger mv., der er nødvendige, hvor de i dag først skal indhente et skriftligt samtykke fra patienten, jf. lov om patienters retstilling § 27, stk. 1.

Med lovforslaget foreslås det, at sundhedspersoner skal kunne give patientvejlederen disse oplysninger med patientens mundtlige samtykke med henblik på hurtig og let rådgivning af patienten

I praksis drejer det sig oftest om oplysninger om patientens henvisningsdiagnose, hvor længe patienten har stået på venteliste, samt hvor længe patienten endnu skal vente på undersøgelse og behandling. Med disse oplysninger kan patientvejlederen hurtigt og let rådgive om patientens muligheder for at blive viderehenvist dels til et andet offentligt sygehus efter det frie sygehusvalg og

dels til et privat sygehus, klinik eller et sygehus i udlandet efter det udvidede frie sygehusvalg.

Indenrigs- og sundhedsministeren får efter stk. 3 adgang til at fastsætte nærmere regler om videregivelse af helbredsoplysninger mv. og om krav til det mundtlige samtykke.

#### *Til afsnit IV* Transplantation

#### Kapitel 12

#### *Transplantation fra levende og afdøde personer*

#### *Til § 53*

Bestemmelsen svarer til § 13 i lov om ligsyn, obduktion og transplantation mv., hvorefter der kræves samtykke til transplantation. Samtykke kan gives af personer, som er fyldt 18 år. I særlige tilfælde, kan samtykke gives af en person under 18 år, når samtykket er tiltrådt af forældremyndighedens indehaver. Samtykket kan ikke vedrøre ikke-gendanneligt væv. Bestemmelsen om, at samtykket ikke kan vedrøre ikke-gendanneligt væv er en opfølgning på ratifikationen af Europarådets konvention af 4. juni 1997 om beskyttelse af menneskerettigheder og menneskelig værdighed i forbindelse med anvendelse af biologi og lægevidenskab: Konvention om menneskerettigheder og biomedicin.

#### *Transplantation fra afdøde personer*

#### *Til §§ 53 – 57*

Bestemmelsen svarer til § 14 i lov om ligsyn, obduktion og transplantation mv., hvorefter transplantation kan foretages fra en afdød, såfremt den pågældende efter sit fyldte 18. år skriftligt har truffet bestemmelse herom. Såfremt afdøde skriftligt har truffet beslutning herom, kan de pårørende ikke modsætte sig transplantation medmindre afdøde har bestemt, at beslutningen er givet under forudsætning af de pårørendes accept.

I andre tilfælde må indgrebet foretages, såfremt der ikke foreligger tilkendegivelse imod indgrebet fra afdøde, og afdødes nærmeste pårørende ikke modsætter sig indgrebet. Efterlader afdøde sig ingen nærmeste pårørende kan indgrebet ikke finde sted.

”Nærmeste pårørende” afgrænses i overensstemmelse med hidtidig praksis, således at udtrykket i hvert fald omfatter ægtefælle eller samlever, slægtninge i lige linje og, alt efter de konkrete forhold, søskende. Adoptivbørn vil som regel og plejebørn jævnlige være omfattet af reglen. Bestemmelsen vil efter omstændighederne, navnlig hvor afdøde ikke har efterladt sig ægtefælle, samlever eller børn kunne omfatte slægtninge, som afdøde var nært knyttet til, eller nært be-

svogrede. Det er tilstrækkeligt, at der er givet samtykke fra en af de personer, der i det konkrete tilfælde kan henregnes til afdødes nærmeste. Det må dog også understreges, at der ikke kan antages at foreligge samtykke til transplantation, såfremt blot en af de personer, der hører til kredsen af afdødes nærmeste har udtalt sig imod indgrebet, inden indgrebet er foretaget.

Vedrørende stk. 4 bemærkes, at det forudsættes, at forældremyndighedens indehaver ved afgørelsen af, hvorvidt der gives samtykke, vil tillægge det vægt, såfremt en person på 14 – 17 år (mundtligt eller skriftligt) har tilkendegivet sin holdning til organdonation.

Generelt i forbindelse med afgivelse af samtykke efter denne lov bemærkes, at almindelige habilitetskrav skal være opfyldt. Det vil særlig være nærliggende at frakende et samtykke betydning, når det afgives af en psykisk syg person eller af en person, der i øvrigt ikke har tilstrækkelig forståelse af betydningen af et samtykkes gyldighed.

Med bestemmelsen er det markeret, at det primært er afdødes indstilling, som er afgørende for, om der må foretages organudtagning. Kun hvor der ikke foreligger nogen tilkendegivelse fra afdøde, er de pårørendes indstilling således af betydning. Lovgivningen er således samlet udtryk for en afvejning mellem på den ene side hensynet til den enkeltes integritet og selvbestemmelse, der fuldt ud respekteres, og på den anden side hensynet til organmodtageren og de pårørende.

Der er lagt vægt på, at det må forventes, at der også fremover vil være mange, som ikke i levende live har tilkendegivet deres holdning til transplantation, således at spørgsmålet om organudtagning ikke vil kunne afgøres på grundlag af en sådan tilkendegivelse. Der opretholdes derfor en retstilstand, hvorefter afdødes nærmeste kan give tilladelse til transplantation, hvis afdøde ikke har tilkendegivet sin holdning.

De i 1990 ikrafttrådte bestemmelser ændredes med virkning fra 1. juni 2001, således at de pårørendes adgang til at modsætte sig en afdøds skriftlige bestemmelse om organdonation fjernes. Adgangen til at modsætte sig en afdøds skriftlige bestemmelse fremgik ikke af lovens bestemmelser, men var en følge af, at det af bemærkningerne til loven fra 1990 fremgik, at "det forudsættes i øvrigt, at lægerne i overensstemmelse med hidtidig praksis og lægeetiske principper vil undlade at foretage transplantation i tilfælde, hvor afdøde har udtalt sig for et sådant indgreb, men de pårørende modsætter sig transplantation". Dette betød i praksis, at de pårørende havde mulighed for at modsætte sig donation, også i tilfælde, hvor den afdøde skriftligt har meddelt sin positive holdning til organdonation. Det fremgår således ikke af lovens tekst, at donation undlades, såfremt de pårørende modsætter sig donation på trods af afdødes beslutning herom, men i praksis og på grundlag af lovbemærkningerne undlades donation altid, hvis de pårørende modsætter sig det. Ved en skriftlig tilkendegivelse imod organdonation, har de pårørende ikke mulighed for at omgøre afdødes beslutning.

Lovændringen i 2001 indebærer, at der ikke længere er tvivl om, at afdødes skriftligt tilkendegivne indstilling, hvor en sådan foreligger, er afgørende for, om der må foretages organudtagning.

Regeringen ønsker, at alle skal have mulighed for skriftligt at tilkendegive deres holdning til organdonation - også de personer, for hvem det er afgørende, at de pårørende fortsat kan modsætte sig afdødes skriftlige beslutning. Der er derfor indføjet en bestemmelse, som giver de pårørende mulighed for at modsætte sig indgrebet, hvis afdøde har bestemt, at beslutningen om organdonation er givet under forudsætning af de pårørendes accept. Der er således mulighed for at tilkendegive, at de pårørendes accept skal foreligge.

Det indgik i bemærkningerne til loven fra 1990, at der skal etableres en ordning, hvorefter borgerne på en enkel og ubureaukratisk måde kan tilkendegive deres holdning til organdonation. Der blev herefter etableret mulighed for at tilkendegive sin holdning på tre måder: ved at fortælle de pårørende om sin holdning, ved at udfylde et donorkort, som man bærer på sig og ved at tilmelde sig et centralt donorregister. Ved lovændringen i 2001 blev det yderligere gjort nemmere for befolkningen at tage stilling til organdonation, idet der afsattes et årligt beløb til permanentgørelse af det igangværende forsøg med udsendelse af donorkort sammen med sygesikringsbeviset. Donorkortet sendes ud til personer i alderen 18 - 70 år, som modtager nyt sygesikringsbevis.

Det fremgår af bemærkningerne til lovændringen fra 2001, at ca. 230.000 personer dengang havde tilmeldt sig donorregisteret, og et ukendt antal havde udfyldt donorkortet og bærer det på sig. De, som på det tidspunkt skriftligt har udtalt sig for organdonation, har gjort dette under den nuværende lovgivning, hvor de pårørende har mulighed for at modsætte sig indgrebet. Det forudsættes, at tilmeldinger på gamle kort uden mulighed for at afkrydse felt vedrørende pårørendes eventuelle "vetoret", registreres og tolkes, som om vedkommende har ønsket, at de pårørende fortsat skal have mulighed for at modsætte sig indgrebet.

Der er ikke i lovforslaget fastsat sanktioner mod hverken pårørende eller personale i tilfælde af, at donation undlades på trods af reglerne i § 14, stk. 2. Der vil således ikke blive anvendt magt imod pårørende, som alligevel modsætter sig afdødes skriftlige bestemmelse, ligesom det forudsættes, at det ikke får konsekvenser for personalet, såfremt man på grund af de pårørendes modstand undlader donation.

#### *Til § 55*

Bestemmelsen svarer til § 15 i lov om ligsyn, obduktion og transplantationmv. , hvorefter transplantation ikke må foretages af de læger, som har behandlet afdøde under dennes sidste sygdom eller har konstateret dødsens død. Det fremgår ligeledes af bestemmelsen, at udtagelse af væv kun må foretages af læger, der er ansat på sygehus eller lignende institution, og som Sundhedsstyrelsen har godkendt hertil. Det er således den enkelte læge, som Sundhedsstyrelsen giver godkendelsen til og ikke institutionen som sådan.



### *Til § 56*

Bestemmelsen svarer til § 16 i lov om ligsyn, obduktion og transplantationmv. Reglen gælder for indgreb i videnskabeligt eller undervisningsmæssigt øjemed, der ikke foretages i forbindelse med obduktion. Bestemmelsen indebærer, at disse indgreb kun må foretages, såfremt afdøde efter sit fyldte 18. år skriftligt har truffet beslutning herom.

Efter stk. 2 må sådanne indgreb uanset tilladelse fra afdøde ikke foretages, før uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed er indtrådt. Hermed forbydes fx videnskabelige forsøg på hjernedøde personer, hvis åndedrætsfunktioner holdes i gang ved hjælp af en respirator.

### *Til § 57*

Bestemmelsen svarer til § 17 i lov om ligsyn, obduktion og transplantationmv. Til stk. 2 bemærkes, at denne bestemmelse ikke omfatter fjernelse af hornhinder, der således skal behandles efter reglerne om obduktion eller transplantation.

Reglerne i kapitel 5 (§§ 16-28) om patienters medindflydelse i beslutninger finder ikke anvendelse på transplantation. Patienters medindflydelse i beslutninger om transplantation er udtømmende reguleret i afsnit IV.

Reglerne i kapitel 6 (§§ 30-36) om selvbestemmelse over biologisk materiale finder ikke anvendelse på transplantation, jf. § 29.

Reglerne i kapitel 7 (§§ 37-40) om aktindsigt, i kapitel 8 (§§ 41-50) om tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger mv., i kapitel 9 (§ 51) om tolkebistand og i kapitel 10 (§ 52) om patientkontorer finder alle anvendelse i relation til transplantation.

### *Til afsnit V*

#### Praksissektorens ydelser

#### Kapitel 13

#### *Regionsrådets ansvar for ydelser i praksissektoren*

### *Til § 58*

Med bestemmelsen lovfæstes, at regionsrådet har en pligt i forhold til at sikre tilvejebringelsen af behandlingstilbud i praksissektoren. Der er ikke tale om en ny opgave, da forsyningsforpligtelsen har indgået som en del af ansvaret for at tilbyde ydelser efter de gældende regler i sygesikringsloven. Der er med beskrivelsen af praksissektorens ydere ikke tilsigtet ændring i forhold til praksissektoren i dag.

#### Kapitel 14

## *Valg af sikringsgruppe*

### *Til § 59*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i sygesikringslovens §§ 2, 4 og 6, stk. 5, som beskriver konsekvenserne af at vælge henholdsvis sikringsform 1 eller 2. Reglerne beskriver videre, at der kan vælges sikringsform én gang om året, at personer mellem 16 og 18 år kan vælge sikringsform uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, samt at hjemmeboende børn under 16 år er afhængig af forældrenes valg af sikringsform. Endelig omhandler reglerne mulighed for at overføre gruppe 2-sikrede til gruppe 1.

Med den foreslåede bestemmelse, bliver børn dog selvstændigt sikrede, således at de med forældrenes eller værgens samtykke kan vælge en anden sikringsform end forældrene, når børnene er i aldersgruppen 0-16 år. Herefter kan de vælge sikringsform uden forældrenes samtykke. Bemyndigelsesbestemmelsen i § 59, stk. 4 omfatter generelle regler om gruppeskift, samt den nuværende sygesikringslovs bestemmelse om tvangsoverførelse af en person fra gruppe 2 til gruppe 1-sikring, jf. § 2, stk. 5, samt den situation, hvor der må anses at foreligge et misbrug af retten til tilskud, jf. § 6, stk. 5, således som bemyndigelsen i dag er udmøntet i bekendtgørelse om valgfri indplacering i sygesikringsgrupper, udstedelse af sygesikringsbeviser mv.

## Kapitel 15 *Ydelser*

### *Lægevalg samt lægehjælp hos praktiserende læge*

#### *Til § 60*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i § 6, stk. 2, i sygesikringsloven om valg af alment praktiserende læge, som beskriver, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler for ydelse af lægehjælp, herunder valg af læge, og begrænsninger heri. Dog bliver børn med den foreslåede bestemmelse selvstændigt sikrede, således at de med forældrenes eller værgens samtykke kan vælge en anden læge end forældrene, når børnene er i aldersgruppen 0-16 år. Herefter kan de vælge læge uden forældrenes samtykke.

#### *Til § 61*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i sygesikringsloven om behandling hos alment praktiserende læge, jf. § 2, stk. 1, og stk. 2, § 6, stk. 1, og stk. 4, som beskriver, at den offentlige sygesikring yder veder-

lagsfri lægehjælp hos alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af gruppe 1, og at den offentlige sygesikring yder tilskud til delvis dækning af udgifter til lægehjælp hos alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af gruppe 2.

#### *Til § 62*

Bestemmelsen er en videreførelse af bestemmelsen i lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp § 1, stk. 1, hvor det dog er udtrykkeligt anført, at kvinder har ret til indtil 5 forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab hos en læge. Med den foreslåede bemyndigelse vil det blive fastsat, at kvinden fortsat har ret til indtil 5 forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge.

#### *Til § 63*

Efter bestemmelsen, der er en videreførelse af reglerne i lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, jf. § 1, stk. 2, yder regionsrådet vederlagsfri vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder. Vejledningen ydes hos en alment praktiserende læge efter personens eget valg og uanset personens sikringsgruppe

Vejledning kan også tilbydes og ydes til mindreårige uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren.

#### *Til § 64*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i § 3 i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, som sikrer, at alle førskolebørn får tilbudt 7 forebyggende lægeundersøgelser, heraf 3 undersøgelser det første år.

#### *Til § 65*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i § 6, stk. 3 og 4, i sygesikringsloven om adgang til speciallægebehandling, som beskriver, at den offentlige sygesikring yder vederlagsfri lægehjælp hos praktiserende speciallæge efter henvisning fra alment praktiserende læge efter regler fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren til personer, der er omfattet af gruppe 1. Derudover yder den offentlige sygesikring tilskud til delvis dækning af udgifter til lægehjælp hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af gruppe 2. Derudover er det bestemt, at ved behandling eller undersøgelse, der efter henvisning fra alment praktiserende læge ydes af en speciallæge, inden for hvis speciale, der ikke findes nogen godkendt overenskomst med den offentlige sygesikring, yder sygesikringen tilskud til delvis dækning af udgiften efter regler, der fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren efter forhandling med Sundhedsstyrelsen.

Bemyndigelsesbestemmelsen i stk. 3 skal anvendes til at videreføre gældende lægevalgsregler i bekendtgørelse om lægehjælp efter sygesikringsloven.

Med bemyndigelsesbestemmelsen i stk. 4 er det tilsigtet at bringe lovgivningen i overensstemmelse med den praksis, der har udviklet sig på området samt med eksisterende overenskomster, fx således at det præciseres, at behandling hos praktiserende øjen- og ørelæge tilbydes vederlagsfrit uden henvisning fra alment praktiserende læge. Det er endvidere tilsigtet at anvende bemyndigelsen til i overensstemmelse med gældende lov om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion at fastlægge, at svangerskabsafbrydelse hos praktiserende speciallæge kan ske uden henvisning fra alment praktiserende læge. Endvidere bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til i overensstemmelse med den i dag gældende praksis efter speciallægeoverenskomsten inden for visse specialer at bestemme, at en praktiserende speciallæge kan henvise direkte til en anden praktiserende speciallæge.

*Tilskud til behandling hos tandlæge, kiropraktor, fysioterapeut, fodterapeut, psykolog m.fl.*

#### *Til §§ 66-73*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i §§ 8, 9 og 10 i sygesikringsloven.

§ 8 omhandler mulighederne for tilskud til tandbehandling. § 9 omhandler mulighederne for tilskud til fysioterapi, psykologbehandling, fodterapi, kiropraktik, og anden behandling. For begge bestemmelser gælder, at den offentlige sygesikring yder tilskud med samme beløb til gruppe 2-sikrede, som den skulle have afholdt for en tilsvarende behandling til en gruppe 1-sikret. § 10 bestemmer, at den offentlige sygesikring yder tilskud til briller til børn under 16 år efter regler fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren.

Den gældende bestemmelse i § 9, stk. 1 om at Sundhedsstyrelsen fastsætter regler for indretningen på fysioterapeutiske klinikker ophæves, da bestemmelsen ikke anvendes.

Bemyndigelsesbestemmelsen i den foreslåede § 73 skal anvendes til at videreføre bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til tandpleje, bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til fysioterapeutisk behandling, bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til psykologbehandling for særligt udsatte grupper, bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til fodbehandling, bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til kiropraktisk behandling, bekendtgørelse om tilskud efter til optræning af handicappede og behandling af muskellidelser på optræningscentret i Karlslunde og bekendtgørelse om tilskud til briller under en vis styrke til børn under 16 år.

#### *Til § 74*

Bestemmelsen er en videreførelse af sygesikringsloven § 13, som bestemmer, at kommunalbestyrelsen undtagelsesvis kan yde hjælp til supplerung af de i §§ 6, 8, 9 og 10 omhandlede ydelser, dvs. lægehjælp og speciallægehjælp, tand-

lægehjælp, hjælp til fysioterapi, fodterapi, kiropraktik, psykologhjælp, anden behandling, samt brilletilskud.

*Til afsnit VI*  
Sygehusydelse

Kapitel 16  
*Regionsrådets ansvar for sygehusydelse*

§§ 75-77

Der sker med bestemmelserne en videreførelse af de gældende regler i sygehuslovens § 1, stk. 1, § 3, § 4 og § 5, stk. 6, om ansvaret og rammerne for at løse sygehusvæsenets opgaver med de konsekvensændringer, som er en følge af nedlæggelsen af amtskommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab, og som indebærer, at regionsrådene overtager disse myndigheders opgaver samt som følge af, at kommunerne overtager opgaver, herunder genoptræning fra amterne.

Det fastlægges her, at regionsrådet har ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver, og at en regions sygehusvæsen omfatter regionens egne sygehuse og tilknyttede behandlingsinstitutioner mv.

*Til § 75*

Der er tale om en videreførelse af reglerne i sygehusloven § 3.

I bestemmelsen fastlægges, at regionsrådet har ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver, og det fastslås, at en regions sygehusvæsen omfatter regionens egne sygehuse og tilknyttede behandlingsinstitutioner mv.

Her nævnes dog ikke eksplicit fødeklinikker og rekonvalescenthjem, således som de er nævnt i den gældende sygehuslovens § 3, stk. 1, idet der ikke i dag eksisterer amtslige fødeklinikker eller rekonvalescenthjem og de vil under alle omstændigheder være "behandlingsinstitutioner mv."

Behandlingsinstitutioner omfatter efter forslaget også døgnhuse, som amtskommunerne kan etablere efter den gældende servicelovs § 93, stk. 2. Det fremgår af den gældende servicelovs § 93, stk. 2, at amtskommunen kan oprette pladser til midlertidigt ophold i døgnhuse med behandlingsunderstøttende rammer til personer med sindslidelser, som for en kortere periode har behov for behandlingsmæssig støtte og pleje, mens deres situation stabiliseres. Det er som led i kommunalreformen besluttet, at adgangen til at etablere døgnhuse overføres til regionerne som en del af sygehusvæsenets tilbud efter denne lov. De regler om tvang i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, der forudsætter indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, finder fortsat ikke anvendelse på døgnhuse.

Det fastlægges endvidere, at et regionsråd kan samarbejde med andre regioners sygehusvæsen som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver, og at et

regionsråd kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private sygehuse mv. som led i løsningen af sine sygehusopgaver

Det fastlægges desuden, at regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private sygehuse mv. som led i løsningen af sine sygehusopgaver. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om regionernes benyttelse af sådanne sygehuse mv.

Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om regionernes benyttelse af sådanne sygehuse mv. Hjemlen er anvendt til udstedelse af cirkulære om amtskommunernes benyttelse af private kur- og rekonvalescenthjem her i landet og i udlandet.

Efter bestemmelsen skal regionsrådene indgå driftsoverenskomst med de private specialsygehuse m.fl., som er nævnt i § 79, stk. 2, som er beliggende i regionen. Det drejer sig om Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice, rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge, OASIS og RCT-Jylland, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosecenter Haslev, Sclerosecenter Ry, Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, Gigtsanatoriet i Skælskør, Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter, Vejlefjord og Center for Hjerneskode.

I bestemmelsen fastlægges endelig, at indenrigs- og sundhedsministeren efter ansøgning fra en privat institution som nævnt i stk. 4 kan bestemme, at reglerne om frit sygehusvalg som nævnt i § 86 helt eller delvist skal finde anvendelse på institutionen.

Bestemmelsen er anvendt til at bestemme, at de selvejende hospicer, som har modtaget støtte fra de på finansloven 2003 og 2004 afsatte hospicepuljer er omfattet af det frie sygehusvalg.

#### *Til § 76*

Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges med bestemmelsen til at fastsætte nærmere regler om regionernes adgang til som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver at drive eller benytte sygehuse og institutioner i udlandet, herunder om regionernes betaling for behandling i udlandet. Der er tale om en videreførelse af bestemmelsen i sygehuslovens § 4.

Med denne bemyndigelse kan indenrigs- og sundhedsministeren videreføre reglerne i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv .

Herudover bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte, i hvilket omfang reglerne i dette afsnit og i §§ 165-166 om befordring finder anvendelse, når en region driver eller benytter institutioner i udlandet.

Med bemyndigelsen kan ministeren videreføre regler i cirkulære om ydelse af befordring eller befordringsgodtgørelse i henhold til lov om sygehusvæsenet og lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp. Det drejer sig om amtskommunernes pligt til at afholde udgifter til befordring for en patient (og evt. ledsager) til og fra behandling i udlandet med det efter omstændighederne billigste befordringsmiddel, når patienten er blevet henvist til behandling i udlandet.

Med bemyndigelsen kan endvidere regler om amtskommunernes benyttelse af private kur- og rekonvalescenthjem i udlandet om videreføres, jf. cirkulære om amtskommunernes benyttelse af private kur- og rekonvalescenthjem her i landet og i udlandet. Bestemmelserne heri vedr. befordring fremgår endvidere af cirkulære om ydelse af befordring eller befordringsgodtgørelse i henhold til lov om sygehusvæsenet og lov om svangerskabshygien og fødselshjælp.

#### *Til § 77*

Efter denne bestemmelse kan et regionsråd kun deltage i driften, ledelsen eller finansieringen mv. af et sygehus, hvis det drives efter bestemmelserne i denne lov. Der er med sproglige ændringer tale om en videreførelse af sygehusloven § 5, stk. 6.

#### *Til § 78*

Efter bestemmelsen i stk. 1, kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om, at et regionsråd mod betaling kan tilbyde sygehusbehandling til personer, som ikke har ret til sygehusbehandling efter denne lov, fx til gravide kvinder med tilknytning her til landet, som midlertidigt bor i et ikke-EU/EØS-land, og som ønsker at føde på et sygehus her, der har kapacitet til det. Det kan også dreje sig om personer med en sjælden sygdom, eller en sygdom i øvrigt, som kræver en særlig ekspertise, som findes på et sygehus her i landet. Der er tale om en videreførelse af § 10, stk. 2, i lov om sygehusvæsenet.

Indenrigs- og sundhedsministeren kan efter stk. 2, fastsætte regler om, at et regionsråd mod betaling kan tilbyde behandlinger og ydelser på regionens sygehuse, herunder udlejning af lokaler og udstyr til offentlige myndigheder og private virksomheder.

Bestemmelsen er i al væsentlighed en videreførelse af praksis og gældende bestemmelser i sygehusloven, som præciseret i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv. § 34, hvorefter amtskommunen opkræver betaling for behandlinger, undersøgelser og prøver mv., der udføres til brug for forsikringselskaber, pensionskasser, trafikelskaber m.fl. I de tilfælde, hvor der er fastsat takster for disse ydelser i Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse om betaling for sygehusbehandling ved en anden amtskommunes sygehusvæsen, anvendes disse.

På samme måde vil sygehuse med hjemmel i bestemmelsen som hidtil mod betaling kunne levere diagnostiske undersøgelser til privathospitaler mv.

Bestemmelsen vil herudover kunne benyttes til at fastsætte bestemmelser om, at et regionsråd efter aftale med kommunalbestyrelserne i regionen vil kunne etablere eller videreføre de genoptræningstilbud, der i dag gives i sygehusregi. Regional opgaveløsning på kommunale ansvarsområder bør aftales i det samarbejdsudvalg, som regionen og kommunerne skal etablere efter lovforslaget og indgå fx i de aftaler, der skal udarbejdes om genoptræning eller om forebyggelse.

Herudover giver bestemmelsen grundlag for at videreføre accessoriske ydelser i sygehusvæsenet, som fx cafeteriaer, patienthoteller, Sundhedsportalen, Med-Com og Den Danske Kvalitetsmodel mv.

Baggrunden for disse bestemmelser er, at kommunalfuldmagtsreglerne i dag gælder for amtskommunerne. Ifølge lovforslag om regioner § 5, stk. 2, kan regionsrådet imidlertid ikke fremover varetage andre opgaver end sygehusvæsenens opgaver og tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner, herunder efter aftale med kommunerne varetage kommunale opgaver, der ligger i naturlig tilknytning til regionens opgaver på sundhedsområdet.

Bestemmelserne har dels til formål at skabe hjemmel til at videreføre eksisterende samarbejder - som i dag er hjemlet i kommunalfuldmagtsreglerne - mellem amterne i kommunale selskaber, eller mellem det offentlige sygehusvæsen og private virksomheder samt dels at skabe grundlag for lignende samarbejder i fremtiden. Derudover vil regionerne kunne forpligtes økonomisk af de aftaler, som det kommunale eller offentligt-private selskab indgår. Bestemmelserne har ikke til formål at udvide regionernes frihedsgrader ud over, hvad der gælder i dag i henhold til sygehusloven og kommunalfuldmagtsreglerne.

Efter stk. 3 kan et regionsråd efter indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform om løsningen af fælles opgaver.

Eksempelvis vil det kommunale selskab AMGROS I/S kunne videreføres med hjemmel i stk. 3. Der foregår også forskningssamarbejde mellem, fx Rigshospitalet og private virksomheder i selskabsform, som vil kunne videreføres med denne bestemmelse.

Efter stk. 4 kan et regionsråd efter indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse påtage sig opgaver og dermed forbundne udgifter, som ikke er omfattet af denne lov, såfremt det har væsentlig betydning for varetagelsen af regionsrådets opgaver efter dette afsnit og afsnit XV - XVII.

Der vil i den forbindelse bl.a. blive lagt vægt på, om der foreligger en særlig regionsinteresse, der kan begrunde varetagelsen af den pågældende opgave, og dette vil bero på en konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde.

## Kapitel 17 *Sygehusbehandling mv.*

### *Til § 79*

Bestemmelsen er en videreførelse af de eksisterende regler i sygehusloven, jf. § 5, stk. 1-3. Den fastlægger, at et regionsråd skal yde sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen dels ved sit eget sygehusvæsen og dels ved andre regioners sygehuse. Det drejer sig om både akut og ikke-akut behandling.

Herudover skal regionsrådet inden for en nærmere bestemt økonomisk ramme, jf. § 229, stk. 4, yde behandling til personer, der har bopæl i regionen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice, rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge, OASIS og RCT-Jylland, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosecen-



ter Haslev, Sclerosecenter Ry, Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, Gigtsanatoriet i Skælskør, Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter, Vejlefjord og Center for Hjerneskade.

#### *Til § 80*

Bestemmelsen er en videreførelse af de eksisterende regler som i henhold til sygehusloven er præciseret i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp § 9, stk. 1 og 2.

Efter bestemmelsen skal regionsrådet yde akut behandling til personer, som ikke har bopæl her i landet, men som midlertidigt opholder sig i regionen, jf. § 9, ved sit eller ved andre regioners sygehusvæsen.

Herudover yder regionsrådet behandling til personer, som ikke har bopæl her i landet, når det under de foreliggende omstændighederne ikke skønnes rimeligt at henvise personen til behandling i hjemlandet, herunder Færøerne og Grønland, eller personen ikke tåler at blive flyttet til et sygehus der.

#### *Til § 81*

§ 81, stk. 1, er en videreførelse af de eksisterende regler i sygehusloven, jf. § 5, stk. 1.

Bestemmelsen fastslår, at sygehusbehandling efter bestemmelserne i dette afsnit samt afsnit VII om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion og afsnit VIII om sterilisation er vederlagsfri for patienten, jf. dog stk. 2 4.

Stk. 2 og 3 er en videreførelse af eksisterende regler, jf. sygehuslovens § 5, stk. 8 og § 5, stk. 12, som de i henhold til sygehusloven er præciseret i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv. § 9, stk. 2 og 3.

Efter disse bestemmelser kan regionsrådet opkræve betaling af patienter, der ikke har bopæl her i landet, for akut sygehusbehandling, jf. § 81, stk. 2.

Behandlingen kan dog ydes vederlagsfrit, når regionen under de foreliggende omstændigheder skønner det rimeligt. Denne bestemmelse anvendes typisk i forhold til gravide asylansøgere og gravide kvinder, som har søgt om opholdstiladelse, og som har en herboende ægtefælle.

Hvor særlige forhold taler herfor, bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren efter stk. 3 til - uanset reglerne i §§ 79-80- at fastsætte nærmere regler om, at regionsrådene vederlagsfrit skal yde visse behandlinger, uanset hvor patienten bor.

I stk. 4 bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler, hvorefter der ydes personer, som midlertidigt opholder sig her i landet, vederlagsfri behandling ved det regionale sygehusvæsen. Bestemmelsen er en videreførelse af reglerne i sygehusloven § 5, stk. 8, som er uddybet i bekendtgørel-

se om ret til sygehusydelse og fødselshjælp mv. Her er det fx fastsat, at ophold af længere varighed end 3 måneder, når det efter omstændighederne skønnes rimeligt, kan ligestilles med bopæl her i landet uanset bevarelse af bopæl i udlandet. Det er ligeledes fastsat, at personer med bopæl på Færøerne eller Grønland, som er under uddannelse her i landet, har ret til sygehusbehandling og fødselshjælp under opholdet. Stipendiater fra udviklingslande har ligeledes under nærmere fastsatte vilkår ret til sygehusydelse uden ventetid.

#### *Til § 82*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i sygehuslovens § 5, stk. 10.

Den fastslår et ikke-diskriminationsprincip, hvorefter regionsrådet skal yde behandling på samme vilkår til personer med bopæl i en anden region som til personer med bopæl i regionen.

### Kapitel 18 *Særlige sygehusydelse*

#### *Til § 83*

Bestemmelsen fastlægger, at regionsrådet skal yde forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder, samt jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Der er tale om en videreførelse af de eksisterende regler herom i lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, jf. § 1, stk. 2 og stk. 3, 2. pkt.

#### *Til § 84*

Den bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter endt behandling på sygehus.

Med denne bemyndigelse kan reglerne i bekendtgørelse om økonomiske rammer for frit valg til private specialsygehuse mv. videreføres.

#### *Til § 85*

Bestemmelsen er en videreførelse af den eksisterende regel i sygehusloven, jf. § 5 e.

Den fastlægger, at hvert regionsråd hvert andet år skal tilbyde en røntgenundersøgelse af brystet (mammografi) til kvinder, som er mellem 50 og 69 år, og som har bopæl i regionen. I henhold til § 270, stk. 5, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren tidspunktet for ikrafttræden af denne bestemmelse.

I øvrigt bemyndiger bestemmelsen i stk. 3 indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om tilbudet om brystundersøgelse.

Denne bemyndigelse er endnu ikke anvendt.

## Kapitel 19 *Frit sygehusvalg*

### *Til § 86*

Bestemmelsen vedrørende frit sygehusvalg er en videreførelse af de eksisterende regler i sygehuslovens § 5 b.

Formålet med bestemmelsen er at forbedre den enkelte borgers valgmuligheder samt sikre de private specialsygehuse mv.

Bestemmelsen skal tilgodese patienternes krav om medbestemmelse, når det gælder valg af behandlingssted. Mulighederne for at ønske behandlingssted vil først og fremmest tilgodese hensynet til den enkelte patient. Hertil kommer, at valgmuligheden vil have en selvstændig værdi for regionerne, idet befolkningens valgmønstre og ændringer heri kan give et indtryk af befolkningens tilfredshed med de enkelte sygehuse. Dermed får regionerne anledning til at rette op på forholdene på sygehuse, der har vanskeligt ved at holde på patienterne.

Sigtet med det frie sygehusvalg er endvidere at skabe et bedre grundlag for en udjævning af ventetider, hvilket også vil kunne indebære samfundsøkonomiske fordele, fx i tilfælde, hvor en region med relativt lange ventetider kan undgå en kostbar kapacitetsudvidelse.

Hvis borgernes egne valg skal være en reel mulighed, kræver det relevante informationer, der gør det muligt at vurdere og sammenligne kvaliteten i de enkelte ydelser. Tilsammen giver det den bedste garanti for, at der sker en kvalitetsudvikling i den offentlige sektor.

Bestemmelsen i stk. 1 fastlægger, at en person, der af sin læge, bliver henvist til sygehusbehandling, kan vælge, hvilket sygehus vedkommende ønsker at blive behandlet på.

Retten til at vælge behandling uden for bopælsregionen omfatter regionale sygehuse og behandlingsinstitutioner mv. og de i stk. 2 nærmere angivne specialsygehuse m.fl. Adgangen til vederlagsfri behandling efter eget valg på disse private sygehuse m.fl., er begrænset af den årlige økonomiske ramme for det enkelte private specialsygehus, jf. § 229, stk. 4.

Retten til selv at vælge, hvilket sygehus man ønsker at blive behandlet på, vil ikke omfatte tilfælde, hvor den pågældende indlægges akut uden forudgående lægehenvielse. Ved ambulancekørsel i disse akutte situationer ("112-udrykning" o.lign.) vil ambulancetjenesten følge den sædvanlige instruks for akut sygehusindlæggelse, hvorefter patienten bringes ind til det nærmeste sygehus med den fornødne akutte modtagelse.

I andre akutte tilfælde, hvor der foreligger en forudgående lægelig henvielse, og hvor patientens tilstand tillader det, kan patienten benytte det frie sygehusvalg.

For ikke-akutte patienter forudsættes, at patienterne som udgangspunkt indkaldes til behandling efter en lægelig vurdering af patientens aktuelle situation og behandlingsbehov.

Ved beslutningen om at modtage en patient fra en anden region kan dog også indgå hensynet til udviklingen i presset på den pågældende afdelings kapacitet. Et sygehus kan således i situationer, hvor særlige hensyn til afdelingens øvrige patienter gør sig gældende, afvise patienter fra andre regioner. Afdelingen kan dog kun afvise patienter indtil ventetiden er bragt ned på et rimeligt niveau.

Stk. 2 indebærer, at adgangen til at vælge psykiatrisk behandlingsinstitution kan begrænses, hvis hensynet til psykiatriske patienter taler for det. Det vil bero på en konkret lægefaglig vurdering, hvorvidt valgfriheden skal begrænses. I vurderingen kan der fx tages hensyn til, at hyppige ønsker om at skifte behandlingssted kan vanskeliggøre den nødvendige kontinuitet i behandlingen.

Formålet med bestemmelsen i stk. 3 er, at indenrigs- og sundhedsministeren efter forhandling med justits- og socialministeren kan fastsætte regler om, at visse persongrupper ikke er omfattet af reglerne om frit sygehusvalg i henhold til stk. 1 og 2. Bestemmelsen tager sigte på eksempelvis personer, der er anbragt i kriminalforsorgens institutioner eller anbragt på institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og andre tvang i psykiatrien eller straffeloven. For disse persongrupper vil sikkerhedsmæssige hensyn, typisk begrundet i faren for ny kriminalitet eller undvigelse, men også andre hensyn, tale imod frit sygehusvalg. Endvidere tager bestemmelsen sigte på personer, der er anbragt på sikret afdeling/sikret institution i henhold til lov om social service. Endelig tager bestemmelsen sigte på personer, der er frihedsberøvet eller i øvrigt har fået deres handlefrihed begrænset i henhold til udlændingeloven.

Hjemlen er ikke anvendt endnu.

## Kapitel 20 *Udvidet frit sygehusvalg*

### *Til § 87*

Bestemmelsen er en videreførelse af de eksisterende regler i sygehuslovens § 5 g. Bestemmelsen blev indsat på baggrund af lovforslag L64 2001/2.

Der gives med bestemmelsen et udvidet frit valg for patienterne til private sygehuse og udenlandske sygehuse i tilfælde, hvor det offentlige sygehusvæsen ikke inden 2 måneder kan tilbyde en behandling, som en patient er henvist til. Bestemmelsen giver den enkelte patient en væsentlig rettighed, ligesom bestemmelsen vil medvirke til at nedbringe urimelige ventetider

Efter bestemmelsen opnår patienter, som det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for 2 måneder efter henvisning, ret til at få behandling på et privat sygehus eller et sygehus i udlandet betalt af bopælsregionen.

Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges efter stk. 3 til at fastsætte de fornødne nærmere bestemmelser om afgrænsning af, vilkår for og regionernes forpligtelser til at oplyse om det udvidede frie valg. En forudsætning for at kunne benytte det udvidede frie sygehusvalg er, at patienten er veloplyst herom. Om sygehusvæsenets oplysningspligt henvises til § 90 og de specielle bemærkninger hertil.

I stk. 4 pålægges regionerne i forening at indgå de aftaler med de private sygehuse, klinikker m.m., der bliver en forudsætning for det udvidede frie valg. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af indenrigs- og sundhedsministeren.

Det er præciseret, at der er hjemmel til at fastsætte bestemmelser om afgrænsning af den behandling, der er omfattet af ordningen, og herunder at undtage bestemte behandlingsformer. Denne hjemmel er i dag udmøntet i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv.

Det er fastsat i denne bekendtgørelse, at det udvidede frie sygehusvalg gælder for henvisning til alle behandlinger, bortset fra organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, herunder refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk operation, kønsskifteoperation, psykiatrisk behandling, ophold på rekonvalescenthjem. Retten gælder heller ikke forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling.

Høreapparaterne, der udgør hovedudgiften ved høreapparatbehandling, er et hjælpemiddel under den sociale lovgivning, og der er her mulighed for frit valg til private udbydere med tilskud efter den sociale servicelov.

Det er en forudsætning for frit valg med offentlig betaling til et privat sygehus, at sygehuset har indgået en aftale med det offentlige om vilkårene. Der er fastsat bestemmelser herom i stk. 4. Aftaleparten fra det offentliges side er regionerne i forening. Der er pligt for de offentlige sygehusmyndigheder til at indgå aftaler med private sygehuse, klinikker m.m., som ønsker det, og som udfører sygehusopgaver. En aftale forudsætter naturligvis 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 private sygehusejere en tilsvarende pligt. Hvis de ikke ønsker en aftale på de fastsatte vilkår, vil de ikke komme med i ordningen.

Udenlandske sygehuse kan opnå aftale om behandlingen af danske patienter på samme vilkår som de private danske sygehuse.

Endelig bemærkes, at der i dag er frit sygehusvalg inden for en budgetramme til en række selvejende/foreningsejede specialsygehuse, som er opregnet i forslagens § 79, stk. 2. Denne gruppe sygehuse er ikke omfattet af det udvidede frie sygehusvalg.

Kapitel 21  
*Maksimal ventetid for behandling af livstruende sygdomme*  
Til § 88

Bestemmelsen er en videreførelse af de eksisterende regler i sygehuslovens § 5 d. Bestemmelsen blev indsat på baggrund af lovforslag L132 1998/2.

Med bestemmelsen i § 88 gælder der en maksimal ventetid for visse livstruende sygdomme. Formålet med bestemmelsen er at sikre, at patienter med livstruende sygdomme som kræftsygdomme og visse alvorlige hjertelidelser opnår behandling uden unødigt ventetid.

Efter bestemmelsen gælder der således en maksimal ventetid for, hvor længe disse patienter skal vente på behandling, herunder undersøgelse og efterbehandling. Den maksimale ventetid for de enkelte typer af behandlinger fastsættes af Sundhedsstyrelsen.

Med bestemmelsen forpligtes patientens bopælsregion til at tilbyde behandling inden for den af Sundhedsstyrelsen fastsatte maksimale ventetid ved sit eget sygehusvæsen, og hvis det ikke er muligt ved henvisning til et sygehus i en anden amtskommune, et privat sygehus eller til et sygehus i udlandet, som kan tilbyde behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid. Det betyder, at bopælsregionen snarest efter henvisningen af en patient, typisk fra en praktiserende læge, skal bekræfte, at det kan opfylde den maksimale ventetid og meddele patienten en dato for forundersøgelsen. Tilsvarende gælder fra forundersøgelse til behandling og fra behandling til evt. efterbehandling.

Det er lagt til grund for bestemmelsen, at regionerne påtager sig et fælles ansvar for løsningen af de her omhandlede sygehusopgaver specielt gennem udnyttelse af de regionale samarbejdsstrukturer, der allerede eksisterer, herunder til fælles planlægning af den nødvendige kapacitet.

Hvis patienten i dette tilfælde fastholder valget af sygehus, anses bopælsregionens forpligtelse for opfyldt. Under alle omstændigheder er det bopælsregionen, der afholder behandlingsomkostningerne i overensstemmelse med de generelle regler for fritvalgspatienter.

Kan regionen tilbyde patienten den nødvendige behandling, herunder undersøgelse og efterbehandling inden for den fastsatte ventetid, har regionen også overholdt den fastsatte maksimale ventetid, selvom det efterfølgende viser sig, at behandlingsforløbet ikke gik efter planen på grund af forhold hos patienten eller ved behandlingen. Der kan fx opstå behov for fornyede undersøgelser, og at efterbehandlingen må udsættes på grund af komplikationer i forbindelse med den primære behandling eller fordi patienten er for dårlig.

Hvis bopælsregionen ikke kan tilvejebringe et behandlingstilbud enten ved eget sygehusvæsen, eller på et sygehus i en anden region, på et privat sygehus eller på et sygehus i udlandet, skal regionen, hvis patienten ønsker det, så hurtigt som muligt give besked herom til Sundhedsstyrelsen. Nogle patienter vil eventuelt foretrække fortsat at lade deres egen region stå for behandlingen - selvom det indebærer en lidt længere behandlingstid - frem for at få henvisningen at blive henvist til et sygehus, patienten ikke på forhånd kender.

Sundhedsstyrelsen skal henvise patienten til behandling på et sygehus i en anden region eller på et privat sygehus her i landet eller på et sygehus i udlandet. Det forventes at det sædvanligvis vil være muligt for styrelsen at finde et sådant behandlingstilbud.

Sundhedsstyrelsen skal behandle henvisningssagen meget hurtigt, og styrelsen har derfor pligt til at følge med i, hvor der er ledig behandlingskapacitet på forskellige relevante behandlingssteder både her i landet og i de nærmeste nabolande.

I særlige tilfælde, hvor der ikke kan tilvejebringes andre behandlingstilbud, herunder på private sygehuse eller sygehuse i udlandet, har Sundhedsstyrelsen i medfør af stk. 3 hjemmel til at pålægge danske offentlige sygehuse at behandle patienten – forudsat, at Sundhedsstyrelsen vurderer, at det pågældende sygehus er i stand til at varetage behandlingen.

Må også Sundhedsstyrelsen opgive at tilvejebringe et behandlingstilbud inden for den fastsatte maksimale ventetid, og finder patienten selv et sygehus her i landet eller i udlandet, der på forsvarlig vis kan varetage den behandling, som patienten er henvist til, får patienten et tilskud til denne behandling. Patienten får herefter i henhold til stk. 4 ret til et tilskud på 100 pct. af DRG-taksten (den gennemsnitlige omkostning ved en given behandling på et dansk offentligt sygehus) for den pågældende behandling (dog højst den faktiske pris for behandlingen), hvis vedkommende selv kan finde en behandling på et privat sygehus i Danmark eller i udlandet. Der ydes ikke tilskud efter bestemmelsen til behandling på offentlige sygehuse i udlandet. Hvis patienten finder et sådant passende behandlingstilbud, må Sundhedsstyrelsen henvise hertil efter stk. 3 med fuld betaling.

Ved behandling på private sygehuse svarer tilskuddet til den gennemsnitlige udgift til en tilsvarende behandling på et dansk offentligt sygehus. Ved behandling på offentlige sygehuse her i landet betales, den af de offentlige sygehuse benyttede takst. Ved behandling på offentlige sygehuse i udlandet betales den takst, der anvendes i det pågældende land.

I tvivlstilfælde afgør Sundhedsstyrelsen, om den behandling, der er henvist til, kan anses for forsvarlig.

Hvis patienten ikke selv finder et behandlingstilbud eller ikke ønsker at benytte sig af den mulighed, vil Sundhedsstyrelsen fortsat have pligt til at henvise patienten til behandling snarest muligt.

Der kan ikke ydes tilskud til alternativ behandling eller til behandling, der har forskningsmæssig eller eksperimentel karakter.

I de tilfælde, hvor bopælsregionen og Sundhedsstyrelsen ikke kan tilvejebringe et behandlingstilbud til patienten, og patienten selv finder et privat sygehus her i landet eller i udlandet, som kan varetage behandlingen betaler bopælsregionen et tilskud til behandlingen svarende til den gennemsnitlige udgift til en tilsvarende behandling på et dansk offentligt sygehus.

Herudover betaler bopælsregionen et gebyr til Sundhedsstyrelsen, der skal dække styrelsens udgifter i forbindelse med behandling af henvisningssager

efter bestemmelsen. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter gebyrets størrelse, jf. forslaget § 230.

Med forslaget bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om patienternes adgang til behandling og regionernes forpligtelser til at tilbyde behandling. Reglerne er fastsat i bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme mv.

## Kapitel 22 *Behandling i udlandet*

### *Til § 89*

Bestemmelsen om at regionsrådet kan tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet er en videreførelse af de eksisterende regler i sygehuslovens § 4, der er nærmere præciseret i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv. i §§ 20, 21, 25 og 26 om behandling i udlandet.

Efter bestemmelsen skal regionsrådet tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet, hvis behandling ikke kan ydes på et dansk sygehus, når patienten er indstillet hertil af den sygehusafdeling, som her i landet har den højeste indenlandske specialkundskab, og indstillingen er godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Herudover kan regionsrådet tilbyde en patient henvisning til forskningsmæssig behandling i udlandet. Dette forudsætter, at patienten er indstillet hertil af en sygehusafdeling med lands- eller landsdelsfunktion, og at behandling ikke kan ydes på et dansk sygehus. Denne ordning blev ført på baggrund af lovforslag L 132 1998/1.

Endelig kan Sundhedsstyrelsen rådgive sygehusvæsenet om behandling af patienter, som har en livstruende sygdom, der ikke umiddelbart kan tilbydes behandling for på offentlige sygehuse her i landet eller i udlandet efter stk. 1-3. Denne ordning blev ført på baggrund af L 132 1998/1.

Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler og betingelser for henvisning af patienter til behandling i udlandet efter stk. 1-4. Denne bemyndigelse er benyttet til at udstede bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v.

## Kapitel 23 *Regionsrådets oplysningspligt ved henvisning til sygehus*

### *Til § 90*



Bestemmelsen er en videreførelse af de eksisterende regler i sygehuslovens § 5 b, stk. 5. Bestemmelsen blev indsat ved L209 2003/1.

Det foreslås med bestemmelsen, at henviste patienter senest 8 hverdage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen, skal have oplysning om dato og sted for undersøgelse eller behandling, samt om patienten kan tilbydes behandling inden for 2 måneder. Desuden skal patienten have oplysning om det frie og det udvidede frie sygehusvalg. For at der skal være tale om en reel valgmulighed, skal patienten også have oplysning om ventetiden på behandling ved regionens egne og andre regioners sygehuse mv. inden for det aktuelle behandlingsområde, og at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplysning om, hvor mange af den slags behandlinger, der foretages på disse sygehuse. Endelig skal sygehuset tilbyde at henvise patienten til et andet sygehus, hvis patienten ønsker det. Oplysningerne om ventetider skal med forslaget gives konsekvent og systematisk og inden for den anførte frist. Endelig skal patienten have tilbud om viderehenvisning til et andet sygehus efter reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg.

Det er en forudsætning for, at regionernes sygehusvæsen kan oplyse patienten, om patienten kan tilbydes behandling inden for 2 måneder i bopælsamtet, at henvisningsdiagnosen er tilstrækkelig klar til, at det med en vis sandsynlighed kan vurderes, hvilke undersøgelser og behandlinger som patienten skal tilbydes.

Med bestemmelsen bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om denne oplysningspligt for regionerne.

## Kapitel 24

### *Beløb til personlige fornødenheder*

#### *Til § 91*

Med bestemmelsen tilsigtes det at videreføre den eksisterende regel i sygehuslovens § 5 a, om beløb til personlige fornødenheder under længerevarende indlæggelse til visse persongrupper.

Dog foreslås det, at indenrigs- og sundhedsministeren får adgang til at fastsætte nærmere regler om, at sygehusvæsenet og tilknyttede institutioner udbetaler et beløb til personlige fornødenheder til personer, der ikke oppebærer pension eller anden indkomst under længerevarende indlæggelser, og at ministeren kan fastsætte beløbets størrelse.

Efter den gældende bestemmelse skal institutionen til pensionister, der under indlæggelse på institution under sygehusvæsenet ikke får udbetalt pension i henhold til § 46, stk. 1, i lov om social pension, udbetale et beløb til personlige fornødenheder af samme størrelse som det beløb, der kan udbetales til personlige fornødenheder efter serviceloven.

Til indlagte personer, der ikke er pensionister, og som må anses for plejepatienter eller i øvrigt skønnes uegnede til mere varig udskrivning til eget hjem, udbetaler institutionen et beløb til personlige fornødenheder af samme størrelse som det i stk. 1 nævnte beløb. Der kan dog tidligst ske udbetaling, når de pågældende har haft en samlet indlæggelsestid på sygehus eller anden institution under sygehusvæsenet på 6 måneder ud over indlæggelsesmåneden regnet fra 1 1/2 år forud for indlæggelsen.

Til øvrige personer, der ikke er pensionister, og som har haft en længerevarende indlæggelse, kan der udbetales et beløb til personlige fornødenheder, hvor særlige forhold gør sig gældende.

Størrelsen af det til hver person udbetalte beløb kan ikke overstige det i stk. 1 nævnte beløb. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om udbetalingen af beløb til personlige fornødenheder.

### *Til afsnit VII*

#### *Svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion*

##### *Til kapitel 25-28*

Lov om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion vil blive overført fra Justitsministeriet til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Reglerne bliver videreført i lovforslaget, idet de beføjelser, der efter loven er tillagt justitsministeren, dog overføres til indenrigs- og sundhedsministeren.

Nærmere regler er fastsat i bekendtgørelse om svangerskabsafbrydelse, cirkulære om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse og i vejledning om svangerskabsafbrydelse.

#### *Svangerskabsafbrydelse*

Det følger af forslagets § 92, at enhver kvinde som udgangspunkt har ret til svangerskabsafbrydelse (abort), hvis indgrebet kan foretages inden udløbet af 12. svangerskabsuge. Hvorvidt denne grænse er overskredet bestemmes på baggrund af kvindens oplysninger sammenholdt med et lægeligt skøn på grundlag af en aktuel gynækologisk undersøgelse foretaget af en speciallæge i gynækologi og obstetrik samt en ultralydsundersøgelse.

Selv om 12-ugers grænsen er overskredet, kan abort foretages uden særlig tilladelse, hvis det af lægelige grunde er nødvendigt fx for at afværge fare for kvindens liv, jf. § 93.

Uanset om 12. svangerskabsuge er udløbet eller ej, kræves dog tilladelse til abort, hvis kvinden på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred eller af anden grund er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, jf. §§ 98 og 99

Ligeledes kræves tilladelse til abort for ugifte kvinder under 18 år, hvis forældremyndighedsindehaverne ikke samtykker, jf. § 99.

I § 94, stk. 1, angives betingelserne for at få tilladelse til abort efter, at 12-ugers fristen er overskredet. Der er bl.a. tale om situationer, hvor svangerskabet eller fødslen vil medføre fare for kvindens eller barnets helbred. Tilladelse må kun gives, hvis de forhold, der begrundes ansøgningen, har en sådan vægt, at det findes berettiget at udsætte kvinden for den forøgede helbredsmæssige risiko, som indgrebet indebærer, jf. stk. 2. Må fosteret antages at være levedygtigt, kan tilladelse til abort dog kun gives, hvis der er fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse, og at disse omstændigheder med afgørende vægt taler for at give tilladelsen, jf. stk. 3.

Afgørelser om, hvorvidt der skal gives tilladelse til svangerskabsafbrydelse i de nævnte tilfælde, træffes af de samråd og - for så vidt angår klagesager - ankenævn, indenrigs- og sundhedsministeren har oprettet i henhold lovens § 97, stk. 1.

Svangerskabsafbrydelse inden udløbet af 12. svangerskabsuge kan foretages både på offentlige sygehuse og på private hospitaler og klinikker. Svangerskabsafbrydelse efter udløbet af 12. svangerskabsuge må kun foretages af læger på regionale sygehuse, jf. § 101.

#### *Fosterreduktion*

Det følger af § 95, stk. 1, at en kvinde, der er gravid med flere fostre, som udgangspunkt uden særlig tilladelse kan få reduceret antallet af fostre, hvis indgrebet foretages inden udløbet af 12. svangerskabsuge og væsentligt formindsker en risiko for, at kvinden spontant vil abortere alle fostre, at et eller flere fostre som følge af for tidlig fødsel ikke vil være levedygtige eller vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse, at der vil opstå fare for kvindens liv, eller at kvindens legemlige eller sjælelige helbred vil blive væsentligt forringet. Vurderingen af om disse risici er til stede, foretages af en af sygehusets speciallæger i gynækologi og obstetrik.

Selv om 12-ugers grænsen er overskredet, kan fosterreduktion foretages uden særlig tilladelse, hvis det af lægelige grunde er nødvendigt fx for at afværge fare for kvindens liv, jf. § 95, stk. 2.

Der kræves tilladelse til indgrebet, hvis kvinden på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred eller af anden grund er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, jf. §§ 98 og 99. I så fald skal der beskikkes en særlig værge for kvinden.

Ligeledes kræves tilladelse til fosterreduktion for ugifte kvinder under 18 år, hvis forældremyndighedsindehaverne ikke samtykker, jf. § 99.

Afgørelser om, hvorvidt der skal gives tilladelse til fosterreduktion i de nævnte tilfælde, træffes af de samråd og - for så vidt angår klagesager - ankenævn,

indenrigs- og sundhedsministeren har oprettet i henhold lovens § 97, stk. 1, jf. nærmere herom i afsnit 3.

Tilladelse gives, hvis der er risiko for, at fosteret på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig sygdom, eller hvis – efter 12. svangerskabsuge - de ovennævnte risici er til stede, og der foreligger særlige omstændigheder. Må fosteret antages at være levedygtigt, kan tilladelse til fosterreduktion dog kun gives, hvis der er fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse, og at disse omstændigheder med afgørende vægt taler for at give tilladelsen.

Fosterreduktion må kun foretages af læger på regionale sygehuse.

#### *Samråd og ankenævn*

I henhold til § 97, stk. 1, opretter indenrigs- og sundhedsministeren et eller flere samråd for region. Et samråd består af en medarbejder ved regionen med juridisk eller social uddannelse samt to læger. Den ene læge skal være speciallæge i gynækologi eller kirurgi og så vidt muligt ansat ved et stedligt sygehus, mens den anden skal være speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt.

Disse samråd træffer afgørelse om, hvorvidt der skal gives tilladelse til svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion i de tilfælde, hvor tilladelse kræves, jf. § 97, stk. 1.

Samrådets afgørelser kan indbringes for et af indenrigs- og sundhedsministeren oprettet ankenævn, der tillige fører tilsyn med samrådenes virksomhed, jf. § 97, stk. 2. Ankenævnet består af en formand, som skal være dommer, og et antal medlemmer, hvoraf en skal være speciallæge i gynækologi eller kirurgi, og en anden speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt. Indbringelse for ankenævnet kan ske af den, på hvem indgrebet skal foretages, og af værgeren.

*Til afsnit VIII*

## Sterilisation og kastration

*Til kapitel 29-33*

Lov om sterilisation og kastration vil blive overført fra Justitsministeriet til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Reglerne bliver videreført i lovforslaget, idet de beføjelser, der efter loven er tillagt justitsministeren, dog overføres til indenrigs- og sundhedsministeren.

Nærmere regler er fastsat i bekendtgørelse om sterilisation og kastration, cirkulære om behandlingen af sager om sterilisation og vejledning om sterilisation.

*Sterilisation*

Ved sterilisation forstås indgreb, der ikke udgør kastration, og som varigt ophæver forplantningsevnen, jf. § 104.

En person, som har bopæl her i landet, har ret til at blive steriliseret på regionale sygehuse, når betingelserne for sterilisation er opfyldt, jf. § 113. Udgifterne afholdes af bopælsregionen, jf. § 241.

Som udgangspunkt har enhver person, der er fyldt 25 år, ret til at blive steriliseret, jf. lovens § 105. Endvidere følger det af lovens § 106, stk. 1, at kvinder under 25 år kan steriliseres uden særlig tilladelse, hvis det er nødvendigt for at forebygge svangerskab for at afværge fare for kvindens liv eller for alvorlig og varig forringelse af hendes legemlige eller sjælelige helbred, og denne fare er udelukkende eller ganske overvejende lægeligt begrundet.

Personer under 25 år, som ikke er omfattet af § 106, stk. 1, skal derimod have tilladelse til sterilisation.

Uanset alder kræver det endvidere tilladelse at blive steriliseret, hvis man på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling eller af anden grund er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet eller, hvis det pga. hæmmet psykisk udvikling eller dårlig begavelse er betænkeligt, at man på egen hånd anmoder om sterilisation, jf. §§ 109 og 110.

Tilladelse til sterilisation i de nævnte tilfælde gives fx, hvis der på grund af arvelige anlæg er fare for, at eventuelle børn vil få en alvorlig sygdom, eller hvis sociale og familiemæssige forhold gør det påkrævet at undgå barnefødsel, jf. § 106, stk. 2 og § 107.

Afgørelser om, hvorvidt der skal gives tilladelse til sterilisation i de nævnte tilfælde, træffes af de samråd og - for så vidt angår klagesager - ankenævn, indenrigs- og sundhedsministeren har oprettet i henhold til § 108, stk.

*Kastration*

Ved kastration forstås indgreb, hvorved kønskirtlerne fjernes, eller behandling, hvorved de varigt sættes ud af funktion, jf. § 104.

Kastration kan kun foretages efter tilladelse fra indenrigs- og sundhedsministeren (Sundhedsstyrelsen), jf. § 116, stk. 1.

Efter § 115 kan en person, som har bopæl her i landet, få tilladelse til kastration, herunder med henblik på kønsskifte, hvis ansøgerens kønsdrift medfører betydelige sjælelige lidelser eller social forringelse.

Tilladelse til kastration kan også gives, hvis ansøgerens kønsdrift udsætter denne for at begå forbrydelser.

Dog må kastration af personer under 21 år ikke tillades, medmindre ganske særlige grunde taler derfor. §§ 109 og 110 som nævnt ovenfor finder tilsvarende anvendelse, jf. § 116, stk. 2, idet afgørelser, når der er ansøgt om kastration, dog træffes af justitsministeren og ikke af de nævnte samråd.

#### *Samråd og ankenævn*

I henhold til § 108, stk. 1, jf. § 97, opretter indenrigs- og sundhedsministeren et eller flere samråd for hver region. Et samråd består af en medarbejder ved regionen (kommunen) med juridisk eller social uddannelse samt to læger. Den ene læge skal være speciallæge i gynækologi eller kirurgi og så vidt muligt ansat ved et stedligt sygehus, mens den anden skal være speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt.

Disse samråd træffer afgørelse om, hvorvidt der skal gives tilladelse til sterilisation i de tilfælde, hvor tilladelse kræves, jf. § 105, stk. 2, § 106, § 107 og § 110.

Samrådets afgørelser kan indbringes for et af indenrigs- og sundhedsministeren oprettet ankenævn, der tillige fører tilsyn med samrådenes virksomhed, jf. § 97, stk. 2. Ankenævnet består af en formand, som skal være dommer, og et antal medlemmer, hvoraf en skal være speciallæge i gynækologi eller kirurgi, og en anden speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt. Indbringelse for ankenævnet kan se af den, på hvem indgrebet skal foretages, og af værgeren.

Der henvises i øvrigt til bemærkninger til lov om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion:

*Til afsnit IX*  
Kommunale sundhedsydelser

Kapitel 34  
*Kommunalbestyrelsens ansvar*

*Til § 118*

Det fastslås med bestemmelsen, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser efter lovens afsnit IX.

En af målsætningerne med strukturreformen er at give kommunerne et større ansvar og flere opgaver på sundhedsområdet. Oprettelsen af 5 regioner med ansvar for sygehusbehandling vil sammen med den generelle behandlingsteknologiske og strukturelle udvikling betyde færre og mere specialiserede sygehuse. Kommunalreformen sikrer samtidig borgerne sundhedstilbud i nærmiljøet.

De sundhedstilbud, man som borger oftest har brug for, er typisk af vejledende, rådgivende, sundhedsfremmende og forebyggende karakter. De leveres også i dag i den primære sundhedssektor, særligt hos de praktiserende læger. Der er samtidig tale om tilbud og ydelser, der allerede i et vist omfang er placeret i kommunerne, fx i sundhedsplejen og ældreplejen, og som kommunerne med kommunalreformen og med reformen på sundhedsområdet tilskyndes til at forstærke indsatsen på. Der bliver herved også skabt et forbedret grundlag for en sammenhængende opgaveløsning på det kommunale sundhedsområde.

Et styrket kommunalt ansvar på sundhedsområdet skaber også forudsætningerne for, at kommunerne – eventuelt på tværs af kommunegrænser og i samarbejde med regionerne – udvikler og anvender nye organisatoriske løsninger. Der kan på pleje-, forebyggelses- og genoptræningsområdet være gevinster i form af styrket kvalitet, tværfaglighed, rekruttering eller stordriftsfordele mv. ved organisatorisk samling af opgaveløsningen i sundhedscentre el.lign. efter lokale behov.

Kapitel 35  
*Forebyggelse og sundhedsfremme*

*Til § 119*

Bestemmelsen, som er ny, giver kommunerne ansvar for at skabe rammer for en sund levevis for borgerne. Bestemmelsen har til formål at sikre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats en forankring i kommunerne.

Kommunerne er nær på borgerne. Det er en væsentlig ressource i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Forebyggelsen foregår bedst i de miljøer, hvor borgeren færdes, fx børneinstitutioner, skoler, hjemmeplejen og lokalsamfundet.

Kommunerne har særlig god adgang til en række målgrupper. Det gælder fx børn og ældre. Samtidig har kommuner erfaring med driftsmæssigt at forestå

forebyggende og sundhedsfremmende opgaver, fx den kommunale sundhedspleje, tandpleje og hjemmepleje.

Kommunernes meget brede opgaveportefølje giver dem et godt udgangspunkt for at prioritere tværgående og overordnet på forebyggelsesområdet. Dette kan fx ske gennem udformning af sundhedspolitikker.

For at tilskynde kommunerne til at investere i den primær forebyggende indsats, men især den patientrettede forebyggelse skal kommunerne som led i reformen medfinansiere deres borgeres behandling i sundhedsvæsenet.

Kommunernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område omfatter dels en indsats i forhold til kommunens indbyggere med henblik på at forebygge sygdom og ulykker (borgerrettet forebyggelse), dels en indsats med henblik på at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer (patientrettet forebyggelse).

Forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med patientbehandling i sygehusvæsenet og i almen praksis, varetages fremover af kommunerne.

Med hensyn til den patientrettede forebyggelse, herunder rehabilitering, forudsættes, at kommunerne og regionerne indgår aftaler, jf. § XX, med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb.

#### *Borgerrettet forebyggelse*

Med de større kommuner bliver der skabt bedre rammer for en borgernær forebyggende indsats, som sundhedsfaglig prioriteret afspejler de lokale sundhedsmæssige udfordringer og hvor indsatsen tilrettelægges ud fra lokale behov og forudsætninger.

De større kommunerne får samtidig forudsætninger får at driftssikre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, evt. i samarbejde med andre kommuner eller andre samarbejdspartnere.

Som væsentlige opgaver for kommunerne på det borgerrettede forebyggende indsats kan nævnes: Rygestop, alkohol, svær overvægt, fysisk aktivitet og seksuelt overførte sygdomme og uønskede graviditeter.

#### *Patientrettet forebyggelse*

En af de store udfordringer, samfundet står overfor i de kommende år, er indsatsen i forhold til kronisk syge personer. Mere end hver tredje voksne dansker lever i dag med en langvarig sygdom, fx type 2 diabetes, hjerte-karsygdomme, muskelskeletlidelser.

I en kommune på 30.000 indbyggere vurderes der at være ca. 1.400 med diabetes type 2, godt 1.700 med astma, ca. 1.100 med KOL (rygerlunger) og små 2.900 med ryglidelser.



Kroniske og langvarigt syge har behov for regelmæssig og tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet. Der skal derfor ske tilpasninger i sundhedsvæsenets indsats.

Kommunerne får fremover en væsentlig opgave med at samarbejde med regionerne om at udvikle og bidrage til indsatsen overfor denne patientgruppe. Sigtet er især at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv.

Det forudsætter et sammenhængende patientforløb. Tilrettelæggelsen af den patientrettede forebyggelse bør derfor være et obligatorisk punkt i sundhedsaftalerne jf. § 200.

Det forudsætter, at den enkelte patient i videst muligt omfang får de kompetencer, den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til at tage vare på eget helbred og udøve en god egenomsorg, fx. ved rehabilitering, patientundervisning og genoptræning.

Almen praksis spiller en vigtig rolle i forhold til sammenhængende patientforløb.

#### *Tilrettelæggelse af indsatsen*

Det er kommunernes ansvar at tilrettelægge deres indsats, det gælder også på det forebyggende og sundhedsfremmende område.

Også i forhold til de forebyggende og sundhedsfremmende opgaver er det væsentligt, at de varetages fagligt prioriteret, på det bedst muligt dokumenterede grundlag og af personale mv. med de nødvendige kompetencer.

Rammerne om indsatsen kan tilrettelægges på forskellige måder, fx i form af et sundhedscenter. Det væsentlige er hvilke ydelser og aktiviteter, der tilbydes og med hvilken kvalitet. Specielt i relation til et udbygget samarbejde med de alment praktiserende vil det være relevant at overveje ydelser, som kan aflaste eller supplerende de praktiserende læge, fx i form af henvisningsmuligheder til rygestopkurser, kostvejledning, motion mv. Det kan evt. ske i et samarbejde med sygdomsbekæmpende foreninger.

#### *Regionerne*

Regionernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmede område vedrører specielt den patientrettede forebyggelse. Det drejer sig bl.a. om videreudvikling af de forebyggende sygehuse, almen praksis og deres opgaver på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet og samarbejdet med kommuner om især indsatsen i forhold til kronisk syge, langvarigt syge, patienter med genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

Regionerne forudsættes samtidig at få tværgående opgaver i relation til kvalitetsudvikling og – sikring for den patientrettede forebyggelse. Det er meget væsentligt, at kvalitetsudviklingen sker parallelt i det regionale og det kommunale sundhedsvæsen og følger fælles standarder. På nuværende tidspunkt er det vurderingen, at der i de kommende år er behov for at opprioritere kvalitetsarbejdet uden for sygehusvæsenet.

Regionernes opgaver i forhold til de tværgående opgaver vil desuden finde sted i forbindelse med indgåelse af samarbejdsaftaler med kommunerne. I den forbindelse vil regionerne få en viden, som med fordel kan anvendes til at formidle samarbejde, erfaringer mv. mellem kommunerne i regionen.

Regionerne kan derudover i samarbejde med kommunerne bidrage til at forstå tværgående opgaver som fx overvågning af sundhedstilstanden, specialiseret rådgivning, kvalitetsarbejde vedr. den borgerrettede forebyggelse og uddannelse med udgangspunkt i det regionale sundhedsvæsens erfaringer og kompetencer, herunder metodeudvikling og evaluering.

#### *Staten*

De centrale sundhedsmyndigheder mv. vil etablere et samarbejde med kommuner og regioner om deres indsats vedr. den borgerrettede og patientrettede forebyggelse. De centrale sundhedsmyndigheder vil bistå med bl.a. overvågning, overordnede retningslinier, dokumentation, vidensformidling mv.

## Kapitel 36

### *Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*

#### *Til §§ 120-126*

Reglerne i kapitel 36 er en videreførelse af reglerne i Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge.

Lovforslaget bygger på fire hovedprincipper:

- a) Generelle sundhedsfremmende og forebyggende foranstaltninger.
- b) Ydelser til alle børn.
- c) En særlig indsats over for de svagest stillede børn og unge.
- d) Konsulentfunktioner i forhold til daginstitutioner, dagplejen, skoler mv. om børns sundhed og trivsel og sundhedstilstanden på institutionerne.

#### *Til § 120*

Bestemmelsen fastlægger som opfølgning på kommunalreformen, at kommunerne får ansvaret for forpligtelser efter § 1 i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Dette ansvar er i dag tillagt både kommuner og amter. Bestemmelsen er i øvrigt en videreførelse af den gældende bestemmelse. Kommunalbestyrelsen skal således dels yde en generel sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn og en særlig indsats, der specielt tager sigte på de svagest stillede børn og unge.

#### *Til § 121*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i §§ 2 og 4 i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Alle børn og unge skal således fortsat have tilbud om sundhedsvejledning, bistand og funktions-

undersøgelse fra en sundhedsplejerske og 2 helbredsundersøgelser af en læge. Reglerne i lovens § 2, stk. 2, hvorefter sundhedsplejerskens virksomhed i barnets første leveår normalt udøves ved besøg i hjemmet, foreslås fastlagt i en bekendtgørelse. Der foreslås samtidig, at tidspunktet for gennemførelse af de 2 lægelige undersøgelser bliver fastsat i en bekendtgørelse, jf. § 126, stk. 1. Der er ikke tilsigtet ændring af de gældende regler.

#### *Til § 122*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i § 6 i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Både sundhedsplejersken og lægen skal fortsat tage sig ekstra af de svagest stillede børn og unge. Har barnet/den unge behov for lægelig behandling, skal den unge/forældrene opfordres til at søge egen læge.

#### *Til § 123*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i § 7 i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, som pålægger kommunerne en pligt til at have en tværfaglig gruppe, der skal sikre at børn og unge med særlige behov får taget hånd om eventuelle problemer. Dog foreslås fastlagt ved bekendtgørelse, jf. lovforslagets § 126, stk. 1, at en af gruppens medlemmer skal udpeges som ansvarlig for at koordinere indsatsen over for det enkelte barn og den enkelte unge. Der er hermed ikke tilsigtet ændring af de gældende regler. Barnet og dets familie vil således fortsat have en enkelt person at holde sig til.

#### *Til § 124*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i § 8 i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, som pålægger kommunerne en konsulentfunktion i forhold til skoler, daginstitutioner og den kommunalt formidlede dagpleje om børns sundhed og trivsel. Dog foreslås det fastlagt ved bekendtgørelse, jf. lovforslagets § 126, stk. 1, at den kommunale sundhedstjeneste (læger og sundhedsplejersker) skal rådgive institutionspersonalet vedrørende de børn, som personalet finder, har særlige behov, samt at kontakten til den kommunale sundhedstjeneste sker efter forudgående drøftelse med barnets forældre. Der er ikke tilsigtet ændring af de gældende regler.

#### *Til § 125*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 18, stk. 2, i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, hvorefter det er skolekommunen og ikke bopælskommunen, der skal tilbyde de forebyggende ydelser. Ydelser, der efter lov om forebyggende sundhedsordninger § 18, stk. 3, afholdes af bopælsamtskommunen, jf. lovens § 3, vil efter forslaget skulle afholdes af regionsrådet, jf. § 64.

### *Til § 126*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i § 14 i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, der giver ministeren hjemmel til at fastsætte nærmere regler om de kommunale forpligtelser efter loven. Bemyndigelsen er i dag udmøntet i bekendtgørelse om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Bemyndigelsen efter stk. 1 forudsættes bl.a. også anvendt til fastsættelse af bestemmelser, der tidligere har fremgået af lovgivningen, jf. bemærkningerne til § 121 og § 123. Sundhedsstyrelsen vil fortsat kunne fastsætte retningslinier for tilrettelæggelsen og indholdet af ydelser i de forebyggende sundhedsordninger, jf. § 208, stk. 1.

## Kapitel 37 *Kommunal tandpleje*

### *Tandpleje til børn og unge*

#### *Til §§ 127- 130*

Reglerne om børne- og ungdomstandplejen er en videreførelse af reglerne i Lov om tandpleje.

Lovforslaget bygger på følgende hovedprincipper:

- a) Et vederlagsfrit tandplejetilbud til alle børn og unge under 18 år
- b) Fuld frihed for kommunerne til at beslutte hvordan man vil tilrettelægge børne- og ungdomstandplejen.
- c) Frihed til forældre til at vælge privat tandlægepraksis efter eget valg med kommunalt tilskud på 65 % (de 16 og 17 årige dog med 100 % tilskud)
- d) Øget valgfrihed på tværs af kommunegrænsen.

#### *Til § 127*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 2, stk. 1 - 3 i lov om tandpleje, som forpligter kommunerne til at give alle børn og unge under 18 år et vederlagsfrit tandplejetilbud. Det er fortsat kommunalbestyrelsen der beslutter, hvorledes man nærmere vil tilrettelægge tandplejetilbuddet efter stk. 1, jf. dog § 129 stk. 3. Unge på 16 og 17 år har fortsat ret til vederlagsfri ungdomstandpleje efter eget valg, jf. forslagens § 129, stk. 3.

#### *Til § 128*

Bestemmelsen er en videreførelse af de gældende regler, jf. § 3, stk. 1 i bekendtgørelse om tandpleje, hvorefter kommunalbestyrelsen selv beslutter, om den vederlagsfri børnetandpleje skal tilbydes på offentlig klinik eller i privat tandlægepraksis, som kommunalbestyrelsen indgår aftale med om opgaven.

*Til § 129*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 2, stk. 4, og § 3 i lov om tandpleje, der giver børn/forældre mulighed for at vælge et andet tandplejetilbud end det, kommunalbestyrelsen stiller vederlagsfrit til rådighed, enten i privat praksis efter eget valg med kommunalt tilskud (børn under 16 år) eller ved en anden kommunes tandklinik, hvis den ønskede kommune har kapacitet til at modtager barnet eller den unge i behandling. Ved valg af anden kommunes klinik, kan der blive tale om en egenbetaling for alle under 18 år, jf. forslaget's stk. 4. De 16-17 årige kan fortsat vælge vederlagsfri tandpleje i privat praksis med

*Til § 130*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 5, stk. 2, i lov om tandpleje, som giver ministeren hjemmel til at fastsætte bindende rammer for ressourceforbruget.

*Omsorgstandpleje**Til §§ 131 og 132*

Reglerne om omsorgstandpleje kom ind ved Lov nr. 411 af 26. maj 1994 som en ændring af tandplejeloven.

Kommunerne blev med ændringen forpligtet til at tilbyde tandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap, kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud.

*Til § 131*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i lov om tandpleje § 4, stk. 1 og 2, som pålægger kommunerne en forpligtelse til at tilbyde omsorgstandpleje. I medfør af stk. 2, har borgeren mulighed for at vælge at modtage omsorgstandplejen i privat praksis i stedet for på kommunal klinik. Tandplejelovens § 4, stk. 3, er ikke medtaget, da det følger af sygesikringslovens regler om tilskud til tandpleje til voksne.

*Til § 132*

Hjemlen til at opkræve betaling fremgår i dag af lov om tandpleje § 4, stk. 4. I dag udgør den maksimale egenbetaling i følge § 10, stk. 1, i bekendtgørelse om tandpleje 380 kr. årligt. Det fastsatte loft reguleres én gang årligt på grundlag af satsreguleringsprocenten, jf. bekendtgørelse om tandpleje § 27.

## *Specialiseret tandplejetilbud*

### *Til § 133*

Bestemmelsen skal sikre, at der fortsat gives et specialiseret behandlingstilbud til de personer, der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksentandplejen eller i omsorgstandplejen. Personkredsen er den samme som i § 6 a i bekendtgørelse af lov om tandpleje. Opgaven varetages i dag af amterne hovedsageligt på særlige amtstandklinikker.

Med forslaget følger ansvaret for denne del af tandplejen den øvrige opgaveplacering på det sociale område for de omhandlede grupper. Alle myndighedsopgaver og det fulde finansieringsansvar lægges således i kommunerne. Opgaven vil hermed kunne løses tættere på borgerne i deres nærmiljø. Den enkelte kommune har allerede i dag ansvaret for at tilbyde omsorgstandpleje til personer, som på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud. Kommunerne vil efter forslaget få ansvaret for tandplejen til alle sindslidende, udviklingshæmmede m.fl., som ikke eller kun vanskeligt kan udnytte det almindelige tandplejetilbud. Det vil give kommunerne mulighed for en mere fleksibel tilrettelæggelse af tilbuddene til de enkelte borgere. Samtidig undgås, at patienter visiteres frem og tilbage mellem 2 tandplejesystemer, når den samme myndighed har ansvaret for alle tilbud på tandplejeområdet til de omhandlede patientgrupper.

Borgerens hjemkommune vil have ansvaret for, at borgeren får det specialiserede tandplejetilbud, som borgeren har krav på. F.eks. de behandlingsopgaver, som i specialisering og kompleksitet overstiger, hvad den enkelte kommune kan løfte på egne klinikker, har kommunalbestyrelsen dog mulighed for at få varetaget af andre jf. forslagets stk. 2 og 4.

I følge forslagets stk. 3 får regionerne ansvaret for at stille de nødvendige behandlingspladser til rådighed for de kommuner i regionen, der ikke ønsker eller har mulighed for at løfte opgaven.

Kommunerne får efter forslagets stk. 4 ansvaret for at udarbejde en årlig redegørelse for behov og kommunens forventede forbrug af pladser i regionen. Redegørelsen skal danne grundlag for indgåelse af en rammeaftale mellem kommunerne og regionen.

### *Til § 134*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 6 a i lov om tandpleje, der i dag giver amterne mulighed for at opkræve en egenbetaling hos borgere, der modtager amtstandpleje. Beløbet for den maksimale årlige egenbetaling er dog ikke medtaget i lovteksten, men vil med hjemmel i stk. 2 blive fastsat i en bekendtgørelse. I dag udgør den maksimale egenbetaling ifølge lovteksten 1.300 kr. årligt. Det fastsatte loft reguleres imidlertid én gang årligt på grundlag af satsreguleringsprocenten og udgør pr. 1. januar 2004 1.420 kr.

*Økonomisk støtte til tandproteser ved ulykkesbetingede tandskader*

*Til § 135*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 4 a i lov om tandpleje, som giver borgerne mulighed for at få støtte fra kommunen ved ulykkesbetingede tandskader.

*Koordination af tandplejen mv.*

*Til § 136*

Bestemmelsen er en videreførelse af de nuværende bemyndigelsesbestemmelser i tandplejeloven. Bemyndigelsen er i dag udmøntet i bekendtgørelse om tandpleje, der indeholder bestemmelser, der mere detaljeret regulerer omfanget af og indholdet i de kommunale tandplejetilbud både i børne- og ungdomstandplejen og i omsorgstandplejen, jf. kapitel 1 og 2. Der er bl.a. i dag fastsat regler om valg af tilhørsforhold, adgang til behandler skift samt tilskud i børnetandplejen. Indholdet af det amtslige tilbud efter tandplejelovens § 6 a, som kommunerne efter forslaget § 133 får ansvaret for, er i dag fastlagt i bekendtgørelse om tandpleje § 16. Med hjemmel i stk.1 vil der som opfølgning på loven i en bekendtgørelse blive fastsat bestemmelser for tandplejetilbud både for børne- og ungdomstandplejen, omsorgstandplejen og det specialiserede tandplejetilbud efter § 133.

Bemyndigelsen i stk. 2 er i dag udmøntet i bekendtgørelse om tandpleje kapitel 3.

*Til § 137*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 8, stk. 1 i lov om tandpleje, der pålægger amtsrådet og kommunalbestyrelserne i amtet at sikre en koordination af den offentlige tandpleje og tandplejen i privat praksis.

**Kapitel 38**  
*Hjemmesygepleje*

Reglerne om hjemmesygepleje er en videreførelse af reglerne i Lov om hjemmesygeplejerskeordninger.

*Til § 138*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse af de gældende regler i § 1 i lov om hjemmesygeplejerskeordninger, hvorefter kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi sning. Dog lovfæstes, at det er opholdskommunen, der efter bestemmelsen er ansvarlig for at yde hjemmesygepleje. Dette er efter de gældende regler fastlagt i bekendtgørelse om hjemmesygepleje § 1.

*Til § 139*

Bestemmelsen er en videreførelse af § 2 i lov om hjemmesygeplejerskeordninger. Bestemmelsen er i dag udmøntet i bekendtgørelse om hjemmesygepleje.

Kapitel 39  
*Genoptræning*

*Til § 140*

Med bestemmelsen får kommunerne pligt til at yde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Dermed får kommunerne en ny opgave på sundhedsområdet.

I dag er genoptræning en integreret del af sygehusbehandlingen og dermed en amtslig forpligtelse efter sygehusloven. Amtskommunens forpligtelse er efter de gældende regler afgrænset til den periode, hvor funktionsniveauet fortsat kan forbedres gennem yderligere genoptræning. Således har amtskommunen i dag også ansvaret for borgernes genoptræning i forlængelse af sygehusbehandlingen, hvis der fortsat er behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehuset.

De amtskommunale og kommunale træningstilbud er imidlertid karakteriseret ved en glidende overgang fra den specialiserede genoptræning i amtsligt regi til vedligeholdelsestræningen, der varetages i kommunalt regi. Genoptræningsområdet er bl.a. af denne grund et af de områder, der oftest har været fremhævet som et gråzoneområde, trods mange forsøg fra de centrale sundhedsmyndigheders side gennem årene på at indskærpe amters og kommuners forpligtelse til gennem samarbejde at sikre den enkelte patient et sammenhængende og effektivt træningsforløb.

Regeringen ønsker derfor som led i kommunalreformen at give kommunerne ansvaret for al den træning, der ikke foregår under indlæggelse på sygehus. Kun den træningsindsats, der sker under patientens ophold på sygehus, er sygehusets ansvar.

Først og fremmest fastholdes sygehusets forpligtelse til at udarbejde en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning ved udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanen skal være patientens dokumentation for, hvilket funktionsniveau den faglige ekspertise mener, han eller hun kan nå med genoptræning efter udskrivelsen, jf. § 84.

Samtidig supplerer bestemmelsen den sociale lovgivnings bestemmelser om genoptræning, vedligeholdelsestræning og personlig hjælp efter anden lovgivning, herunder særligt serviceloven. Kommunalbestyrelsen er efter disse bestemmelser bl.a. forpligtet til at yde hjælp til at vedligeholde fysiske og psykiske færdigheder til personer med behov herfor. Med det udvidede kommunale ansvar for genoptræning er der skabt grundlag for, at kommunerne kan tilbyde



mere sammenhængende genoptræning, vedligeholdelsestræning og personlig hjælp mv. til alle personer med behov herfor.

For at tilstræbe økonomisk neutralitet mellem genoptræning under og efter indlæggelse og undgå kassetænkning skal kommunerne ud over den træning, de selv har ansvar for, betale for egne borgeres genoptræning under indlæggelse ved en grundtakstmodel baseret på relativt få takster, jf. § 232, stk. 4. Denne kommunale medfinansiering af sygehusgenoptræning vil dels styrke kommunernes mulighed for at påvirke sygehusenes genoptræningsindsats, dels vil det understøtte et obligatorisk samarbejde om genoptræningsområdet og mere målrettede aftaler mellem kommune og region.

Kommuner og regioner vil efter lovforslaget, jf. afsnit XV, blive forpligtet til at etablere et samarbejde om sammenhæng i patientforløbene. Lovpligtige sundhedsaftaler skal blandt andet indeholde aftaler om genoptræningsindsatsen. Det kommende, lovpligtige samarbejdsforum mellem region og kommuner skal på genoptræningsområdet bl.a. anvendes til at indgå aftaler om serviceniveau, faglige indikationer og visitationskriterier og løsning af evt. uenigheder herom.

Dermed véd borgeren, når vedkommende forlader sygehuset, at det er kommunen, der har ansvaret for at sikre en indsats på grundlag af den genoptræningsplan, sygehuset har beskrevet. Kommunen har forpligtelsen til at sørge for et relevant tilbud til borgeren. Kommunen kan tilbyde genoptræningen ved egne institutioner eller efter aftale med regioner, andre kommuner eller private institutioner eller sygehuse mv.

Genoptræningen er vederlagsfri. Dette indebærer også, at tilbud om genoptræning efter denne bestemmelse ikke kan erstattes af fx tilskud til fysioterapeutisk behandling, jf. lovforslagets § 68 om tilskud til fysioterapi i privat praksis.

## Kapitel 40 *Behandling for alkoholmisbrug*

### *Til § 141*

Med kommunalreformen henlægges ansvaret for behandlingen af alkoholmisbrugere til kommunerne. Det indebærer, at kommunerne får ansvaret for at visitere alkoholmisbrugere til et relevant behandlingstilbud. Ansvar for forebyggelse, behandling og efterbehandling på alkoholområdet samles herved i kommunalt regi.

Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på alkoholområdet. Det nødvendige behandlingstilbud kan tilvejebringes ved at kommunalbestyrelsen selv etablerer behandlingspladser, ved at kommunalbestyrelsen træffer aftale med regionsrådet om at stille alkoholbehandlingspladser til rådighed eller ved at kommunalbestyrelsen træffer aftale med andre udbydere af alkoholbehandlingstilbud.

Alkoholbehandling vil fortsat kunne finde sted på psykiatrisk afdeling og hos egen læge.

Bestemmelsen i § 110, stk. 4, om anonymitet er identisk med den nuværende bestemmelse i sygehuslovens § 16, stk. 2.

Med forslaget har en alkoholmisbruger ligesom i dag ret til vederlagsfri behandling på et alkoholambulatorium efter eget valg. Det vil sige, at en alkoholmisbruger uden henvisning har ret til behandling på et alkoholambulatorium, som ikke er en del af det kommunale tilbud.

## Kapitel 41 *Behandling for stofmisbrug*

### *Til § 142*

Med kommunalreformen henlægges ansvaret for lægelig behandling af stofmisbrugere med euforiserende stoffer (substitutionsbehandling) til kommunerne.

Substitutionsbehandlingen forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugeren. Forslaget giver derfor ikke den enkelte stofmisbruger ret til frit valg af behandlingssted; adgang til behandlingen kan alene opnås gennem den kommune, hvor stofmisbrugeren har bopæl.

Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen. Det nødvendige behandlingstilbud kan tilvejebringes, ved at kommunalbestyrelsen selv etablerer behandlingspladser, ved at kommunalbestyrelsen træffer aftale med regionsrådet om at stille behandlingspladser til rådighed eller ved at kommunalbestyrelsen indgår driftsoverenskomst med private institutioner. Adgangen til at tilvejebringe behandlingspladser ved driftsoverenskomst med private institutioner er en videreførelse af den gældende retstilstand.

Ifølge bestemmelsens stk. 3, stiller regionsrådet efter aftale med de enkelte kommunalbestyrelser behandlingsplader til rådighed og yder faglig bistand og rådgivning.

De regler om sundhedsaftaler, der med hjemmel i lovforslagets § 199 vil blive fastsat af ministeren med det formål at sikre samordning mellem regioner og kommuner, vil også komme til at omfatte substitutionsbehandling. Det gælder såvel den sundhedsfaglige vurdering af, om en stofmisbrugers ønske om sådan behandling er fagligt relevant som den sundhedsfaglige tilrettelæggelse af behandlingen. Reglerne vil også omfatte spørgsmålet om iværksættelse af substitutionsbehandling af stofmisbrugere indlagt til behandling på psykiatrisk eller somatisk afdeling på regionalt sygehus samt regionens ydelse af faglig bistand og rådgivning.

Sundhedsstyrelsen vil som hidtil udarbejde nærmere faglige retningslinier for substitutionsbehandlingen.

*Til afsnit X*  
Tilskud til lægemidler

Kapitel 42  
*Retten til ydelser*

*Til §§ 143 - 152*

Bestemmelserne er en uændret videreførelse af de nugældende bestemmelser om medicintilskud i sygesikringslovens §§ 7 – 7 i.

*Til afsnit XI*  
Øvrige ydelser og tilskud

Kapitel 43  
*Vaccination til visse persongrupper*

*Til § 153*

Bestemmelsen er en videreførelse af lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme. Sundhedsstyrelsen fastsætter fortsat retningslinier om gennemførelse af vaccinationer efter loven, jf. § 209, stk. 1.

Kapitel 44  
*Tilskud til ernæringspræparater*

*Til § 154*

Bestemmelsen er en videreførelse af sygesikringslovens regler om tilskud til ernæringspræparater, jf. § 8 a, som i stk. 1 bestemmer, at den offentlige sygesikring yder tilskud til ernæringspræparater, som er ordineret af en læge i forbindelse med sygdom eller alvorlig svækkelse. Bestemmelsen blev indført ved lov nr. 267 af 11. maj 1998.

Stk. 2, som giver hjemmel til at opkræve gebyr for godkendelse af ernæringspræparater som tilskudsberettiget, blev indført ved lov nr. 378 af 28. maj 2003.

Kapitel 45  
*Begravelseshjælp*

*Til § 155*

Bestemmelserne er en forenkling af § 16, stk. 1 - 3 i sygesikringsloven som ændret ved L1999 1118 § 28, stk. 1 i sygesikringsloven.

Den gældende bestemmelse er hjemmel for reglerne i bekendtgørelse om beregning og udbetaling af begravelseshjælp efter lov om offentlig sygesikring. Bekendtgørelsen fastlægger bl.a., at begravelseshjælpen beregnes på grundlag af afdødes og den efterlevende ægtefælles formue og formuerettigheder, og at begravelseshjælpen bortfalder ved formuer over visse fastsatte formuegrænser.

Der tilsigtes ikke en realitetsændring af gældende regler eller af begravelseshjælpens størrelse og formuegrænserne, men de meget detaljerede regler i den gældende lov findes at kunne fastlægges i en bekendtgørelse.

I bekendtgørelsen vil det blive fastlagt, at retten til begravelseshjælp på 1.050 kr. efter personer født før 1. april 1957 og begravelseshjælp i henhold fripolicer udstedt med hjemmel i gældende lovs § 16, stk. 4 og 5, bevares.

Det vil endvidere blive fastlagt, at begravelseshjælpen fortsat reguleres én gang årligt med satsreguleringsprocenten, jf. lov om en satsreguleringsprocent.

## Kapitel 46 *Ydelser til søfarende*

### *Til § 156*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i sygesikringslovens § 14, idet det præciseres, at medsejlende ægtefæller og børn også har disse rettigheder.

## Kapitel 47 *Regionsspecialtandpleje*

Reglerne om tandpleje efter kapitel 47, 48 og 49 er en videreførelse af reglerne i lov om tandpleje som ændret ved Lov nr. 1315 af 20. december 2000 (amtstandpleje), der pålagde amterne en særlig tandplejeforpligtelse i forhold til følgende grupper:

- Personer med sindslidelser, psykisk udviklingshæmning m.fl.
- Personer med øget behov for specialbehandling på grund af manglende tandanlæg samt øvrige tanddannelsesforstyrrelser.
- Personer med sjældne sygdomme og handicap hos hvem den tilgrundliggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund og kæber.
- Personer med Sjøgrens Syndrom.
- Kræftpatienter, der er blevet strålebehandlet i hoved-/halsregionen samt
- Kræftpatienter, der har modtaget kemoterapi.

Tandplejen for de førstnævnte grupper (personer med sindslidelser, psykisk udviklingshæmning m.fl.) skal efter forslagets § 133 fremover varetages af kommunerne.

## *Regionsspecialtandpleje*

### *Til § 157*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 6 b i lov om tandpleje, som forpligter amtsrådet til at tilbyde børn og unge under 18 år med manglende tandanlæg eller andre tanddannelsesforstyrrelser et specialiseret og sammenhængende tandplejetilbud.

## Kapitel 48

### *Odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion*

### *Til § 158*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i af lov om tandpleje § 6 c, som sikrer, at der er et behandlingsregi på højt niveau, der dels kan yde odontologisk rådgivning og behandling af patienter med sjældne sygdomme og handicap, der pga. deres sygdom/handicap har specielle problemer i tand-, mund og kæberegionen dels kan varetage højt specialiseret rådgivning og behandling af børn, der med manglende tandanlæg, tanddannelsesforstyrrelser mv. der er i dag etableret 2 odontologiske landsdels- og videnscentre ved henholdsvis Rigshospitalet og Århus Universitetshospital.

### *Til § 159*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 6 e i lov om tandpleje, der bemyndiger ministeren til at fastsætte regler, der regulerer omfanget af og kravene til den amtskommunale (regionale) tandpleje. Bemyndigelsen er i dag udmøntet i bekendtgørelse om tandpleje, der i kapitel 5, 6 og 7 fastsætter nærmere regler om den i §§ 157, 158 og 161 omhandlede tandpleje.

### *Til § 160*

Bestemmelsen svarer indholdsmæssigt til § 8, stk. 1, i lov om tandpleje, der pålægger amtsrådet og kommunalbestyrelserne i amtet at sikre en koordination af den offentlige tandpleje og tandplejen i privat praksis.

## Kapitel 49

### *Tilskud til tandpleje til visse patientgrupper*

### *Til § 161*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 6 d i lov om tandpleje, der sikrer visse Sjøgrenspatienter og kræftpatienter efter stråle- eller kemoterapibehandling et særligt tilskud (amtslig tilskudsbevilling), såfremt de opfylder visse nærmere angivne betingelser (dokumenterede tandproblemer som følge af sygdom/behandling samt en egenbetaling, der årligt overstiger p.t. 1.420 kr. årligt). De nærmere regler for støtte, jf. stk. 3, er i dag udmøntet i bekendtgørelse om

tandpleje kapitel 7. Beløbet for den maksimale årlige betalingstakst, der i dag fremgår af loven, er dog ikke medtaget i forslaget, men vil med hjemmel i stk. 3 blive fastsat i en bekendtgørelse. I dag udgør den maksimale egenbetaling ifølge loven 1.300 kr. årligt. Det fastsatte loft reguleres imidlertid én gang årligt på grundlag af satsreguleringsprocenten og udgør pr. 1. januar 2004 1.420 kr. Beløbet på de 1.300 kr. er fastsat ud fra den gennemsnitlige egenbetaling i voksentandplejen.

## Kapitel 50 Den offentlige rejsesygesikring

### *Til § 162*

Bestemmelsen er en videreførelse af § 15 i sygesikringsloven, som ændret ved L 1992 193.

Bestemmelsen er hjemmel for reglerne i bekendtgørelsen om den offentlige rejsesygesikring, hvorefter danske sygesikrede har ret til dækning af udgifter til læge- og hospitalsbehandling, medicin m.m. i tilfælde af sygdom, ulykkestilfælde eller dødsfald under den første måned af en ferie- eller studierejse i Europa.

Bestemmelsen i stk. 2, hvorefter ministeren fastsætter regler om, i hvilket omfang ydelser i henhold til overenskomst med en anden stat træder i stedet for ydelser efter den offentlige rejsesygesikring, er udvidet med en henvisning til EU-retten - her Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet - der i vidt omfang regulerer adgangen til sygehjælp under ophold i andre EU-/EØS-lande.

Forordningens regler anvendes også i forhold til Schweiz, jf. aftalen mellem Det Europæiske Fællesskab og dets medlemsstater på den ene side og Det Schweiziske forbund på den anden side om fri bevægelighed for personer.

## Kapitel 51 *Tilskud til ydelser købt eller leveret i et andet EU-/EØS-land*

### *Til § 163*

Bestemmelsen viderefører med en enkelt ændring § 15 a i sygesikringsloven, som ændret ved L 2000 467.

Bestemmelsen er hjemmel for bekendtgørelsen om adgang til tilskud efter sygesikringsloven til varer og tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU-/EØS-land. Ifølge bekendtgørelsen har sygesikrede ret til tilskud til enkelte af lovens ydelser, fx ernæringspræparater, briller til børn under 16 år og visse ydelser i praksissektoren, også når disse ydelser købes eller leveres i et andet EU-/EØS-land.

Med bestemmelsen udvides ministerens bemyndigelse til også at omfatte ydelser efter loven, som kommunalbestyrelsen giver tilskud til.

Ministeren vil foreløbig udmønte bemyndigelsen som hidtil.

### *Til afsnit XII*

## Præhospital indsats og befordring og befordringsgodtgørelse

### Kapitel 52 *Præhospital indsats*

#### *Til § 164*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 10 a i sygehusloven, men indeholder samtidig en præcisering af, at indenrigs- og sundhedsministerens bemyndigelse også omfatter adgang til at fastsætte bestemmelser om regionernes tilrettelæggelse af den præhospital indsats. I dag har ministeren således i henhold til sygehuslovens § 10 a fastsat sådanne regler i bekendtgørelse nr. 1039 af 24. november 2000 om planlægning af den præhospital indsats og uddannelse af ambulancepersonale mv.

### Kapitel 53

## *Befordring og befordringsgodtgørelse*

#### *Til §§ 165-170*

§ 165 og §§ 168-170 er en videreførelse af befordringsreglerne i sygesikringsloven, jf. §§ 17-19.

Efter sygesikringsloven yder kommunen i sygdomstilfælde befordringsgodtgørelse for nødvendig befordring til og fra alment praktiserende læge i sygdomstilfælde til pensionister, der er gruppe 1-sikret, ved behandling eller undersøgelse for amtskommunens regning efter sygesikringsloven. Samme betingelser gælder for samme gruppe ved behandling hos speciallæge, dog skal der derudover foreligge en henvisning fra egen læge, og befordringsgodtgørelsen ydes for udgifter til befordring til den nærmeste speciallæge.

For andre gruppe 1-sikrede har indenrigs- og sundhedsministeren fastsat regler om befordring i bekendtgørelse om befordringsgodtgørelse efter sygesikringsloven.

Derudover ydes godtgørelse til gruppe 1-sikrede for nødvendig befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj til og fra akut skadebehandling hos alment praktiserende læge eller speciallæge, for så vidt den pågældende behandling finder sted for amtskommunens regning efter sygesikringsloven.

Befordring skal ske med det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel og ydes kun når den enkelte udgift overstiger en grænse fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren. Beløbsgrænserne fremgår af bekendtgørelse om befordringsgodtgørelse efter sygesikringsloven.

Befordringsgodtgørelse ydes af den kommune, som patienten opholder sig i på det tidspunkt, da befordringen rekvireres. Søges befordringshjælp hos en kommune, hvor personen midlertidigt opholder sig, kan godtgørelse for tilbagekørsel fra læge kun forlanges til det midlertidige opholdssted.

Bestemmelserne er senest ændret redaktionelt ved lov nr. 389 af 7. juni 1989, hvor det sociale udvalg blev erstattet med kommunalbestyrelsen, samt ved lov nr. 980 af 12. december 1997, således at bestemmelserne nu omhandler begrebet social pension.

§§ 166-169 er en videreførelse af befordringsreglerne i sygehuslovens §§ 6-8.

Efter bestemmelserne ydes der befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj til personer med ret til vederlagsfri behandling, såfremt vedkommendes tilstand nødvendiggør dette.

Ydelsen udspringer af et helbredsmæssigt behov hos patienten, der udelukker transport med almindelige befordringsmidler (kollektiv trafik, hyrevogn eller egen bil).

Efter bestemmelsen ydes der befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling til personer, som modtager pension efter lov om social pension, og som har ret til vederlagsfri sygehusbehandling, når de modtager behandling på regionale sygehuse og de i § 75 nævnte institutioner samt på andre sygehuse mv., såfremt de af indenrigs- og sundhedsministeren er henført til denne bestemmelse. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter i øvrigt i hvilke tilfælde, der ydes befordring eller befordringsgodtgørelse, herunder i hvilket omfang der ydes befordring ved frit sygehusvalg. Der er i henhold til sygehuslovens § 3, stk. 3 og §§ 6 og 7 fastsat nærmere bestemmelser i bekendtgørelse om ydelse af befordring eller befordringsgodtgørelse i henhold til lov om sygehusvæsenet og lov om svangerskabshygijne og fødselshjælp.

Befordring skal ske med det efter forholdene billigste, forsvarlige befordringsmiddel og ydes kun når udgiften eller afstanden til behandlingsstedet overstiger en grænse fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren. Beløbsgrænserne fremgår af den gældende bekendtgørelse om ydelse af befordring eller befordringsgodtgørelse i henhold til lov om sygehusvæsenet og lov om svangerskabshygijne og fødselshjælp.

Befordring eller befordringsgodtgørelse ydes af den region, som patienten opholder sig i på det tidspunkt, da befordringen rekvireres. Dog ydes befordring fra et sygehus i et andet amt tilbage til et sygehus i bopælsregionen af sidstnævnte region.



Udbetaling af befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling kan efter denne bestemmelse efter godkendelse fra indenrigs- og sundhedsministeren og efter forhandling med vedkommende kommunale organisation henlægges til kommunalbestyrelsen.

Ved lovforslaget overgår ansvaret for genoptræningen fra sygehusvæsenet til kommunerne. Med § 167 fastlægges, at personer, som efter de gældende regler i sygehusloven, jf. sygehuslovens §§ 6-10, har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse i forbindelse med et ambulante genoptræningsforløb, fortsat vil være berettiget hertil. Hensigten med bestemmelsen er at sikre, at personer, som er berettiget til befordring eller befordringsgodtgørelse, når den ambulante genoptræning foregår på sygehuset også vil være berettiget hertil når genoptræning efter indlæggelse tilbydes i kommunal regi, i det omfang de fortsat opfylder betingelserne for ydelsen.

### *Til afsnit XIII*

Ligsyn og obduktion mv.

#### Kapitel 54 - 57

Lov om ligsyn, obduktion og transplantation mv. bliver overført fra Justitsministeriet til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Reglerne bliver videreført i lovforslaget, idet de beføjelser, der efter loven er tillagt justitsministeren, dog overføres til indenrigs- og sundhedsministeren. For så vidt angår transplantation henvises til bemærkningerne til kapitel 12.

Bestemmelserne om ligsyn og obduktion mv. har bl.a. til formål at sikre, at der ved ethvert dødsfald foretages en betryggende undersøgelse af, om døden er indtrådt. Til brug for denne lægefaglige vurdering er det i bestemmelserne defineret, hvornår en person må anses for afgået ved døden (hjerte- og hjerne-dødsriteriet), jf. § 171. Bestemmelserne i kapitel 54 – 57 regulerer endvidere spørgsmålet om foretagelse af retslægeligt ligsyn og retslægelige obduktioner, dvs. foretagelse af ligsyn og obduktioner af politimæssige, herunder efterforskningsmæssige, grunde.

De beføjelser, der i lov om ligsyn mv. var tillagt justitsministeren, overføres til indenrigs- og sundhedsministeren. Det drejer sig om adgangen til efter:

- § 176 til at meddele andre læger end embedslæger tilladelse til at deltage i retslægeligt ligsyn i embedslægens sted. Denne adgang til at fungere som stedfortræder for embedslægen kan navnlig komme på tale, hvor ligsynet må gennemføres i længere afstand fra den pågældende embedslægeinstitutionens geografiske placering.
- § 179, stk. 2, at bestemme, at der ved dødsfald, der skønnes at have åben interesse, skal foretages retslægelig obduktion.
- § 180, stk. 1 at udpege en sagkyndig læge, til at udføre en retslægelig obduktion

- § 185 at fastsætte nærmere regler om almindelige ligsyn, lægevidenskabelige obduktioner samt om dødsattester mv.

Dog bevarer justitsministeren adgangen til at fastsætte nærmere regler om behandling af lig, om foretagelse af retslægelige ligsyn og om retslægelige obduktioner efter § 185, stk. 1, 2. pkt.

Endvidere bevarer økonomi- og erhvervsministeren adgangen til efter forhandling med justitsministeren og herefter også indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om ligsyn og begravelse mv. ved dødsfald til søs, jf. § 86.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til kapitel 12 ovenfor.

#### *Til afsnit XIV*

### Kvalitetsudvikling, forskning, indberetning og patientsikkerhed

#### Kapitel 58

#### *Kvalitetsudvikling*

#### *Til § 188*

Med denne bestemmelse lovfæstes de decentrale myndigheders forpligtelse til at sikre kvalitet i sundhedsydelserne. Der er ikke tale om en ny opgave, selv om forpligtelsen ikke tidligere har været lovreguleret. Sikring af kvalitet har således indgået som et naturligt led i det decentrale driftsansvar for sundhedsvæsenet. Amter og kommuner skal også i dag sikre, at sundhedsvæsenets ydelser har høj kvalitet både fagligt, patientoplevet og organisatorisk.

Således var et af hovedformålene med indførelsen af samarbejds- og planlægningskapitlet i sygesikringsloven for mere end 10 år siden at sikre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Samtidig har kvalitetssikring og -udvikling været et gennemgående tema i de årlige aftaler mellem de kommunale parter og regeringen de senere år.

Med stk. 2 vil rammerne for den fortsatte kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen blive lovfæstet. Arbejdet med etablering af en fælles ramme for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er i fuld gang. De centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne samarbejder efter aftale om udvikling og drift af Den Danske Kvalitetsmodel. Modellen skal fastlægge standarder for kvaliteten og sikre en akkreditering af sundhedsvæsenet. Kvalitetsmodellen er udviklet over en årrække og skal fortsat udvikles og etableres i et samarbejde mellem de centrale og de decentrale sundhedsmyndigheder. Herefter skal modellen gradvist udvides til at omfatte hele sundhedsvæsenet, altså også ydelser i praksis-sektoren og i kommunerne.

Sundhedsstyrelsen har hidtil haft formandskabet for styregruppen for Den Danske Kvalitetsmodel, og det er aftalt mellem regering og sygehusejerne, at

Sundhedsstyrelsen også i modellens nye organisation har formandskabet i bestyrelsen. Det følger allerede i dag af centralstyrelsesloven, at Sundhedsstyrelsen følger sundhedsforholdene og holder sig orienteret om den faglige viden på sundhedsområdet, rådgiver, bistår og orienterer myndigheder om mangler mv. på sundhedsområdet, ligesom styrelsen fører tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, jf. lovforslagets afsnit XVII.

Det er hensigten, at kvalitetsmodellens udvikling og drift, herunder fastlæggelsen af modellens standarder og indikatorer mv., skal ske i et samarbejde mellem de centrale og decentrale sundhedsmyndigheder i den fælles organisation, der er oprettet til formålet.

Med stk. 3 opnår indenrigs- og sundhedsministeren endvidere adgang til at fastlægge bindende kliniske retningslinier på områder, hvor hensynet til patienternes sikkerhed særligt kan begrunde det. Det forudsættes dermed, at indenrigs- og sundhedsministeren kun undtagelsesvist anvender denne adgang. Både regeringens rådgivende udvalg på sundhedsområdet og strukturkommissionen har anbefalet en sådan hjemmel. Indenrigs- og sundhedsministeren vil i praksis fastsætte krav til IT og kvalitet på grundlag af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen kan således i medfør af denne bestemmelse fastsætte krav også til IT-anvendelse i sundhedsvæsenet, herunder IT-standarder. Dette skal sikre en hurtig gennemførelse af eksempelvis elektroniske patientjournaler for dermed at skabe sammenhæng i IT-systemerne på tværs af regionerne, understøtte det gode patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets aktører samt sikre den bedst mulige kvalitet af sundhedsvæsenets registre.

Stk. 4. giver ministeren hjemmel til at fastsætte nærmere regler om, at private leverandører, der leverer sundhedsydelser omfattet af lovforslaget, er omfattet af kravet om kvalitetssikring og udvikling. I takt med udvidelsen af det privat-offentlige samarbejde - herunder udbredelsen af det udvidede, frie sygehusvalg - opstår i stigende grad et fagligt behov for at sikre ensartede kvalitetskrav til offentlige og private sygehuse. Bestemmelsen skal sikre, at patienter bliver tilbudt samme høje kvalitet, uanset om behandlinger finder sted i offentligt eller privat regi. Formålet er at understøtte ensartet kvalitet og patientsikkerhed, men også at sikre lige konkurrencevilkår.

## Kapitel 59 *Forskning*

### *Til § 189*

Bestemmelsen lovfæster regionsrådenes forpligtelse til forskning. Der er ikke tale om en ny opgave, selvom forskningsforpligtelsen – med undtagelse af Hovedstadens Sygehusfællesskab – ikke tidligere har været lovreguleret. Forskningsopgaver har således indgået som et naturligt led i det almindelige driftsansvar for sundhedsvæsenets opgaver.

Også regioner, som ikke har et universitetssygehus, skal varetage forsknings- og udviklingsarbejde, idet oprettelsen af fem regioner giver det fornødne befolkningsgrundlag og faglige ekspertise til, at alle regioner vil kunne varetage forskningsopgaver, herunder til støtte for uddannelse af sundhedspersonale (bl.a. læger og tandlæger) på et videnskabeligt niveau.

Regionernes forskningsforpligtelse omfatter således forskning på universitetssygehuse og andre sygehuse mv. samt i praksissektoren, hvor forskningsarbejde sker som led i overenskomstaftalerne. Herudover skal regionerne, som det allerede sker i amterne i dag, gennem deres forskningsforpligtelse bidrage til forskning, der relaterer sig til de kommunale sundhedsydelser. Det vil typisk være sundhedstjenesteforskning, hvor fokus særligt er at styrke patientforløb og det tværsektorielle samarbejde samt at optimere opgavefordelingen mellem primær- og sekundærsektor, men naturligvis også klinisk forskning som grundlag for udvikling af ydelserne i fx hjemmesygeplejen.

I stk. 2 forpligtes kommunalbestyrelsen til at medvirke til udviklings- og forskningsarbejde, således at de ydelser, kommunerne har ansvar for på sundhedsområdet, kan leveres på et højt fagligt niveau. Også på det primærkommunale område har det været implicit, at ydelserne efter sundhedslovgivningen skal leveres på et højt fagligt niveau, og at dette kræver forsknings- og udviklingsarbejde. Med det stigende fokus på sundhedsområdet i kommunerne foreslås, at også det kommunale bidrag til forskning og udvikling gøres eksplicit i sundhedslovgivningen.

## Kapitel 59 *Forskning*

### *Til § 190*

Efter bestemmelsen, der er en videreførelse af sygehuslovens § 15, påhviler det regionsråd, kommunalbestyrelser, praktiserende sundhedspersoner samt de private personer eller institutioner, der driver sygehuse mv., at give oplysning om virksomheden til de centrale sundhedsmyndigheder efter nærmere af indenrigs- og sundhedsministeren fastsatte regler.

Bestemmelsen vedrører alle oplysninger om virksomheden, herunder også finansielle oplysninger.

### *Til § 191*

Med bestemmelsen er en videreførelse af sygehuslovens § 15 a, bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om, at regionsråd, kommunalbestyrelser, private personer og institutioner, der driver sygehuse, samt praktiserende sundhedspersoner skal indberette oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser, som en offentlig myndighed er dataansvarlig for, og hvor der sker registrering af helbredsoplysninger mv. med henblik på overvågning og udvikling af behandlingsresultater for afgrænsede grupper af patienter. Det kan i den forbindelse bestemmes, at den registrerede på begæring skal have indsigt i oplysninger, der er registreret om vedkommende i de nævnte kliniske kvalitetsdatabaser.

Med denne bemyndigelse vil reglerne i bekendtgørelse om indberetning af oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser mv. kunne videreføres.

Efter stk. 3, kan indberetning af oplysninger efter stk. 1, der kan henføres til bestemte personer, ske uden samtykke fra personen.

#### *Til § 192*

Med bestemmelsen, der er en videreførelse af sygehuslovens § 15 b, kan Sundhedsstyrelsen med en patients mundtlige samtykke videregive oplysninger fra Landspatientregisteret om patientens tidligere undersøgelser, diagnoser og behandlinger til den behandlende læge på det behandlende sygehus til brug for behandling af patienten på sygehuset.

Efter stk. 2, skal patientsamtykke gives til den læge, der modtager oplysningerne.

### Kapitel 61 *Patientsikkerhed*

#### *§§ 193- 197*

Bestemmelserne er en videreførelse af lov nr. 429 af 10. juni 2003 om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet § 1, stk. 2-5, § 2, stk. 1, §§ 3 4, stk. 1-3 og stk. 5 og 6, samt §§ 5-6.

Patientsikkerhedsloven trådte i kraft den 1. januar 2004, og loven forpligter sundhedspersoner til at rapportere alle utilsigtede hændelser, som er sket eller sker, efter denne dato.

Som konsekvens af kommunalreformen ændres i bestemmelserne "amtskommuner" til "regioner". Lovens nuværende bestemmelse vedrørende formål og anvendelsesområde er ikke videreført som selvstændig bestemmelse, men er stadig gældende. Formålet med den nugældende lov og dermed med de videreførte bestemmelser er at forbedre patientsikkerheden i sundhedsvæsenet.

I § 194, stk. 2, bemyndiges Sundhedsstyrelsen til at fastsætte nærmere regler om hvilke utilsigtede hændelser, der skal rapporteres af regionerne til Sundhedsstyrelsen, hvornår og i hvilken form rapporteringen skal ske, og hvad den skal indeholde. Sundhedsstyrelsen fastsætter endvidere nærmere regler om, i hvilke tilfælde sundhedspersoner skal rapportere om utilsigtede hændelser til regionen, hvornår og i hvilken form rapporteringen skal ske, og hvad den skal indeholde. I § 197 er Sundhedsstyrelsen endvidere blandt andet bemyndiget til at fastsætte nærmere regler for hvilke sygehuse og behandlingsinstitutioner, der er omfattet af rapporteringspligten. Disse bemyndigelser er alle udmøntet i Sundhedsstyrelsens bkg. nr. 1018 af 10. december 2003 om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet som ændret ved bekendtgørelse nr. 116 af 23. februar 2004. Bekendtgørelsen fastsætter blandt andet, at sygehuse

omfattet af rapporteringspligten er behandlingsinstitutioner, hvor patienter kan indlægges, hvor der er mindst 5 sengepladser og døgnbemanding med sundhedspersonale samt fast tilknyttede læger. Endvidere omfattes de specialsygehuse, som er nævnt i lov om sygehusvæsenets § 5, stk. 3 (nu sundhedslovens § 79, stk. 2). Herudover fastsætter bekendtgørelsen, at rapportering skal ske via rapporteringssystemets hjemmeside, [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk), eller ved at udfylde en af Sundhedsstyrelsen udarbejdet blanket.

Indenrigs- og sundhedsministeren kan efter den nugældende lov og efter den foreslåede § 197, stk. 1, fastsætte nærmere regler for inddragelse af den primære sundhedssektor, herunder privatpraktiserende sundhedspersoner i rapporteringsordningen. Det er i den enighed, regeringen opnåede med Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Det Radikale Venstre samt Kristeligt Folkeparti om indsatsen på dette område, fastslået, at der skal foretages en vurdering af rapporteringssystemet, når dette har været i drift i 2 år. Dette tager bl.a. sigte på ud fra erfaringerne fra sygehusvæsenet at vurdere, hvorvidt og i givet fald hvordan praksissektoren kan omfattes af patientsikkerhedssystemet.

Bestemmelsen i § 197, stk. 4, tager sigte på, at patientsikkerhedssystemet ikke tilsidesætter andre særlige lovbestemte indberetningspligter, for eksempel pligten til at indberette oplysninger til Lægemiddelstyrelsen om alvorlige hændelser med medicinsk udstyr, jf. bekendtgørelse nr. 105 af 27. februar 2002 om medicinsk udstyr, og indberetningssystemet for bivirkninger ved lægemidler, jf. § 19 i lov om lægemidler. Bestemmelsen bemyndiger Sundhedsstyrelsen til sammen med berørte myndigheder eventuelt at samordne de lovbestemte indberetningspligter, idet der kan være behov for, at patientsikkerhedssystemet helt eller delvist behandler sager, som i øvrigt skal indberettes efter de ovennævnte særlove. Bemyndigelsen er endnu ikke udnyttet.

#### *Til afsnit XV*

### *Samarbejde og planlægning*

#### Kapitel 62

### *Samarbejde*

#### *Til § 198*

Bestemmelsen er en videreførelse af § 27 b i den gældende sygesikringslovs planlægnings- og samarbejdskapitel. Bestemmelsen fastslår at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Amter og kommuner er således allerede efter sygesikringsloven forpligtet til at etablere et samarbejde om deres indsats på sundhedsområdet og om indsatsen

for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Der er imidlertid i dag stor forskel på, hvordan samarbejdet fungerer mellem amter og kommuner. Nogle steder er der veletablerede og velfungerende samarbejdsfora, nogle steder er der indgået aftaler om de mere komplicerede opgaver, der går på tværs af sektorerne, som fx genoptræning og hjælpemidler, og andre steder har det ikke fungeret.

Med dette kapitel om samarbejde og planlægning på sundhedsområdet foreslås en præcisering og en stærkere forpligtelse til samarbejde og planlægning gennem pligt til dels at nedsætte et samarbejdsudvalg dels at indgå aftaler om de områder, hvor det er nødvendigt.

### *Til § 199*

Regionsrådet skal efter stk. 1 nedsætte et samarbejdsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet. Det lovpligtige samarbejdsudvalg har til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar, herunder understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter efter bestemmelsens stk. 2 nærmere regler om sammensætningen af samarbejdsudvalgene, udpegning af medlemmer i udvalget samt udvalgets opgaver. Ministeren fastsætter endvidere regler om, at - hvor en kommunes beliggenhed, størrelse eller andre forhold giver særlige problemstillinger og særlige behov for samarbejde om løsningen af opgaver på sundhedsområdet - kan regionsråd og kommunalbestyrelse nedsætte et kontaktforum. Fx vil Bornholms Kommunes særlige behov for tæt samarbejde med den kommende Hovedstadsregions sygehusvæsen kunne indfries med et sådant kontaktforum.

Det er hensigten, at samarbejdsudvalget skal drøfte og eventuelt forhandle de aftaler, som regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå i medfør af lovforslagets § 199, samt løbende følge parternes opfølgning på aftalerne. Samarbejdsudvalget vil endvidere fungere om det forum, hvor forventninger og interesser afstemmes og drøftes fx som led i regionens udarbejdelse af den samlede sundhedsplan efter § 201.

Det er således hensigten, at samarbejdsudvalget som udgangspunkt skal behandle spørgsmål af generel relevans, og således ikke forholde sig til konkrete patientforløb mv. Det enkelte samarbejdsudvalg kan desuden få pålagt opgaver og beføjelser i det omfang de deltagende kommuner og regionen træffer beslutning herom. Regionen og kommunerne kan beslutte at nedsætte underudvalg efter behov.

Indenrigs- og sundhedsministeren vil derudover bl.a. fastsætte regler om, at samarbejdsudvalget skal sammensættes af repræsentanter fra regionen, kommunerne i regionen og repræsentanter fra praksissektoren.

### *Til § 200*

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal efter bestemmelsen indgå sundhedsaftaler. Formålet med forslaget er at sikre samordning og sammenhæng for de patientforløb, der går på tværs af de to myndighedsniveauer, regioner og kommuner. Regionsrådet skal indgå sundhedsaftaler med alle regionens kommunalbestyrelser.

Der findes i dag flere eksempler på formaliserede aftaler mellem amtsråd og kommunalbestyrelse om samarbejde på særlige indsatsområder fx ældreå taler og aftaler om særlige forebyggelsesindsatser. Og der er gode erfaringer med disse aftaler, der hvor man har haft dem. Imidlertid er der langt fra tale om et landsdækkende fænomen, ligesom det langt fra har været på alle områder, hvor amter og kommuner har fælles ansvar og forpligtelse for opgaveløsningen, hvor man har indgået aftaler. Resultatet er, at sammenhæng i indsatsen og sammenhæng for patienten ikke er sikret og kan afhænge af, hvor man bor. Som led i dette lovforslags sikring af en ensartet kvalitet i sundhedsydelserne, formaliseres samarbejdet mellem regioner og kommuner ved lovkravet om sundhedsaftaler på visse, vigtige områder.

Den vejledning, som ministeren udsender til brug for regionernes og kommunernes sundhedsplanlægning efter lovforslagets § 200 vil nærmere vejlede regionerne om sundhedsaftalernes indhold og form.

Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter efter stk. 2 nærmere regler om, hvilke indsatsområder sundhedsaftalerne skal omfatte.

Der vil blive fastsat regler om, at der bl.a. skal indgås sundhedsaftaler på følgende områder:

- udskrivningsforløb for svage, ældre patienter,
- aftaler omkring indlæggelsesforløb
- behandling af stofmisbrug
- aftaler om træningsområdet
- aftaler om hjælpemiddelområdet
- forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Efter stk. 3 fremsender regionsrådet de indgåede aftaler til Sundhedsstyrelsen til godkendelse. Godkendelsen vil afhænge af, om regionen og kommunen har indgået aftaler på de områder, der er udmeldt som obligatoriske.

## Kapitel 63

### *Planlægning*

#### *Til § 201*

Der skal med § 200 for hver region foreligge en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet.



Bestemmelsen viderefører dermed § 27 e i sygesikringsloven, hvorefter der i hvert amt skal foreligge en sundhedsplan. Den regionale sundhedsplan vil fungere som den samlede beskrivelse af regionens sundhedsindsats og vil naturligt gengive regionens planlægning på specialeområdet (sygehusspecialer og praksisplaner) og beskrive de aftaler, regionen har med kommunerne på de centralt udmeldte områder, men også på områder man i øvrigt lokalt har valgt at gøre en indsats på.

Herudover vil en sundhedsplan naturligt indeholde følgende:

- planens forudsætninger, herunder en beskrivelse af sundhedstilstanden i regionen,
- det regionale sundhedsvæsens betjening af regionens borgere for så vidt angår ydelser efter denne lov om sygehusvæsenet, svangerskabshygienje og fødselshjælp, vaccination mod visse sygdomme, lægeundersøgelse af børn samt forebyggelse,
- regionens forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i øvrigt herunder aftaler med kommunerne om særlige indsatsområder
- regionens samarbejde med alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og øvrige ydere i privat praksis (praksisplanlægningen)
- regionens samarbejde med kommunerne i regionen og med andre regioner om varetagelse af sundhedsvæsenets opgaver,
- regionens tilrettelæggelse af ambulancetjenesten
- regionens sundhedsberedskab.

Sundhedsplanen vil fungere som regionens samlede ramme om indsatsen på sundhedsområdet. Den vil give de regionale aktører (politikere, administratorer og sundhedspersonale) og samarbejdsparter (kommunerne og de privatpraktiserende) et samlet overblik over den regionale sundhedsplanlægning.

Regionsrådet skal efter stk. 2 indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning forud for rådets behandling af sundhedsplanen. De centrale sundhedsmyndigheder får med det samlede forslag til sundhedslov styrket den koordinerende rolle, for så vidt angår specialeplanlægning, sundhedsberedskab og sundhedsaftaler. For disse tre vigtige elementer i sundhedsplanen er der således allerede sikret en central koordinering og styring. Herudover vil Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionernes sundhedsplanlægning yderligere bidrage til sikring af sammenhæng og kvalitet i den regionale indsats på sundhedsområdet.

Den regionale sundhedsplan skal ikke sendes i egentlig høring i kommunerne i regionen eller hos de privatpraktiserende sundhedspersoner. Det forudsættes, at den regionale sundhedsplan er udarbejdet efter drøftelser med repræsentanter herfra i det regionale samarbejdsudvalg efter § 198.

Den vedtagne sundhedsplan, og eventuelle senere ændringer heri, skal indsendes til Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen.

Efter forhandling med regionerne, udarbejder indenrigs- og sundhedsministeren efter stk. 4 en vejledning for sundhedsplanlægningen.

## Kapitel 64 *Specialeplanlægning*

### *Til § 202*

Sundhedsstyrelsen fastsætter de i § 203 nævnte krav på baggrund af indstillinger fra et rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

Det rådgivende udvalg består af en formand, repræsentanter for de fem regioner samt repræsentanter Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om udvalgets sammensætning samt regler for det rådgivende udvalgs virksomhed. Det forudsættes at medicinaldirektøren er formand for rådet.

Opgaven for det rådgivende udvalg bliver at drøfte det faglige grundlag for specialeplanlægning samt komme med oplæg til Sundhedsstyrelsens udmeldinger vedrørende specialeplanlægning. Samarbejdsorganet er af rådgivende karakter.

Med denne samarbejdsstruktur understreges det, at tilrettelæggelsen af opgavevaretagelsen vil være et fælles ansvar, og at det alene er i de tilfælde, hvor der ikke kan findes en fælles løsning, at de statslige styringsbeføjelser vil være aktuelle.

### *Til § 203*

Bestemmelsen i § 203 giver Sundhedsstyrelsen en række kompetencer, som er nye i forhold til de gældende regler i sygehusloven. Sundhedsstyrelsen får med bestemmelsen hjemmel til at fastlægge krav til lands- og landsdelsfunktionerne, dels til at godkende deres placering på bestemte sygehuse, dels til at tilbagetrække godkendelser, såfremt de fastsatte krav ikke er opfyldt – trods pålæg herom. Regionerne skal årligt rapportere til Sundhedsstyrelsen om status for lands- og landsdelsafdelingernes opfyldelse af de fastsatte krav, ligesom Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at vurdere, om de fastlagte krav er opfyldt. Sundhedsstyrelsen får endvidere beføjelser til at fastlægge regler om visitation af patienter til behandling på lands- og landsdelsafdelinger. Endvidere kan Sundhedsstyrelsen fastsætte regler om, at visse behandlingsformer samles på et eller få sygehuse, hvor kvalitets- eller ressourcemæssige hensyn taler herfor.

En effektiv landsdækkende koordinering skal sikre samling af den allermest specialiserede behandling. Det er vigtigt at sikre den rette balance mellem regionernes egen planlægning og hensynet til den overordnede koordination af sundhedsvæsenet, fx for at sikre den nødvendige samling af behandlingen af bl.a. hjerte- og kræftpatienter. Også i den nye struktur skal regionerne – med afsæt i regionale muligheder og begrænsninger – samarbejde på tværs af regionsgrænser, så det sikres at alle regioner kan levere behandling af høj kvalitet til deres borgere og at ressourcerne bruges bedst muligt. Udgangspunktet på fx

hjerter- og kræftbehandlingsområdet være, at der også med de nye regioner vil være behov for den kapacitet og ekspertise, der i dag er veletableret og velfungerende fx på Aalborg Sygehus.

Med bestemmelsen får Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen klarere samt mere vidtgående beføjelser og forpligtelser i forhold til specialeplanlægningen af lands- og landsdelsfunktionerne. Specialeplanlægning vil dog - som hidtil - foregå ved en dialog mellem alle parter. Det er derfor en forudsætning, at de centrale sundhedsmyndigheder anvender deres beføjelser efter disse bestemmelser i overensstemmelse med rådgivningen fra det rådgivende udvalg vedrørende specialeplanlægningen. Det skønnes således kun at være i tilfælde af uenighed i udvalget, og hvor hensynet til patienterne taler herfor, at Sundhedsstyrelsen får behov for at udøve sine beføjelser til selv at træffe beslutninger.

#### *Til § 204*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglerne i sygehuslovens § 13. De forskellige kompetencer, som indenrigs- og sundhedsministeren har i dag formuleres med dette forslag som Sundhedsstyrelsens kompetencer. Dels fordi det svarer til praksis dels for at understrege Sundhedsstyrelsens styrkede beføjelser, som forudsat i kommunalreformen, idet det i bestemmelsen som noget nyt er forudsat, at aftalerne respekterer Sundhedsstyrelsens beslutninger efter § 202.

#### *Til afsnit XVI* Sundhedsberedskab

#### Kapitel 65 *Planlægning og gennemførelse af sundhedsberedskabet*

#### *Til § 205*

I afsnit XVI fastsættes regler om kommunernes og regionernes sundhedsberedskab.

I dag er amterne forpligtet til at udarbejde sundhedsberedskabsplaner efter sygesikringslovens planlægningsbestemmelser og efter § 16 a i sygehusloven, mens kommunerne er forpligtet til sundhedsberedskabsplanlægning som led i pligten til i medfør af beredskabsloven at udarbejde en samlet plan for kommunens beredskab. I National Sårbarhedsudredning fra januar 2004 peges bl.a. på behov for en bedre planlægning af sundhedsberedskabet i kommunerne. For at styrke den kommunale sundhedsberedskabsplanlægning foreslås, at også kommunalbestyrelsen fremover pålægges at udarbejde særskilte sundhedsberedskabsplaner, jf. lovforslagets § 204, stk. 1.

§ 27 f, stk. 2 i sygesikringsloven om, at amtsrådet skal indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen forud for planens behandling i

amtsrådet i planlægningen, foreslås videreført, således at bestemmelsen kommer til at omfatte såvel regionsrådet som kommunalbestyrelsen, jf. lovforslagets § 204, stk. 2.

Forpligtelsen i sygehuslovens § 16 a, 2. pkt. om planlægning for et sundhedsberedskab på private sygehuse videreføres med bestemmelsen.

I dag er der alene udsendt en vejledning vedrørende sundhedsberedskabsplanlægningens indhold. For at styrke planlægningen foreslås, at indenrigs- og sundhedsministeren gives bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler for regioners og kommuners planlægning for og varetagelse af sundhedsberedskabet.

Baggrunden for dette er en meget stor uensartethed i den nuværende planlægning og i organiseringsmåden – herunder fx opfølgning på den nuværende vejlednings anbefaling om en entydig indgang til beredskabet. Der vil også kunne fastsættes regler om planlægningens indhold i forhold til sygehusberedskab, beredskab i primærsektoren, lægemiddelberedskab, herunder et psykoterapeutisk beredskab og beredskabsindsats i forbindelse med kemiske, biologiske, radiologiske og nukleare hændelser. Endvidere vil der kunne fastsættes regler om etablering af en entydig indgang til beredskabet såvel regionalt som kommunalt, herunder om udpegning af en leder for området, samarbejde med øvrige aktører i en beredskabsindsats (fx politi, redningsberedskabet, beredskabet vedrørende andre nøglefunktioner, som man er afhængig af), koordinering af indsats på det enkelte administrative niveau og mellem niveauerne, fx ved oprettelse af kontaktfora, kommunikation og øvelse.

Som følge af den for store uensartethed i planlægningen tiltænkes Sundhedsstyrelsens rådgivende rolle endvidere styrket i forhold kommunernes sundhedsberedskabsplanlægning i form af inddragelse af embedslægeinstitutionen og rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. Baggrunden er, at der er tale om en funktion, hvis funktionsevne ikke er synlig i dagligdagen, og at det har særdeles stor betydning for samfundet i øvrigt, at sundhedsberedskabet fungerer i tilfælde af en hændelse.

Det bemærkes i øvrigt, at der efter lægemiddelloven er fastsat bestemmelser om spredning af lagre. Disse bestemmelser forudsættes videreført.

#### *Til § 206*

Med beredskabslovens ændring ved lov nr. 293 af 30. april 2003 ophævedes bestemmelsen om, at sygehusberedskabet i tilfælde af krise eller krig overgik til redningsberedskabet. Der kan derfor opstå behov for at have mulighed for, at der fra central side træffes beslutning om koordinering og fordeling af indsatsen i tilfælde af et meget stort antal tilskadekomne. Der foreslås derfor med bestemmelsen etableret hjemmel hertil. Hjemmelen er alene tænkt anvendt i særlige tilfælde, som fx en terror-situation, hvor regionerne modtager mange patienter af en bestemt type, og hvor der ikke regionerne imellem kan træffes aftale om en fordeling.

*Til afsnit XVII*Statslige myndigheder mv.  
(§§ 207 - 217)

Bestemmelserne er en videreførelse af mange af de gældende bestemmelser i centralstyrelsesloven og embedslægeloven, som blandt andet fastlægger rammerne for rådgivning om og tilsynet med sundhedsvæsenet.

Centralstyrelsesloven fastslår, at Sundhedsstyrelsen er en styrelse under indenrigs- og sundhedsministeren, dvs. at ministeren har instruktionsbeføjelse over for Sundhedsstyrelsen, og at ministeren har det sædvanlige parlamentariske ansvar for styrelsens virksomhed i forhold til Folketinget. Sundhedsstyrelsen har på nuværende tidspunkt og vil med lovforslaget fortsat have til opgave at være sundhedsfaglig rådgiver for indenrigs- og sundhedsministeren og centrale samt kommunale myndigheder. Sundhedsstyrelsen har hidtil haft en generel rådgivningsbeføjelse også over for andre myndigheder end Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Denne virksomhed vil fortsætte med lovforslaget.

Centralstyrelsesloven indeholder på nuværende tidspunkt endvidere bestemmelser om fratagelse og generhvervelse mv. af autorisation til udøvelse af hverv inden for sundhedsvæsenet. Disse bestemmelser samt bestemmelser vedrørende Sundhedsvæsenets Patientklagenævn indgår fremover i forslag til lov om klage og erstatning i sundhedsvæsenet.

Med vedtagelsen af lovforslaget ophæves centralstyrelsesloven (dog undtaget kapitel 3), jf. § 270, stk. 2, nr. 10.

Embedslægeloven regulerer embedslægeinstitutionernes virksomhed. Herudover er Embedslægevæsenet i anden lovgivning tillagt en række nærmere beskrevne opgaver, bl.a. vedrørende sundhedsplanlægning, behandling af patientklager og miljøbeskyttelse.

Hovedvægten i embedslægernes arbejde ligger og vil også fremover ligge på statslige overvågnings-, tilsyns- og kontrolfunktioner samt lægelige opgaver for andre myndigheder i lokalområdet. Generelt har embedslægeinstitutionerne til opgave at følge sundhedsforholdene i de enkelte regioner og påse, at sundhedslovgivningen overholdes, herunder på Sundhedsstyrelsens vegne at føre tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet.

I forlængelse af disse opgaver skal embedslægeinstitutionerne henlede myndighedernes opmærksomhed på eventuelle mangler ved de sundhedsmæssige forhold og komme med forslag til forbedringer. Embedslægevæsenets opgaver svarer på dette område til Sundhedsstyrelsens på centralt niveau. Ved siden af de nævnte opgaver varetager Embedslægevæsenet en række andre opgaver, der har sammenhæng med den generelle forpligtelse til at følge sundhedsforholdene i lokalområdet, nemlig rådgivning af kommuner og regioner vedrørende

fx miljømæssige og hygiejniske forhold samt retsmedicinsk bistand til politi og retsvæsen.

Med vedtagelsen af lovforslaget ophæves embedslægeloven, jf. § 270, stk. 2, nr. 11.

## Kapitel 66

### *Sundhedsstyrelsen*

#### *Til § 207*

Bestemmelsens stk. 1 er en videreførelse af centralstyrelseslovens § 1, stk. 1, hvorefter Sundhedsstyrelsen skal bistå indenrigs- og sundhedsministeren med den centrale forvaltning af sundhedsmæssige anliggender.

Med bestemmelsens stk. 2 foreslås Sundhedsstyrelsen og embedslægeinstitutionerne samlet i en enhedsorganisation. Embedslægevæsenet består efter den gældende embedslægelovs § 1 af 15 selvstændige institutioner, således at der findes en embedslægeinstitution i hver amtskommune samt en institution for Københavns og Frederiksberg Kommuner. Disse institutioner er med bkg. nr. 1129 af 13. december 2002 om embedslægeinstitutionernes virksomhed fra den 1. januar 2003 blevet samlet i fire samarbejdsregioner: Jylland Nord, Jylland Syd og Fyn, Sjælland og Lolland-Falster samt Storkøbenhavn og Bornholm.

Med bestemmelsen foreslås en samling af embedslægeinstitutionerne i 5 regionale institutioner, så der placeres en embedslægeinstitution i hver region. Her ved skønnes hver embedslægeinstitution at få gennemsnitligt ca. 15 medarbejdere.

Det er ved udmøntningsplan om kommunalreformen fra september 2004 besluttet, at de 5 institutioner geografisk vil blive placeret i København, Ribe, Sorø, Aalborg og Århus.

De hidtidige benævnelser "embedslæger" og "embedslægeinstitutioner" bevarer, dels for at understrege, at der er tale om en særlig type læger, dels for at signalere, at disse læger har en offentligretlig baggrund. Samtidig er der tale om en fast indarbejdet betegnelse, som de fleste myndigheder og borgere forbinder med lokalt forankret læge med tilknytning til staten.

Med forslaget indgår embedslægeinstitutionerne i Sundhedsstyrelsens samlede opgaveløsning, og styrelsens direktør kan derfor henlægge opgaver udover de i § 208, stk. 3, § 209, stk. 2, og §§ 212-213 nævnte opgaver til institutionerne. Dette sker allerede i dag, for så vidt angår en række opgaver, blandt andet medvirken til lokal gennemførelse af centrale initiativer til at fremme befolkningens sundhed, underretning af de centrale myndigheder om lokale forhold af væsentlig sundhedsmæssig betydning og indsamling og behandling af medicinalstatistiske oplysninger mv. Herudover bidrager embedslægeinstitutionerne i forhold til generelle og specifikke overvågnings- og tilsynsopgaver.

Der vil fremover blive indgået en samlet kontraktstyringsaftale for Sundhedsstyrelsens, herunder embedslægeinstitutionernes, virksomhed.

#### *Til § 208*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglerne i centralstyrelseslovens § 2, som blandt andet pålægger Sundhedsstyrelsen at holde sig orienteret om forholdene og den faglige viden på sundhedsområdet samt orientere om eventuelle overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet.

#### *Til § 209*

Stk. 1 og 2 er en videreførelse af centralstyrelseslovens § 3, hvorefter Sundhedsstyrelsen har til opgave at være sundhedsfaglig rådgiver for indenrigs- og sundhedsministeren og centrale samt kommunale myndigheder.

Herudover er Sundhedsstyrelsen pålagt opgaver i en række særlove inden for andre ministerområder end Indenrigs- og Sundhedsministeriet. I de fleste af disse love består sundhedsstyrelsens opgaver i besættelsen af medlemsposter i sagkyndige organer eller i konkret rådgivningsvirksomhed. Dette gælder fx lov om kvalitetskontrol med fisk og fiskevarer (Fødevareministeriet) og lov om arbejdsmiljø (Beskæftigelsesministeriet).

På andre områder har Sundhedsstyrelsen mere omfattende administrative opgaver efter de pågældende love. Det gælder lov om brug af radioaktive stoffer og lov om sikkerhedsmæssige og miljømæssige forhold ved atomanlæg mv. (Miljøministeriet). Lovforslaget vil ikke ændre i Sundhedsstyrelsens opgaver over for disse ministerier.

Med bestemmelsen i stk. 3 bevares embedslægernes opgaver i princippet uændrede, men opgaverne varetages integreret med Sundhedsstyrelsen for at sikre en samlet større faglighed, ensartet praksis, vidensdeling og en bedre ressourceudnyttelse.

Sundhedsstyrelsen fastsætter som for andre dele af styrelsens virksomhed nærmere retningslinier for embedslægernes arbejde, herunder for Sundhedsstyrelsens udøvelse af det overordnede ansvar for embedslægernes opgavevaretagelse.

#### *Til § 210*

Bestemmelserne i stk. 1 og 3-5 er en videreførelse af reglerne i centralstyrelseslovens § 4, der vedrører Sundhedsstyrelsens individrettede tilsynsvirksomhed.

Bestemmelsen i stk. 2 er medtaget for at understrege samordningen af Sundhedsstyrelsens og embedslægeinstitutionernes tilsynsforpligtelse. Embedslægen fører på Sundhedsstyrelsens vegne tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet. Overvågning af sundhedsforholdene sker ud fra en samfundsmedicinsk indfaldsvinkel, som tilstræber en forbedring af folkesundheden for grupper af befolkningen eller befolkningen som helhed.

Kommunalbestyrelsen, regionsrådet, Sundhedsstyrelsen, herunder embedslægeinstitutionen, eller personer, der af disse myndigheder er bemyndiget til at foretage undersøgelser, har, hvis det skønnes nødvendigt, til enhver tid og mod behørig legitimation uden retskendelse adgang til offentlige og private ejendomme for at tilvejebringe oplysninger til brug for beslutninger, der kan træffes i henhold til dette kapitel, eller regler udfærdiget med hjemmel heri.

*Til § 211*

Bestemmelsen er en videreførelse af centralstyrelseslovens § 4 a om iværksættelse af evalueringer, som i 2001 er overgået til Sundhedsstyrelsen fra det tidligere selvstændige evalueringsinstitut.

*Til § 212*

Embedslægerne forudsættes fortsat at skulle gennemføre en særlig videreuddannelse, som i dag udgør en uddannelse som speciallæge i samfundsmedicin, jf. embedslægelovens § 2, stk. 1. Ansættelse som embedslæge i Sundhedsstyrelsen vil ske efter samme regler som for andre tilsvarende lægestillinger i Sundhedsstyrelsen. Udover embedslæger kan ansættes fornøden medhjælp til løsning af institutionens opgaver og i øvrigt oprettes uddannelsesstillinger.

*Til § 213*

Bestemmelsen fastslår dels Sundhedsstyrelsens opgaver vedrørende retsmedicinske spørgsmål, dels at denne opgave varetages lokalt af embedslægeinstitutionerne, idet indenrigs- og sundhedsministeren efter aftale med justitsministeren kan træffe bestemmelse om omfanget heraf, jf. embedslægelovens § 6.

*Til § 214*

Bestemmelsen fastsætter, at pligten til at føre tilsyn med de sundhedsmæssige forhold på plejehjem mv. påhviler Sundhedsstyrelsen, men at tilsynet i praksis udføres af embedslægeinstitutionen. Embedslægeinstitutionen kan som hidtil fastsat i embedslægelovens § 6 a lade tilsynsbesøg, udarbejdelse af tilsynsrapporter og opfølgning heraf efter stk. 1-4 udføre af sundhedspersoner, der tilknyttes embedslægeinstitutionen alene med henblik på varetagelsen af disse opgaver.

Sundhedsstyrelsen afholder som ansvarlig for udførelsen af tilsynet udgiften ved tilsynsbesøg og udarbejdelse af tilsynsrapporter mv.

Med stk. 5 bemyndiges Sundhedsstyrelsen til nærmere at fastsætte indholdet af de opgaver, der indgår i det sundhedsmæssige tilsyn med plejehjem mv. Bestemmelsen er udmøntet i Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2001 til landets embedslægeinstitutioner om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder.

Stk. 6 er en videreførelse af embedslægelovens § 6 a, stk. 8, om udstedelse af påbud og forbud på baggrund af de fund, som er gjort ved tilsynet.



### *Til § 215*

Bestemmelserne i stk. 1-4 er en videreførelse af de opgaver, som embedslægeinstitutionerne i dag har efter embedslægelovens § 8, idet der dog er sket en tilpasning til Sundhedsstyrelsens og embedslægeinstitutionernes enhedsorganisation og af hvilke myndigheder, der skal varetage påbuds- og forbudsordningen.

Bemyndigelsesadgangen til Sundhedsstyrelsen i stk. 1 er blandt andet fastsat i bekendtgørelse nr. 514 af 16. juni 1992 om embedslægeinstitutionernes opgaver i forhold til dag- og døgninstitutioner mv. Det fremgår heraf, at der er adgang for kommunalbestyrelsen og amtsrådet til at anmode den lokale embedslægeinstitution om rådgivning og vejledning om sundhedsmæssige forhold på de pågældende institutioner. Embedslægeinstitutionen kan på baggrund af fund på institutionen henstille til driftsherren at afhjælpe konstaterede mangler.

Stk. 5-6 er en ændring af reglerne om påklage af forhold omfattet af bestemmelsens stk. 1-4. Påklagerreglerne fremgår efter gældende ret af embedslægelovens § 8, stk. 6 og 7, men er i lovforslaget forenklet og tilpasset Sundhedsstyrelsens og embedslægeinstitutionernes enhedsorganisation og den nye kommunale struktur.

Bestemmelsen i stk. 8 er en videreførelse af embedslægelovens § 8, stk. 4, vedrørende straf i form af bøde for overtrædelse af bestemmelser, forbud eller påbud udstedt i forbindelse med det sundhedsmæssige tilsyn med plejehjem, institutioner mv. Formuleringen af bestemmelsen er dog forenklet.

### *Til § 216*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglerne i lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp § 9, stk. 3.

## Kapitel 67

### *Statens Serum Institut*

### *Til § 216*

Bestemmelsen i stk. 1-2 er en videreførelse af de gældende regler om Statens Serum Institut, jf. § 24 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse. I stk. 3-5 er indføjet de gældende bestemmelser i § 9 i lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp vedrørende instituttets udførelse af blodprøveundersøgelser i forbindelse med forebyggende helbredsundersøgelser ved graviditet.

*Til afsnit XVIII*  
Administration, overenskomster og forsøg mv.

Kapitel 68  
*Forskellige bestemmelser*

*Til § 218*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglerne i sygesikringslovens § 23, som bestemmer, at amtsrådet træffer afgørelser vedrørende ydelser efter §§ 6-12, § 15 og § 19, dvs. om lægehjælp og speciallægehjælp, lægemidler, tandlægehjælp, tilskud til ernæringspræparater, fysioterapi, fodterapi, psykologbehandling, kiropraktik, anden behandling, brilletilskud, rejsesygesikring og kørsels-godtgørelse til læger.

Amtsrådet træffer endvidere afgørelser om ydelser efter sygesikringslovens § 12, der omhandler overenskomstindgåelser om ovennævnte vilkår. De tilsvarende afgørelser træffes for Københavns og Frederiksberg kommuners vedkommende af kommunalbestyrelsen. Indenrigs- og sundhedsministeren kan efter forhandling med vedkommende kommunale organisationer fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen udbetaler kontantydelse, som efter ovennævnte bestemmelser tilkommer de i § 2 omhandlede personer, på amtskommunens vegne. Bemyndigelsen er udmøntet i bekendtgørelse om udbetaling af visse kontantydelse til sygesikrede.

*Til § 219*

Med bestemmelsen, der er en videreførelse af reglerne i sygehusloven § 10, stk. 2 og 3 bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om betaling for personer, som ikke har ret til vederlagsfri behandling på sygehus.

Det fastlægges endvidere, at for personer, der ikke ifølge reglerne i denne lov har ret til vederlagsfri sygehusbehandling, kan betaling inddrives ved udpantning.

*Til § 220*

Bestemmelsen, om at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om regionernes medvirken til rekruttering af sundhedsfagligt personale til internationale sundhedsopgaver, er en videreførelse af reglerne i sygehusloven § 4a.

Kapitel 69  
*Overenskomster*

*Til § 221*

Sygesikringens Forhandlingsudvalg, som er oprettet i henhold til sygesikringslovens § 26, stk. 1, erstattes af et nyt centralt udvalg, som består af repræsen-

tanter fra regionerne og kommunerne. Det er en følge af aftalen om den nye kommunale struktur, at kommunerne skal overtage sundhedsmæssige opgaver, hvorfor det er aftalt at kommunerne skal være repræsenteret i det nye centrale forhandlingsudvalg.

Udvalget får til opgave i lighed med Sygesikringens Forhandlingsudvalg at afslutte overenskomster med organisationer af sundhedspersoner om vilkårene for de i § 51, §§ 59-61, §§ 65 74, og § 154 nævnte ydelser, dvs. lægehjælp, speciallægehjælp, tandlægehjælp, ernæringspræparater, fysioterapi, psykologbehandling, fodterapi, kiropraktik, anden behandling og kørselsgodtgørelse til læger.

Bestemmelserne i den gældende sygesikringslov om at overenskomster først har gyldighed, når de er godkendt af indenrigs og sundhedsministeren, samt regler om ministerens forpligtelse til at høre det centrale udvalg inden udmøntning af bemyndigelsesbestemmelser, samt indgåelse af overenskomster med andre stater eller aftaler med andre medlemsstater ifølge EU-retten, her reglerne i Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet, jf. § 26, stk. 1-3, vidt reføres.

Bemyndigelsesbestemmelsen i stk. 3 vedrører personkredsen for lovens anvendelsesområde, udformning af bevis for retten til ydelser efter loven mv., tilskud til ydelser hos praktiserende sundhedspersoner og kørselsgodtgørelse til læger.

#### *Til § 222*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglerne om nettoafregning og inddrivelse af fordringer i den gældende sygesikringslov, jf. § 12, stk. 2 - 3.

Stk. 3 om inddrivelse af fordringer blev indført ved lov nr. 414 af 6. juni 1991. Loven var et led i regeringens bestræbelser på at søge restancer til det offentlige nedbragt. Med loven blev der skabt hjemmel til at foretage indeholdelse af offentlige fordringer i de sygesikringstilskud, der i henhold til overenskomster med Sygesikringens Forhandlingsudvalg udbetales direkte fra kommuner og amtskommuner til læger, tandlæger m.fl. Ligeledes vil der kunne foretages indeholdelse i de medicintilskud, der i henhold til aftale med Danmarks Apotekerforening udbetales direkte til apotekerne.

#### *Til § 223*

Bestemmelsen er en videreførelse af gældende regler i sygesikringsloven § 12 a om håndteringen af en konflikt i den situation, hvor der ikke foreligger en godkendt overenskomst.

Bestemmelsen blev indført ved lov nr. 416 af 6. juni 1991. Formålet med loven var at sikre, at ministeren fik hjemmel til at fastsætte regler, der kan sikre, at gruppe 1-sikrede i en situation, hvor der ikke er overenskomst om vilkårene for bl.a. lægehjælp, fortsat vil have ret til gratis lægehjælp. Ministeren har bemyn-

digelse til at fastsætte regler om størrelsen af honorarerne for de enkelte ydelser. Det vil bl.a. indebære, at ministeren kan bestemme, at lægernes honorar ikke må overstige de til enhver tid gældende tilskudsbeløb. For tandlægehjælp, fysioterapi mv. foreslås, at vilkårene for ydelserne kan fastlægges således, at det kan sikres, at borgerne i tilfælde, hvor der ikke foreligger en overenskomst, ikke bliver udsat for en større egenbetaling for tandlægehjælp mv., end tilfældet vil være efter overenskomst.

De overenskomster, der fastsætter vilkårene for sygesikringslovens ydelser, omhandler flere spørgsmål af væsentlig betydning for det samlede sundhedsvæsen. Det er væsentligt at sikre, at amtskommunerne (nu regionerne) også uden overenskomst har mulighed for, at tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenet sker i overensstemmelse med lokale politiske ønsker og krav. Det blev derfor foreslået, at ministeren i forbindelse med fastsættelsen af regler om patienternes tilskud kan fastlægge regler for lægehenvvisninger, bestemmelser om regulering af antallet af læger m.fl., der kan levere tilskudsberettigede ydelser etc. Disse bestemmelser vil i givet fald erstatte regler, der allerede i dag er indeholdt i gældende overenskomster.

#### *Til § 224*

Bestemmelsen er en videreførelse af sygesikringslovens § 28 a, som bestemmer, at udbetaling af ydelser efter loven ikke kan danne grundlag for regreskrav imod en skadevolder.

#### *Til § 225*

Bestemmelsen er en videreførelse af sygesikringslovens § 30, som beskriver hvad indtægterne fra Sygekassernes Helsefond kan anvendes til. Opgaven henhører fortsat under Socialministeriet. Det er ikke længere relevant at videreføre § 30, stk. 2, som bestemmer, at legater eller hjælpefonds, der efter de hidtil gældende regler har været bestyret af en anerkendt sygekasse, ved (sygesikrings)lovens ikrafttræden overgår til bestyrelse ved kommunalbestyrelsen i den kommune, inden for hvis område vedkommende sygekasse har haft sin virksomhed. For Københavns og Frederiksbergs vedkommende kan Socialstyrelsen (nedlagt pr. 1. januar 1991, nu Socialministeriet) fastsætte de fornødne regler om bestyrelsen af disse legater eller hjælpefonds, såfremt enighed herom ikke opnås mellem Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser.

### Kapitel 70

#### *Overenskomster med andre stater*

#### *Til § 226*

Bestemmelsen fastsætter bemyndigelse for regeringen til at indgå overenskomster med andre stater om koordinering af offentlige sundhedsordninger for personer, der rejser mellem staterne, jf. § 20 i sygesikringsloven, L 1971 311.

I forhold til den gældende bestemmelse er der foretaget en præcisering af personkredsen, der kan være omfattet af overenskomster med andre stater, idet disse overenskomster kan omfatte enhver person. Endvidere præciseres, at bemyndigelsen til regeringen også omfatter mulighed for at aftale, at den gensidige koordinering i overenskomster eller i henhold til EU-retten - her reglerne i Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet - gennemføres således, at udgifterne til de offentlige sundhedsydelser ikke eller kun delvist refunderes mellem staterne. Dette er i overensstemmelse med hidtidig praksis.

## Kapitel 71

### *Forsøg med fravigelse af lovens regler*

#### *Til § 227*

Der sker med bestemmelsen en videreførelse og en samling af gældende bestemmelser i § 4 b i sygehusloven, § 28 b i sygesikringsloven, § 19 i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge og § 13 i bekendtgørelse af lov om tandpleje.

Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til efter ansøgning fra en region eller en kommune at godkende, at der iværksættes forsøg, der indebærer fravigelse af lovens bestemmelser, bortset fra bestemmelserne i afsnit II og III samt §§ 77, 79, 81, stk. 1, 82 og 83.

Forsøg skal have til formål at fremme omstilling i sundhedsvæsenet, herunder med nye organisations- og behandlingsformer, ændrede tilskud eller ændrede honoreringssystemer mv. Ved godkendelse af forsøg skal der lægges afgørende vægt på hensynet til borgernes retssikkerhed og velfærd.

Tilladelse efter stk. 1 kan også gives til forsøg med opkrævning af gebyr for udeblivelse fra aftalt sygehusbehandling.

#### *Til afsnit XIX* Finansiering

## Kapitel 72

### *Ydelser i praksissektoren*

#### *Til § 228*

Bestemmelsen i § 228, stk. 1 fastslår, at bopælsregionen afholder udgifter til praksissektorens ydelser efter §§ 61-72 samt udgifter efter § 13. Bestemmelsen er en videreførelse af § 21, stk. 1, i sygesikringsloven, § 5 i sygehusloven samt § 18, stk. 2, i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge.

Aftalen om den nye kommunale struktur indebærer, at kommunerne får et delvist betalingsansvar for sundhedsvæsenet. Det kommunale bidrag til finansieringen af sundhedsvæsenet består af et grundbidrag pr. indbygger og et aktivitetsafhængigt bidrag. Den aktivitetsafhængige kommunale betaling, der tilgår regionen, omfatter også ydelser i praksissektoren.

Det aktivitetsafhængige bidrag ventes at finansiere ca. 10 % af de samlede regionale sundhedsudgifter. Med et delvist betalingsansvar for egne borgeres behandling i sundhedsvæsenet, der af hænger af borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet får kommunerne en yderligere tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings og plejeindsats.

Den aktivitetsafhængige kommunale betaling efter forslaget § 228, stk. 2 vil omfatte praksissektorens ydelser efter §§ 61-70.

Indenrigs- og sundhedsministeren får med forslaget 228, stk.3 hjemmel til at fastsætte regler for den kommunale betaling på de ovenfor nævnte områder.

Reglerne vil i første omgang blive fastsat på følgende måde:

Betalingen for ydelser fra alment praktiserende læger efter §§ 61-64 opgøres som 10 % af regionens udgifter til grundhonorarer, der er aftalt ved overenskomst efter lovforslagets § 221, stk. 1 og 2.

Betalingen for ydelser fra praktiserende speciallæger efter § 65 opgøres som 30 % af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomst efter lovforslagets § 221, stk. 1 og 2. Beløbet kan dog maksimalt udgøre 266 kr. pr. ydelse (2003 pris- og lønniveau). Dermed bliver den kommunale betaling for ydelser fra praktiserende speciallæger tilrettelagt parallelt med betalingen for ambulansomatisk behandling i sygehusvæsenet.

Betalingen for ydelser efter §§ 66-70 opgøres som 10 % af regionens udgifter til takster, der er aftalt ved overenskomst efter lovforslagets § 221, stk. 1 og 2.

Den kommunale medfinansiering vil løbende blive fulgt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på, om den opfylder formålet herunder den forventede størrelse. Det forudsættes, at finansieringsmodellen videreudvikles over tid med henblik på at optimere målopfølgelsen.

### Kapitel 73 *Ydelser i sygehussektoren*

#### *Til §§ 229 - 231*

Bestemmelserne er en videreførelse af sygehuslovens betalingsregler, jf. § 5 og § 5 d, stk. 6.

Bestemmelserne angiver regionernes forpligtelse til at yde vederlagsfri behandling samt i hvilket omfang, der kan opkræves betaling for ydelserne dels fra andre amtskommuner, dels fra patienten.

Bestemmelserne giver indenrigs- og sundhedsministeren hjemmel til at fastsætte bestemmelser om regionernes forpligtelse til at yde behandling til personer, som opholder sig i landet uden at have bopæl her i landet. Der er fastsat nærmere bestemmelser herom i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv.

Bestemmelserne angiver regionernes forpligtelse til at betale Sundhedsstyrelsen et gebyr ved henvisningssager i forbindelse med maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme.

### *Til § 232*

Det indgår i kommunalreformen, at kommunerne i øget omfang skal inddrages i finansieringen af sundhedsvæsenet, og dermed tildeles en større rolle i sundhedsvæsenet. Den kommunale medfinansiering består dels af et grundbidrag, dels af et aktivitetsafhængigt bidrag. Det aktivitetsafhængige bidrag tager udgangspunkt i borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet og vil primært afhænge af antal udskrivelser fra sygehusene. Det aktivitetsafhængige bidrag ventes at finansiere ca. 10 % af de samlede regionale sundhedsudgifter. Med et delvist betalingsansvar for egne borgeres behandling i sundhedsvæsenet, der af hænger af borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet får kommunerne en yderligere tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings og plejeindsats.

Den aktivitetsafhængige kommunale betaling vil omfatte sygehusindlæggelser, obligatorisk plejetakst for færdigbehandlede patienter, ambulante behandling, genoptræning, psykiatrisk behandling og sygesikringsområdet.

Indenrigs- og sundhedsministeren får med forslaget hjemmel til at fastsætte regler for den kommunale betaling på de ovenfor nævnte områder.

Reglerne vil i første omgang blive fastsat på følgende måde:

Betalingen for sygehusindlæggelser beregnes som 30 % af DRG-taksten og en eventuel langliggertakst. Betalingen beregnet på baggrund af DRG-taksten kan dog maksimalt udgøre 3.000 kr. (2003 pris- og lønniveau). For psykiatrisk behandling udgør betalingen 60 % af sengedagstaksten; dog maksimalt 6.398 kr. pr. indlæggelse (2003 pris- og lønniveau).

Betalingen for færdigbehandlede patienter udgør 1.522 kr. for patienter, der er 67 år eller derover, og 761 kr. for patienter under 67 år. Beløbet er anført i 2003 pris- og lønniveau. Dette svarer til den betaling, som bopælsamtet kan opkræve af bopælskommunen, jf. sygehuslovens § 12, stk. 1 - 2.

Betalingen for ambulante behandling opgøres som 30 % af DRG-taksten. Beløbet kan dog maksimalt udgøre 200 kr. pr. besøg (2003 pris- og lønniveau). For ambulante psykiatrisk behandling udgør betalingen 30 % af besøgstaksten.

Betalingen for genoptræning på sygehus fastsættes som en finansiering baseret på relativt få takster. Regionsrådet betaler for den del af genoptræningen, som ligger ud over finansieringen.

Den kommunale medfinansiering vil løbende blive fulgt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på, om den opfylder formålet herunder den forventede størrelse. Det forudsættes, at finansieringsmodellen videreudvikles over tid med henblik på at optimere målopflydelsen.

#### *Til § 233*

Efter bestemmelsen, der er en videreførelse af sygehuslovens § 5, stk. 14, kan bopælsregionen opkræve betaling fra bopælskommunen for patienter, der er indlagt på et hospice, hvortil der er frit valg efter sygehusloven, svarende til taksten for færdigbehandlede patienter.

#### *Til § 234*

§ 234 en videreførelse af sygehuslovens § 12, stk. 3, og § 5, stk. 13. Efter bestemmelsen kan en region aftale med kommunen, at der betales for personer, som henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse.

Efter bestemmelsen har indenrigs- og sundhedsministeren hjemmel til at fastsætte regler, hvorefter der i særlige tilfælde kan opkræves betaling for visse behandlinger og ydelser eller for behandling på visse institutioner.

Hjemmelen er i dag udmøntet i en bestemmelse om, at amtskommunen opkræver betaling for behandling, undersøgelser og prøver mv. der udføres til brug for forsikringselskaber, pensionskasser, trafikelskaber mv. jf. § 34 i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv.

#### *Til § 235*

Efter bestemmelsen, der er en videreførelse af sygehuslovens § 4 c, kan en kommunalbestyrelse, når sociale hensyn taler for, kan afholde udgifter til sygdomsbehandling, der svarer til behandling ydet i det regionale sygehusvæsen.

#### *Til § 236*

Efter bestemmelsen, der er en videreførelse og præcisering af hjemmelen i sygehuslovens § 17, kan der i særlige tilfælde af statskassen ydes tilskud til hel eller delvis dækning af udgifter ved løsning af særlige opgaver inden for det regionale sygehusvæsen. I forslaget præciseres, at staten betaler for behandling i udlandet når patienten er indstillet hertil af den sygehusafdeling, som her i landet har den højeste indenlandske specialkundskab, og indstillingen er godkendt af Sundhedsstyrelsen.



*Til § 237*

En del af den statslige finansiering af regionernes sundhedsvæsen vil blive udbetalt som et statsligt, aktivitetsbestemt tilskud. Det aktivitetsafhængige statslige bidrag til sundhedsvæsenet afhænger af regionernes (mer-)aktivitet på sygehusområdet. Aktivitetspuljen vil blive fastlagt årligt, men udgør som udgangspunkt højst fem procent af regionernes sundhedsudgifter. Puljen udbetales á conto til regionerne og nedskrives efter faste takster, hvis regionerne ikke præsterer en aftalt aktivitet. Puljen vil styrke regionernes incitament til at skabe mere aktivitet i sygehusvæsenet.

Puljen foreslås i første omgang pr. 1. januar 2007 etableret efter samme principper som regeringens nuværende meraktivitetspulje, jf. sygehuslovens § 5 c. Det kan overvejes på sigt at videreudvikle modellen, så tilskuddet udover ren aktivitet - også kommer til at afhænge af regionernes produktivitet, effektivitet el. lign.

Med forslaget videreføres de positive erfaringer med den nuværende meraktivitetspulje i forhold til at skabe et permanent incitament til at øge aktiviteten og reducere ventetiderne i sygehussektoren.

*Til § 238*

Bestemmelsen er en videreførelse af sygehuslovens § 17 stk. 1 og 2. Hjemmel i § 17, stk. 1, anvendes til dækning af udgifter i forbindelse med regionernes henvisning til eksperimentel behandling her i landet eller i udlandet for patienter med livstruende kræftsygdom eller anden livstruende sygdom.

*Til § 239*

Bestemmelsen er en videreførelse af sygehuslovens § 18, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan yde tilskud af statskassen til private sygehuse.

## Kapitel 74

*Svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion**Til § 240*

Bestemmelsen er en videreførelse af § 11 i lov om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, hvorefter udgifter i anledning af svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion afholdes af bopælskommunen i henhold til lov om sygehusvæsenet eller lov om offentlig sygesikring. Med bestemmelsen udgifterne skulle afholdes af bopælsregionen.

## Kapitel 75

### *Sterilisation og kastration*

#### *Til § 241*

Bestemmelsen er en videreførelse af § 11 i lov om sterilisation og kastration, hvorefter udgifterne i anledning af sterilisation afholdes af bopælskommunen i henhold til lov om sygehusvæsenet eller lov om offentlig sygesikring. Med bestemmelsen udgifterne skulle afholdes af bopælsregionen.

#### *Til § 242*

Bestemmelsen er en videreførelse af § 15 i lov om sterilisation og kastration, hvorefter Udgifter i anledning af kastration afholdes af statskassen.

## Kapitel 76

### *Kommunale sundhedsydelse*

#### *Forebyggende sundhedsordninger*

#### *Til § 243*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglerne § 18, stk.2, i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, hvorefter udgifterne i de forebyggende sundhedsordninger som hovedregel afholdes af bopælskommunen. For ydelser efter lovens §§ 8 og 11, stk. 2 afholdes udgifterne dog i dag og efter forslaget af den kommune, hvor institutionen er beliggende.

#### *Tandplejeydelser*

#### *Til § 244*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglerne i § 11 i lov om tandpleje, hvorefter det er bopælskommunen, der betaler udgifterne i den kommunale børne- og ungdomstandpleje.

Hjemlen i stk. 2, hvorefter ministeren kan fastsætte nærmere regler om kommunal betaling og opkrævning af egenbetaling ved valg an en anden kommunes tandklinik er i dag udmøntet i bekendtgørelse om tandpleje § 5 og § 26, stk. 2 og 3.

#### *Til § 245*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglerne i § 12 og 12 a i lov om tandpleje vedrørende tandpleje efter §§ 4 og 4 a (omsorgstandpleje og støtte til tandproteser ved ulykkesbetingede tandskader) i tandplejeloven. Bestemmelsen inde-

bærer den ændring, at udgifter, som tidligere blev afholdt af amtskommunen i henhold til § 6 a i lov om tandpleje (amtstandpleje til personer med sindslidelser, psykisk udviklingshæmning m.fl.), afholdes af bopælskommunen som følge af opgavens overflytning fra amt til kommune, jf. forslaget § 133.

### *Hjemmesygepleje*

#### *Til § 246*

Bestemmelsen er en videreførelse af finansieringsreglen i § 5, stk. 1, i lov om hjemmesygeplejerskeordninger, hvorefter kommunen (opholdskommunen) afholder udgifterne til hjemmesygepleje.

§ 5, stk. 2. og 3, i lov om hjemmesygeplejerskeordninger, som fastslår, at udgifter til hjemmesygepleje til personer, der har ophold i særlige boformer efter lov om social service, medregnes til de faktiske udgifter og er omfattet af grundtakstfinansiering, videreføres ikke, da kommunerne, som følge af aftalen om en strukturreform, skal afholde finansieringen heraf.

### *Genoptræning*

#### *Til § 247*

Det er et led i kommunalreformen, at kommunerne får pligt til at yde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt behov for genoptræning. Finansieringsbestemmelsen i § 247 er en konsekvens heraf.

### *Alkoholbehandling og behandling for stofmisbrug*

#### *Til § 248*

Bopælskommunen afholder udgifter til behandling af alkoholmisbrugere efter § 110.

Bopælskommunen afholder udgifter til stofmisbrugsbehandling efter § 111.

Regionerne stiller det nødvendige antal behandlingspladser til rådighed for kommunerne. Regionerne kan indgå aftaler med private institutioner om at stille behandlingspladser til rådighed for borgerne som en del af det offentlige tilbud om alkoholbehandling. Kommunerne refunderer fuldt ud regionernes udgifter til alkoholbehandling.

### *Lægemidler*

#### *Til § 249*

Efter bestemmelsen afholder bopælsregionen udgifter til lægemidler efter §§ 112 -121.

## Kapitel 78

### *Øvrige ydelser og tilskud*

#### *Vaccinationer*

##### *Til § 250*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglen i § 1, stk. 2, i lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme, hvorefter udgifterne ved vaccination omfattet af loven afholdes af amtskommunerne og Københavns, Frederiksberg og Bornholms kommuner.

#### *Ernæringspræparater*

##### *Til § 251*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglerne i § 21, stk. 1, i sygesikringsloven, som bestemmer, at udgiften ved en række ydelser efter loven, herunder § 8 a (tilskud til ernæringspræparater) afholdes af amtskommunen; for så vidt angår København og Frederiksberg, af de pågældende kommuner.

#### *Begravelseshjælp*

##### *Til § 252*

Bestemmelsen om begravelseshjælp er en videreførelse af reglerne i sygesikringslovens § 21, stk. 2.

#### *Søfarende*

##### *Til § 253*

Bestemmelsen er en videreførelse af reglerne i § 21, stk. 3 i sygesikringsloven som ændret ved L 2003 1207 og § 28, stk. 2 i sygesikringsloven. Bestemmelsen er hjemmel for reglerne i bekendtgørelse om rederiers bidrag til sygesikring for søfarende. Ifølge bekendtgørelsen beregnes rederiets bidrag som et gennemsnitsbeløb pr. søfarende forhyret på dansk skib i udenrigsfart på grundlag af statens samlede faktiske udgifter til ydelser i henhold til loven i det foregående kalenderår og de faktiske hyredage.

#### *Regionale tandplejeydelser*

##### *Til § 254*

Bestemmelsen er en videreførelse af finansieringsreglerne i § 12 b i lov om tandpleje for så vidt angår tandplejeydelser i henhold til §§ 6 b, 6 c og 6 d i tandplejeloven, hvorefter udgifterne til amtsspecialtandpleje, højt specialiseret tandpleje ved odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion samt tilskud til

kræftpatienter, der har modtaget strålebehandling eller kemoterapi samt til patienter med Sjögrens Syndrom er en amtskommunal udgift.

*Den offentlige rejsesygesikring*

*Til § 255*

Med bestemmelsen videreføres ansvaret for betaling af udgifter til den offentlige rejsesygesikring, jf. § 21, stk. 1 i sygesikringsloven, L 1971 311. Ifølge hidtidig praksis fordeles udgifterne efter en særlig aftale indgået mellem amtskommunerne, Københavns og Frederiksberg kommune. Dette aftaleforhold tilsigtes ikke ændret.

Kapitel 79

*Befordring*

*Til § 256*

Bestemmelsen er en videreførelse af sygesikringslovens § 21, stk. 1 og 2, som bestemmer, at amtskommunen, for så vidt Frederiksberg og København, af de pågældende kommuner, afholder udgiften til kørselsgodtgørelse til læger, jf. § 19, og at kommunen afholder udgiften til befordringsgodtgørelse til alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge, jf. §§ 17-18.

*Til § 257*

Bestemmelsen er en videreførelse af sygehuslovens § 5 d, stk. 6, og § 8, stk. 1.

Efter sygehuslovens § 8, stk. 1 betales befordring eller befordringsgodtgørelse efter reglerne i sygehuslovens §§ 6 – 10 af opholdsamtskommunen. Dog betaler bopælsamtskommunen for befordring fra et sygehus i en anden amtskommune til fortsat sygehusindlæggelse i bopælsamtskommunen.

Efter sygehuslovens § 5 d, stk. 6 betaler bopælsamtskommunen befordring og ophold ved behandling efter sygehuslovens § 5 d, stk. 1 – 3, for livstruende sygdom, for hvilken der er fastsat maksimale ventetider.

*Til § 258*

Bestemmelsen er en videreførelse af sygehuslovens § 8, stk. 1, jf. bemærkningerne til § 257.

## Kapitel 80

### *Overenskomster med andre stater*

#### *Til § 259*

Bestemmelsen er en videreførelse af § 21, stk. 4 i sygesikringsloven, L 1971 311.

Bestemmelsen regulerer den nationale fordeling af udgifter og indtægter ved koordineringen af offentlige sundhedsordninger ifølge EU-retten, her reglerne i Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet.

Staten afholder udgifter til sygehjælp der ydes til danske sygesikrede, der bor eller opholder sig i andre medlemsstater, herunder også udgifter til offentlig syge(for)sikring af danske pensionister med bopæl i andre medlemsstater. Ifølge EF-forordningen har danske sikrede personer ikke nødvendigvis bopæl i Danmark, og der er således ikke en "hjemregion", hvortil opkrævninger fra andre medlemsstater kan henføres.

I tilfælde hvor sikrede fra andre medlemsstater modtager sygehjælp i Danmark, og udgifterne hertil opkræves patienternes sikringsstat, tilfalder indtægter herfra staten.

## Kapitel 81

### *Ydelser til personer, der ikke har bopæl i Danmark*

#### *Til § 260*

Ifølge overenskomster med andre stater eller EU-retten, her reglerne i Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet har en række personer ret til lovens ydelser på lige fod med bosatte i landet, uanset at de pågældende ikke har bopæl i Danmark. Dette vil eksempelvis være personer, der er beskæftiget i Danmark men bor i et andet EU-land, eller personer, der udsendes fra en virksomhed her i landet, til i en kortere eller længere periode at arbejde i et andet land. Endvidere har personer, der er sikret i et andet EU-land, ret til visse ydelser under ophold her i landet.

Bestemmelsen fastlægger, at udgifterne til disse ydelser afholdes af opholdsregionen henholdsvis opholdskommunen, afhængig af hvilken myndighed, der skal betale for den tilsvarende ydelse, der gives til personer med bopæl i landet.

Bestemmelsen er en præcisering af gældende lovgivning, jf. sygesikringslovens § 21, stk. 1 og § 30, stk. 2 i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv.

*Til afsnit XX*

Straffe- og ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser

Kapitel 82  
*Straffebestemmelser*

*Til § 261*

Bestemmelserne i stk. 2-4 viderefører straffebestemmelserne i § 34, stk. 2-4, i lov om patienters retsstilling og fastsætter straf for anvendelse af biologisk materiale i strid med § 30, for videregivelse af biologisk materiale i strid med § 33 og for tilsidesættelse af bestemmelserne i § 36 eller bestemmelser fastsat med hjemmel heri.

*Til § 262*

Bestemmelsen er en videreførelse af straffebestemmelsen i § 34, stk. 1, i lov om patienters retsstilling vedrørende straf for uberettiget videregivelse eller udnyttelse af fortrolige oplysninger efter §§ 41-50.

*Til § 263*

Bestemmelsen er en videreførelse af bestemmelserne for straf for overtrædelse af reglerne vedrørende transplantation i § 20 i lov om ligsyn, obduktion og transplantation mv.

Det fastlægges hermed, at medmindre højere straf er forskyldt efter anden lovgivning, straffes med bøde den, der udtager væv og andet biologisk materiale til behandling som nævnt i § 53 eller § 54, foretager obduktion i lægevidenskabeligt øjemed eller indgreb efter § 56 uden at betingelserne efter loven er opfyldt.

Det fastlægges endvidere, at den, der yder eller modtager betaling eller anden økonomisk fordel for udtagelse eller overførsel af væv og andet biologisk materiale til behandling som nævnt i § 53 eller § 54, straffes med bøde. Det samme gælder den, der med viden om, at der er ydet eller modtaget betaling som nævnt i 1. pkt., medvirker til, at et sådant indgreb foretages.

I forskrifter, der udstedes i medfør af afsnit IV, kan der fastsættes straf af bøde for overtrædelse af bestemmelser i forskrifterne.

*Til § 264*

Bestemmelsen er en videreførelse af straffebestemmelserne i §§ 14 og 16 i lov om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion.

Det fastlægges heri, at en læge, der afbryder en andens svangerskab eller foretager fosterreduktion, uden at betingelserne i § 92, § 93, § 95, stk. 1, eller § 96 er opfyldt, og uden at der foreligger tilladelse efter § 94 eller § 95, stk. 2 eller 3, straffes, er medmindre højere straf forskyldt efter straffeloven, med fængsel indtil 2 år, under formildende omstændigheder med bøde. En læge, der afbryder en andens svangerskab eller foretager fosterreduktion, uden at betingelserne i § 98, § 99 og § 100, stk. 3, er opfyldt, straffes med bøde, medmindre højere straf er forskyldt efter straffeloven. Den, som uden at være læge afbryder en andens svangerskab eller foretager fosterreduktion, straffes med fængsel indtil 4 år, medmindre højere straf er forskyldt efter straffeloven. Stk. 1 og 3 finder tilsvarende anvendelse på den, der bistår ved den pågældende virksomhed.

Overtrædelser, der begås af uagtsomhed, straffes ikke.

#### *Til § 265*

Bestemmelsen er en videreførelse af bestemmelserne i lov om sterilisation og kastration § 1, hvorefter den der ulovligt, foretager sterilisation eller kastration, straffes med bøde, medmindre højere straf er forskyldt efter borgerlig straffelov.

#### *Til § 266*

Bestemmelsen er en videreførelse af straffebestemmelsen i § 30a i lov om offentlig sygesikring vedrørende straf for manglende eller vildledende afgivelse af oplysninger efter § 149 (virksomheders indberetning af europæisk pris på lægemidler) og uberettiget indhentelse, videregivelse eller udnyttelse af oplysninger indsamlet efter § 152 (personlige elektroniske medicinprofiler).

#### *Til § 267*

Bestemmelsen er en videreførelse af bestemmelserne for straf for overtrædelse af reglerne vedrørende ligsyn i § 20 i lov om ligsyn, obduktion og transplantation mv.

Det fastlægges heri, at den, der overtræder bestemmelserne i §§ 173-174 og §§ 177-178 vedrørende ligsyn og indberetning til politiet mv. straffes med bøde. Medmindre højere straf er forskyldt efter anden lovgivning, straffes med bøde den, der foretager indgreb efter 183, uden at betingelserne herfor efter denne bestemmelse er opfyldt. I forskrifter, der udstedes i medfør af afsnit XIII, kan der fastsættes straf af bøde for overtrædelse af bestemmelser i forskrifterne.

#### *Til § 268*

Bestemmelsen i stk. 5 er en videreførelse af § 9, stk. 3, 2. pkt., i lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp vedrørende straf for overtrædelse af bestemmelsen om, at erhvervsmæssig undersøgelse af urinprøver med henblik på påvisning af svangerskab kun må foretages af læger og apotekere samt af personer, som Sundhedsstyrelsen autoriserer hertil.



*Til § 269*

Bestemmelsen fastlægger, at der kan pålægges selskaber mv. (juridiske personer) strafansvar efter reglerne i straffelovens 5. kapitel

## Kapitel 83

*Ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser**Til § 270*

Loven foreslås at træde i kraft den 1. januar 2007. Samtidig ophæves den lovgivning, som sundhedsloven samler og præciserer. Kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse ophæves dog ikke med denne lov, idet reglerne i lovens kapitel 3 vedrørende Sundhedsvæsenets Patientklagenævn foreslås overført til forslag til lov om klage- og erstatningsadgang på sundhedsområdet, der fremsættes sammen med dette lovforslag.

I stk. 2, nr. 11, fastlægges, at embedslægeloven ophæves, men at lovens § 1 a om tjenestemandsansatte ved Stadslægeembedet i Københavns Kommune opretholdes.

Baggrunden herfor er, at der er enkelte embedslæger m.fl., der har valgt at benytte adgangen til at opretholde deres ansættelse som tjenestemænd i Københavns Kommune efter Stadslægeembedets overførelse til staten pr. 1. oktober 2001 med heraf følgende løn- og pensionsrefusioner mv., ligesom bestemmelsen i § 1 a medfører, at disse tjenestemænd kan søge overgang til staten frem til den 1. oktober 2006. Det er ikke fundet hensigtsmæssigt at indsætte § 1 a i en samlet sundhedslov, da § 1 a kun har funktion i en begrænset periode, og da bestemmelsen ikke naturligt falder under lovens emneområder.

Det er derfor nødvendigt at opretholde embedslægelovens § 1 a – også efter den 1. januar 2007, hvor embedslægelovens øvrige bestemmelser ophæves i forbindelse med sundhedslovens ikrafttræden.

Det foreslås efter stk. 3, at reglerne om specialeplanlægning i forslagets §§ 202 - 204 træder i kraft den 1. januar 2006. Baggrunden for den fremrykkede ikrafttræden er, at de nuværende regler om specialeplanlægning ikke giver de centrale sundhedsmyndigheder de nødvendige og klare beføjelser i forhold til ønsket om mere effektiv styring af specialeplanlægningen. Denne manglende beføjelse betyder, at der er risiko for, at de højtspecialiserede funktioner i praksis ikke kan opfylde relevante ressourcemæssige og faglige krav. For at sikre samling af den allermost specialiserede behandling ved en effektiv landsdækkende koordinering foreslås det derfor, at bestemmelserne om specialeplanlægning træder i kraft allerede den 1. januar 2006. Sundhedsstyrelsen får derved de nødvendige beføjelser til at fastlægge en langsigtet strategi for specialeplanlægning, der derved tillige kan tage højde for de kommende fem regioner. Idet forpligtelserne efter bestemmelserne om specialeplanlægning imidlertid påhviler regionerne, er det nødvendigt at fastsætte en overgangsordning, hvorved forpligtelserne i perioden 1. januar 2006 til 31. december 2006 påhviler amter-

ne, Hovedstadens Sygehusfællesskab samt Bornholms Kommuner. De i § 201, stk. 2, nævnte repræsentanter fra regionsrådene udpeges i overgangsperioden dog af forberedelsesudvalget, jf. lov om regioner § 51. Dette sikrer dermed, at der i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning er det samme antal medlemmer i udvalget i både overgangsperioden samt fra den 1. januar 2007, hvor forpligtelsen påhviler regionerne.

I stk. 4 fastlægges, at §§ 29-36 ("biobankreglerne") - som hidtil - alene gælder for biologisk materiale, der er afgivet efter den 1. september 2004. Dog kan regler, der er fastsat med hjemmel i bemyndigelsesbestemmelserne i §§ 31 og 32 - som hidtil - tillige have virkning for biologisk materiale, der er afgivet før den 1. september 2004.

Stk. 5 er en videreførelse af den gældende overgangsbestemmelse vedr. mammografiundersøgelser i § 5 e. i gehusloven § 5 e.

Der er med stk. 6 tale om en overførelse af ikrafttrædelsesbestemmelsen vedr. gebyr for tolkebistand i lov om sygehusvæsenet og lov om offentlig sygesikring.

Bestemmelsen i stk. 7 er en videreførelse af gældende overgangsbestemmelser, hvorefter eksisterende aftaler med selvejende institutioner indgået før den 1. maj 2002 efter den da gældende § 1, stk. 3, i lov om hjemmesygeplejerskeloven kan videreføres.

De bekendtgørelser, der er udstedt i medfør af den lovgivning, der ophæves, forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af regler fastsat i medfør af lovforslaget, jf. stk. 8.

#### *Til § 271*

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland. For Færøernes vedkommende kan loven helt eller delvis sættes i kraft ved kongelig anordning med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

For Grønlands vedkommende er kompetencen til at fastsætte regler inden for sundhedslovgivningen overgået til hjemmestyrrets myndigheder, jf. § 1 i lovr. 369 af 6. juni 1991 om sundhedsvæsenet i Grønland. Ønsker Grønlands hjemmestyre regler af tilsvarende indhold gennemført i Grønland, må dette ske ved landstingsforordning.