

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 10. september 2009

Sagsnr.: 0905703

Sagsbeh.: SUMJVB / Sundhedspolitisk kontor

Dok nr: 86860

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven

(Frit valg til diagnostiske undersøgelser, voldgiftsnævn og udvidet aktindsigt mm.)

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, som ændret senest ved lov nr. 531 af 12. juni 2009, foretages følgende ændringer:

1. § 37 affattes således:

"§ 37. Den, om hvis helbredsforhold der er udarbejdet patientjournaler m.v., har på anmodning ret til aktindsigt heri. Patienten har endvidere på anmodning ret til på en let forståelig måde at få meddelelse om, hvilke oplysninger der behandles i patientjournalen m.v., formålet hermed, kategorierne af modtagere af oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Stk. 2. Retten efter stk. 1 kan begrænses i forhold til journaler m.v. om en mindreårig patient i det omfang, en forældremyndighedsindehavers interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige.

Stk. 3. For optegnelser journalført før den 1. januar 2010 kan retten efter stk. 1 begrænses, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser."

2. § 38 affattes således:

"§ 38. Den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har ansvaret for patientjournalerne m.v., afgør inden 10 dage efter patientens anmodning, om retten efter § 37 skal begrænses. Er anmodningen ikke imødekommet inden 10 dage, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 2. Aktindsigt, der ikke gives elektronisk, kan gennemføres ved, at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen m.v. på stedet, eller ved at der udleveres en afskrift eller kopi.

Stk. 3. I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter stk. 1 og 2 er tillagt beføjelser, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddelelse i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed."

3. I § 39 indsættes efter "til dækning af": "eventuelle".

4. § 79, stk. 1, affattes således:

"§ 79. Regionsrådet yder sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse, herunder diagnostiske undersøgelser til brug for alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64."

5. I § 86, stk. 3, indsættes efter pkt. 1:

"Det gælder dog ikke for patienter, som er henvist til en diagnostisk undersøgelse, jf. § 79, stk. 1."

6. Efter § 87 h indsættes:

"Kapitel 20 c

Voldgiftsnævn

§ 87 i. Hvis der opstår tvist mellem regionsrådene i forening og de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet om vilkårene for en aftale om undersøgelse og behandling efter § 87 stk. 5, § 87 c og § 87 g, kan sygehuse, klinikkerne m.v. hver især eller i forening indbringe tvisten for et voldgiftsnævn.

Stk. 2. Når der indbringes en sag for voldgiftsnævnet, udpeger ministeren en opmand og en suppleant for nævnet. Regionerne i fællesskab udpeger 1 voldgiftsmand, og sygehuse, klinikkerne m.v. udpeger 1 vold-

giftsmand. Både opmand, suppleant og voldgiftsmænd skal have økonomisk indsigt og indsigt i sundhedsvæsenets forhold.

Stk. 3. Ved behandlingen af en voldgiftssag deltager opmanden samt de 2 voldgiftsmænd. Opmanden kan tilkalde særligt sagkyndige til at bistå ved sagens behandling. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse yder sekretariatsbistand til voldgiftsnævnet.

Stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om voldgiftsnævnet og for behandlingen af voldgiftssager, herunder forretningsordenen. Ministeren fastsætter endvidere regler om vederlag til opmand, voldgiftsmænd og de særligt sagkyndige, som bliver tilkaldt, og om sagsomkostninger og deres fordeling.

Stk. 5. Voldgiftsnævnets afgørelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed."

7. § 90, stk. 1, nr. 2, affattes således:

"2) om patienten inden for 1 måned kan tilbydes en diagnostisk undersøgelse efter reglerne i § 87, stk. 3, eller behandling efter reglerne i § 87, stk. 1, henholdsvis inden for 2 måneder kan tilbydes behandling efter reglerne i § 87 a, § 87 b, § 87 e og § 87 f."

8. I § 144, stk. 2 og 3, indsættes efter "bestemte sygdomme": "eller persongrupper".

9. § 216 affattes således:

"§ 216. Med det formål at fremme kvalitetsudviklingen i sundhedssektoren kan Sundhedsstyrelsen iværksætte evalueringer m.v. af virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Evalueringerne kan omfatte alle forhold vedrørende det offentlige sundhedsvæsen og de private sygehuse og klinikkers virksomhed.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om, at det påhviler regionsråd og kommunalbestyrelser, de under ministeren for sundhed og forebyggelse hørende institutioner samt de private personer eller institutioner, der driver sygehuse, klinikker m.v. at give de for gennemførelsen af evalueringer m.v. efter stk. 1 nødvendige oplysninger, herunder oplysninger fra patientregistre og andre registre.

Stk. 3. Oplysninger, der indhentes til brug for evalueringer efter stk. 1, kan ikke videregives til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn."

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 2010.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indledning

Som opfølgning på regeringsgrundlaget "Mulighedernes samfund" 2007 og regeringens kvalitetsreform foreslår regeringen, at retten til *udvidet frit sygehusvalg* også kommer til at omfatte diagnostiske undersøgelser, som patienter bliver henvist til af en alment praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge til brug for lægens egen diagnosticering og behandling. Samtidig foreslår regeringen, at patienterne også får frit valg til disse diagnostiske undersøgelser på offentlige sygehuse m.v. Derved får disse patienter mulighed for kortere udrednings- og behandlingsforløb i praksissektoren, og de får de samme rettigheder og valgmuligheder, som de patienter, der henvises til behandling, herunder undersøgelse på sygehus. Forslaget er led i en række regeringsinitiativer om udvidelse og videreudvikling af det frie valg på sundhedsområdet, herunder nedsættelsen af behandlingsfri-
sten efter den udvidede fritvalgsordning fra 2 til 1 måned, og udvidet frit sygehusvalg, hvis en operationsdato bliver ændret.

Formålet med lovforslaget er endvidere at følge op på regeringens aftale med Danske Regioner om regionernes økonomi for 2010 samt aftalen af 1. april 2009 om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse, hvor regeringen har tilkendegivet at ville søge tilslutning til at ændre ordningen mellem regionerne og de private sygehuse og klinikker således, at der i tilfælde af uenighed mellem parterne om vilkårene for aftaler efter det udvidede frie sygehusvalg og den udvidede undersøgelses- og behandlingsret på det psykiatriske område etableres en uafhængig voldgiftsinstitution.

Regeringen ønsker herudover med lovforslaget at tydeliggøre Sundhedsstyrelsens adgang til at evaluere virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen, herunder på private sygehuse og klinikker, som har aftaler med Danske Regioner efter det udvidede frie sygehusvalg og den udvidede undersøgelses- og behandlingsret på det psykiatriske område.

Regeringen ønsker endelig, at patienternes tillid til sundhedsvæsenet skal opretholdes og udbygges ved at skabe øget åbenhed og indsigt, og foreslår derfor, at patienterne får en lettere og stort set ubegrænset adgang til egne fremtidige journaloptegnelser, hvilket vil medvirke til at styrke patienternes tillid til sundhedsvæsenet. Dette forslag er også en opfølgning på regeringens aftale med Danske Regioner om regionernes økonomi for 2010.

2) Lovforslagets hovedindhold

2.1. Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser

2.1.1. Gældende ret

Efter sundhedsloven § 60 yder regionsrådet vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1. Til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, yder regionsrådet tilskud til behandling hos alment praktiserende læge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer omfattet af sikringsgruppe 1.

Regionsrådet yder efter sundhedsloven § 64 vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, når behandlingen sker efter henvisning fra den valgte alment praktiserende læge. Til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, yder regionsrådet tilskud til behandling hos praktiserende speciallæge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1. Ved behandling eller undersøgelse, der efter henvisning fra alment praktiserende læge ydes af en speciallæge, inden for hvis speciale der ikke findes en overenskomst med det offentlige, yder regionsrådet tilskud til delvis dækning af udgiften efter nærmere regler, der fastsættes af ministeren for sundhed og forebyggelse. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om henvisning til behandling, herunder at kravet om henvisning til behandling hos praktiserende speciallæge kan fraviges i nærmere bestemt omfang. Endvidere kan ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætte nærmere regler om, at en praktiserende speciallæge kan henvise til behandling hos en anden praktiserende speciallæge i nærmere bestemt omfang.

Sådanne regler er fastsat i bekendtgørelse nr.1238 af 5. december 2006 om behandling hos læge i praksissektoren. Det fremgår bl.a. heraf, at personer, der har valgt sikringsgruppe 2, har adgang til at søge behandling hos enhver læge og til at søge behandling hos enhver speciallæge uden henvisning fra alment praktiserende læge. Behandlingen ydes i øvrigt på samme vilkår og med de samme begrænsninger som ved behandling af gruppe 1-sikrede personer.

Regionerne kan i den sammenhæng bestemme, hvilke diagnostiske undersøgelser, som de vil stille til rådighed for alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, og om det skal være på regionernes sygehuse eller på private klinikker og laboratorier, som de har indgået aftale med. Det fremgår dels af landsoverenskomsterne og dels af lokalaftaler, hvilke diagnostiske undersøgelser de alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger kan henvise patienter til.

Regionerne har herudover efter sundhedslovens § 74 ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver, herunder for at tilbyde sygehusbehandling og de i den forbindelse nødvendige undersøgelser til borgerne.

Efter sundhedslovens § 79 yder regionsrådet *sygehusbehandling* til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse. Regionsrådet yder endvidere sygehusbehandling 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, RCT i København og RCT-Jylland, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosecenter Haslev, Sclerosecenter Ry, PTU's RehabiliteringsCenter, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejlefjord og Center for Hjernesgade.

Efter sundhedslovens § 86 har patienter frit sygehusvalg. Det indebærer, at patienter, der henvises til *sygehusbehandling*, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i lovens § 79, stk. 2, uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen. Bestemmelsen i § 86 omfatter de situationer, hvor en patient er henvist til sygehusbehandling, herunder undersøgelse på et sygehus i bopælsregionen. I disse situationer er det lægerne på sygehuset, der drager omsorg for diagnosticeringen og behandlingstilbuddet til patienten og i den forbindelse beslutter, hvilke nærmere undersøgelser m.v. patienten skal have tilbudt.

Et sygehus kan efter § 86, stk. 2, afvise at modtage fritvalgspatienter fra andre regioner, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilside-sat. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler herom. Det er sket i bekendtgørelse nr. 594 af 11. juni 2009 om ret til sygehusbehandling m.v.

For psykiatriske patienter kan adgangen til at vælge sygehus begrænses, hvis hensynet til den pågældende taler herfor.

Ministeren for sundhed og forebyggelse kan efter forhandling med justitsministeren og indenrigs- og socialministeren fastsætte regler om, at personer ikke har ret til selv at vælge sygehus i henhold til stk. 1 og 3, når

- 1) de er optaget i Kriminalforsorgens institutioner,
- 2) de er anbragt i institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien eller straffeloven,
- 3) de er anbragt på sikret afdeling i henhold til lov om social service, eller
- 4) de er frihedsberøvet, eller deres handlefrihed i øvrigt er undergivet begrænsninger i henhold til udlændingeloven.

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

Bestemmelsen omfatter kun de situationer, hvor en patient er henvist til *sygehusbehandling*, herunder undersøgelse på et sygehus i bopælsregionen.

Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter efter § 87, stk. 5, regler om afgrænsning af og vilkår for behandling, der er omfattet af bestemmelsen, og kan herunder undtage bestemte behandlingsformer. Endvidere fastsætter ministeren regler om regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om denne behandling. Sådanne regler er fastlagt i bekendtgørelse nr. 594 af 11. juni 2009 om ret til sygehusbehandling m.v.

Information

Efter sundhedslovens § 90 skal regionsrådet senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten om dato og sted for undersøgelse eller behandling, om patienten kan tilbydes behandling inden for 1 måned og om patientens muligheder for at benytte sin ret til frit og udvidet frit sygehusvalg mm. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt, og det er gjort i bekendtgørelse nr. 594 af 11. juni 2009 om ret til sygehusbehandling m.v.

Befordring

Patienters ret til befordring til alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge samt til sygehusbehandling er reguleret i sundhedslovens § 170-171, som er nærmere uddybet i bekendtgørelse nr. 867 af 26. august 2008 om befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.

Efter disse regler er adgangen til befordring til alment praktiserende læge samt til praktiserende speciallæge og sygehus i vidt omfang de samme. Der er alene forskel i befordringsydelse i de situationer, hvor ikke-

pensionister henvises af deres alment praktiserende læge til diagnostisk undersøgelse på et sygehus (visitationssygehuset), som ligger længere væk end 50 km. I dette tilfælde vil patienterne ikke være berettiget til befordringsgodtgørelse til den alment praktiserende læge, mens de vil være berettiget til befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehuset.

2.1.2. Overvejelser og lovforslag

Regeringen ønsker med lovforslaget at skabe samme valgmuligheder for patienter, hvad enten de er henvist til *behandling*, herunder undersøgelse på sygehus, eller de alene er henvist til en diagnostisk undersøgelse, f.eks. en røntgenundersøgelse af en alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge til brug for lægens egen diagnosticering og behandling af patienten. I begge tilfælde har patienter en rimelig interesse i at få en diagnose og eventuel behandling så hurtigt som muligt.

Regeringen ønsker derfor, at det frie sygehusvalg også skal omfatte diagnostiske undersøgelser, som patienter bliver henvist til af en alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge m.fl., jf. sundhedslovens § 60 eller andre læger, jf. sundhedslovens § 64, til brug for lægens diagnosticering og behandling af personen. Det drejer sig først og fremmest om laboratorieundersøgelser og radiologiske undersøgelser.

Formålet med forslaget er skabe mulighed for kortere udrednings- og behandlingsforløb i praksissektoren og skabe øgede valgmuligheder.

Det foreslås på den baggrund med forslaget, at regionsrådets pligt til at yde *sygehusbehandling* til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse efter den gældende § 79, stk. 1, også skal omfatte diagnostiske undersøgelser til brug for alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64. Patienter, som er henvist til sådanne diagnostiske undersøgelser, som led i lægens diagnosticering af patienten, bliver dermed omfattet af det frie sygehusvalg, jf. sundhedslovens § 86 og af det udvidede frie sygehusvalg, jf. sundhedslovens § 87.

Patienterne vil på de regionale patientkontorer kunne få nærmere oplysning om deres valgmuligheder samt om, hvor undersøgelserne udføres.

Frit sygehusvalg

Efter forslaget vil patienter, der er henvist til en diagnostisk undersøgelse af deres alment praktiserende læge eller af en praktiserende speciallæge til brug for lægens diagnosticering af patienten således få frit sygehusvalg til alle offentlige sygehuse, samt de private specialsygehuse, som er nævnt i § 79 og til de private sygehuse og klinikker, som bopælsregionen har aftale med, i det omfang disse sygehuse og klinikker kan varetage den pågældende undersøgelse. Forslaget vil give patienterne mulighed for at vælge at få foretaget en diagnostisk undersøgelse på et sygehus i en anden region end bopælsregionen, fx nær deres arbejdsplads, deres sommerhus eller hvor de i øvrigt opholder sig.

For psykiatriske patienter kan adgangen til det frie sygehusvalg efter § 86, stk. 3, begrænses, hvis hensynet til den pågældende taler herfor. For psykiatriske patienter foreslås imidlertid ingen begrænsninger i deres valgmuligheder mht. diagnostiske undersøgelser. De hensyn om at sikre kontinuitet i den psykiatriske behandling, som er begrundelsen for, at adgangen til i særlige tilfælde at begrænse patienters adgang til frit sygehusvalg efter sundhedslovens § 86, stk. 3, gør sig ikke gældende i forhold til forslaget om frit valg til diagnostiske undersøgelser.

Det foreslås, at sygehuse, som det også er tilfældet efter de gældende regler om frit sygehusvalg, skal kunne afvise at modtage fritvalgspatienter fra andre regioner, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Det foreslås, at ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler herom. Sådanne regler er i dag fastsat i bekendtgørelse nr. 594 af 11. juni 2009 om ret til sygehusbehandling m.v.

Udvidet frit sygehusvalg

Regeringen foreslår endvidere, at personer, som er henvist til en diagnostisk undersøgelse på sygehus i bopælsregionen af en alment praktiserende læge, jf. sundhedslovens § 60, eller praktiserende speciallæge m.fl., jf. sundhedslovens § 64, til brug for lægens diagnosticering og behandling af personen, kan vælge at få foretaget denne undersøgelse på et privat aftalesygehus, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelsen ved egne sygehuse eller samarbejdssygehuse.

Ved aftalesygehus forstås de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som regionsrådene i forening har indgået aftale om behandling af patienter efter den udvidede fritvalgsordning.

Ved samarbejdssygehuse forstås de private specialsygehuse, som er nævnt i sundhedsloven § 79, stk. 2, og andre offentlige og private sygehuse og klinikker, som regionerne indgår aftale med, f.eks. efter udbud i henhold

til sundhedslovens § 75, stk. 2. Forslaget indebærer således også, at patienter, som i København og Frederiksberg kommuner er henvist til at få foretaget diagnostiske undersøgelser på disse laboratorier og klinikker, også vil være omfattet af lovforslaget om udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser.

Med forslaget udvides regionsrådenes pligt til i forening at indgå aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet - som ønsker at indgå aftale efter den udvidede fritvalgsordning om undersøgelse og behandling - til nu også at omfatte aftaler om diagnostiske undersøgelser.

Den del af lovforslaget, som vedrører etablering af et voldgiftsnævn vil også omfatte eventuelle fremtidige tvister vedrørende aftaler om diagnostiske undersøgelser.

Information

Det foreslås i forlængelse af de ovenstående forslag, at sygehusenes bestående pligt til inden for 8 dage at informere henviste patienter om tid og sted for undersøgelse og behandling, om patienten kan tilbydes behandling inden for 1 måned samt om patientens ret til at vælge sygehus efter bestemmelserne om frit og udvidet frit sygehusvalg udvides, så pligten også kommer til at gælde i forhold til patienter, som er henvist til de af lovforslaget omhandlede diagnostiske undersøgelser.

2.2. Voldgiftsnævn

2.2.1. Gældende ret

Efter sundhedslovens § 87 indgår regionsrådene i forening - i praksis Danske Regioner - aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om undersøgelse og behandling af patienter efter den udvidede fritvalgsordning. Efter sundhedslovens 87 c og § 87 g indgår Danske Regioner tilsvarende aftaler om undersøgelse og behandling af psykiatiske patienter efter den udvidede undersøgelses- og behandlingsret.

Disse ordninger har til formål at skabe grundlag for, at der kan indgås aftaler med klinikker i *hele* landet, således at flest mulige patienter får en reel mulighed for at benytte det udvidede frie sygehusvalg valg og den udvidede undersøgelses- og behandlingsordning.

En aftale mellem Danske Regioner og et aftalesygehus består i dag af en standardaftale, der regulerer de overordnede vilkår for aftalen, og en specificering af de behandlinger og undersøgelser, som er omfattet af aftalen. Endvidere er det specificeret, på hvilke vilkår den enkelte behandling gives, og den pris patientens bopælsregion skal betale herfor. Der er tale om vilkår, som ikke er lovregulerede, men aftalefastsatte. Det er i standardaftalen fastsat, at en aftale kan opsiges af parterne med 6 måneders varsel, eller hvis parterne er enige om at opsige den med kortere varsel. Ydelsessortimentet i en aftale kan efter den nuværende standardaftale ændres med 2 måneders varsel, og uden varsel, såfremt Danske Regioner og aftalesygehuset er enige herom.

Lovgivningen fastsætter ikke, med hvilke intervaller Danske Regioner skal genforhandle aftaler med de private udbydere. Frem til suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg i november 2008 blev aftalerne i vidt omfang opsagt og genforhandlet årligt.

Kan parterne ikke opnå enighed om vilkårene - typisk om taksterne - for en aftale, kan ministeren for sundhed og forebyggelse efter anmodning fra aftalesygehusene fastsætte vilkårene, jf. sundhedsloven § 87, stk. 5, § 87 c og § 87 g. Regionerne er forpligtede til at indgå aftale på de af ministeren fastsatte vilkår. De private sygehuse er derimod ikke forpligtede til at indgå aftaler eller modtage patienter.

2.2.2. Overvejelser og lovforslag

I henhold til aftalen mellem regeringen og Danske Regioner af 1. april 2009 om tilrettelæggelsen af samarbejdet med private sygehuse vil samarbejdet mellem regionerne og den private sygehussektor efter genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg den 1. juli 2009 følge en tofaset proces.

Første fase i aftalen baserer sig på aftalegrundlaget mellem Danske Regioner og de private sygehuse og klinikker om genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg fra den 1. juli 2009, herunder om afregningstakster med de private hospitaler.

Anden fase begynder 1. januar 2010, hvorfra afregningen for patienter, der benytter det udvidede frie sygehusvalg **og den udvidede undersøgelses- og behandlingsordning på det psykiatiske område**, skal ske til en forhandlet pris med udgangspunkt i referencetakster. Referencetaksterne fastsættes ud fra omkostningsniveauet i den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger mest omkostningseffektivt.

Med aftalen har regeringen samtidigt tilkendegivet at ville søge tilslutning til at ændre konstruktionen mellem regionerne og de private sygehuse og klinikker således, at der fra 1. januar 2010 i tilfælde af uenighed mellem parterne i konkrete sager, der vedrører aftaler indgået i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg og den udvidede undersøgelses- og behandlingsordning, etableres en uafhængig voldgiftsinstitution.

Det er endvidere aftalt, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner fremadrettet vil monitorere ordningen med referencetakter og voldgift med inddragelse af de private aftalparter.

Med lovforslaget foreslår regeringen, at hvis der opstår tvist mellem parterne om vilkårene for en aftale om undersøgelse og behandling efter den udvidede fritvalgsordning og den udvidede undersøgelses- og behandlingsordning på det psykiatriske område, kan de private sygehuse, klinikker m.v. her i landet samt sygehuse, klinikker m.v. i udlandet hver især eller i forening indbringe tvisten for et voldgiftsnævn fra 1. januar 2010.

Det foreslås, at ministeren for sundhed og forebyggelse, når der indbringes en sag for voldgiftsnævnet, udpeger en opmand og en suppleant for nævnet. Regionerne i fællesskab udpeger 1 voldgiftsmand og sygehuset, klinikken m.v., som har rejst sagen, udpeger 1 voldgiftsmand. Indbringer flere sygehuse i forening en sag for voldgiftsnævnet, udpeger de i fællesskab en voldgiftsmand. Både opmand, suppleant og voldgiftsmænd skal have økonomisk indsigt og indsigt i sundhedsvæsenets forhold.

Voldgiftsnævnet vil blive nedsat fra gang til gang, hvis og når der indbringes sager for nævnet. Det vil med sin uafhængighed og sin økonomiske indsigt og indsigt i sundhedsvæsenets forhold og under iagttagelse af lovgivningen på området, herunder om patienternes rettigheder, kunne sikre en afbalanceret løsning af sådanne tvister, der tilgodeser både hensynene til sygehusenes og klinikernes interesser og det offentliges interesser både mht. økonomi og kvalitet m.v.

Med forslaget vil opmanden samt de 2 voldgiftsmænd deltage ved behandlingen af en voldgiftssag. Opmanden kan tilkalde særligt sagkyndige til at bistå ved sagens behandling. Det foreslås, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse yder sekretariatsbistand til voldgiftsnævnet.

Det foreslås endvidere, at ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om voldgiftsnævnet og for behandlingen af voldgiftssager, herunder forretningsordenen, samt regler om vederlag til opmand, voldgiftsmænd og de særligt sagkyndige, der måtte være tilkaldt, samt om sagsomkostninger og deres fordeling.

Endelig foreslås det, at voldgiftsnævnets afgørelse på grund af dennes særlige karakter ikke skal kunne indbringes for anden administrativ myndighed.

2.3. Evaluering af det offentligt finansierede sundhedsvæsen

2.3.1. Gældende ret

Efter sundhedslovens § 195 påhviler det regionsråd, kommunalbestyrelser, praktiserende sundhedspersoner og de private personer eller institutioner, der driver sygehuse m.v., at give oplysning om virksomheden til de centrale sundhedsmyndigheder m.fl. efter nærmere af ministeren for sundhed og forebyggelse fastsatte regler.

Det er i sundhedslovens § 216 anført, at Sundhedsstyrelsen kan evaluere virksomheden i det offentlige sundhedsvæsen med henblik på at fremme kvalitetsudviklingen og en mere effektiv ressourceanvendelse i sundhedssektoren. Det er i den forbindelse fastlagt, jf. stk. 2, at ministeren kan fastsætte nærmere regler om, at det påhviler regionsråd og kommunalbestyrelser samt de under ministeren for sundhed og forebyggelse hørende institutioner at give de for gennemførelsen af evalueringer m.v. nødvendige oplysninger, herunder oplysninger fra patientregistre og andre registre, samt regnskabs- og budgetoplysninger.

Bestemmelsen giver under iagttagelse af de gældende patientsamtykkeregler bl.a. mulighed for, at Sundhedsstyrelsen kan indhente journaloplysninger, herunder oplysninger om konkrete patientforløb, hvis det er nødvendigt for evalueringerne. I den forbindelse fastlægger bestemmelsen, at oplysninger, der indhentes til brug for disse evalueringer, ikke kan videregives til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

2.3.2. Overvejelser og lovforslag

Med henblik på at opnå parallelitet i forhold til Sundhedsstyrelsens specialplanlægning, der bl.a. omfatter private sygehuse og klinikker i det omfang de udfører offentligt finansieret virksomhed, ønsker regeringen at tydeliggøre, at Sundhedsstyrelsens adgang til at evaluere virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen, dvs. også private sygehuse og klinikker, som har aftaler med regionerne, fx med Danske Regioner efter det udvidede frie sygehusvalg og den udvidede undersøgelses- og behandlingsordning på det psykiatriske område.

På den baggrund foreslår regeringen, at Sundhedsstyrelsen med det formål at fremme kvalitetsudviklingen i sundhedssektoren kan iværksætte evalueringer m.v. af virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Evalueringerne kan omfatte alle forhold vedrørende det offentlige sundhedsvæsen og de private sygehuse og klinikkers virksomhed.

Den virksomhed på de private sygehuse, som er privat finansieret, dvs. typisk af forsikringselskaberne falder uden for forslaget.

Det foreslås endvidere, som det også gælder i dag, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om, at det påhviler regionsråd og kommunalbestyrelser, de under ministeren for sundhed og forebyggelse hørende institutioner samt de private personer eller institutioner, der driver sygehuse, klinikker m.v. at give de for gennemførelsen af evalueringer m.v. nødvendige oplysninger, herunder oplysninger fra patientregistre og andre registre.

Oplysninger, der indhentes til brug for disse evalueringer vil efter forslaget - ligesom i dag - ikke kunne videregives til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Herved opretholdes det bedste grundlag for at sikre, at Sundhedsstyrelsen modtager alle nødvendige oplysninger ifbm. evalueringerne.

2.4. Patienters ret til aktindsigt

2.4.1. Gældende ret

Patienter har efter gældende ret som udgangspunkt ret til at se deres egen journal, jf. sundhedslovens § 37, stk. 1. Undtaget herfra er alene tilfælde, hvor patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser, jf. sundhedslovens § 37, stk. 2. Reglerne gælder også for elektroniske patientjournaler og indebærer et krav om, at der i hvert enkelt tilfælde foretages en konkret vurdering af, om der er oplysninger i journalen, der bør undtages fra aktindsigt eller formidles til patienten på anden måde. Sundhedspersonalet har pligt til at journalføre et helt eller delvist afslag på aktindsigt.

2.4.2. Overvejelser og lovforslag

Der findes ikke præcise oplysninger om, hvor ofte der gives afslag på aktindsigt. Baseret på en opgørelse af antallet af afslag på aktindsigt i e-journal i oktober og november 2008 i Region Hovedstaden kan det skønnes, at der i sygehusvæsenet på landsplan årligt gives afslag på aktindsigt i størrelsesordenen 150 tilfælde årligt. Hertil kommer de afslag på aktindsigt, som i øvrigt gives i sundhedssektoren, herunder hos de praktiserende læger. Det skønnes, at der samlet set kun gives afslag på ganske få promille af alle aktindsigtsanmodninger.

Siden vedtagelsen af de gældende regler om patienters adgang til aktindsigt er der sket en udvikling i sundhedsvæsenet med hensyn til indførelse af ny teknologi og deraf følgende ændringer i arbejdsgange og organisering. Samtidig er der i dag i langt højere grad fokus på patientsikkerhed, sammenhængende behandling, åbenhed og aktiv inddragelse af patienten som en ressource i behandlingen.

Regeringen ønsker at skabe rammer for et sundhedsvæsen, hvor digitalisering bidrager til at forbedre service til og inddragelse af patienterne. Den digitale kommunikation skal foregå, når det er relevant og på måder, som patienter oplever som tilfredsstillende. Åbenhed kan være med til at fremme mulighederne for, at patienten i højere grad opnår indsigt i egen sundhedstilstand og dermed bedre bliver i stand til at drage omsorg for eget helbred - for eksempel via selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse.

Der findes allerede elektroniske patientjournaler, for eksempel e-journal, som kan give patienter adgang til egne elektroniske helbredsoplysninger. Udviklingen går i retning af, at journalføringen i sundhedsvæsenet i større og større omfang sker elektronisk, og det er målet, at it skal udbredes til hele sundhedsvæsenet.

Denne udvikling aktualiserer behovet for at give patienterne fuld indsigt i egne helbredsoplysninger, og det foreslås derfor at udvide patienternes adgang til aktindsigt.

Med fuld indsigt i egne sygdomsforløb og egen sundhedstilstand kan patienterne være mere aktive parter i egne behandlingsforløb.

Det foreslås derfor, at patienterne fremadrettet får fuld indsigt i, hvad der er registreret i patientjournalen, herunder hvad andre har oplyst til journalen, og de kan på den måde forholde sig til og få mulighed for at korrigere oplysningerne. En øget indsigt i egen behandling vil endvidere give patienterne et bedre grundlag for overvejelser om at klage over behandlingen. En ubegrænset adgang til egne journaloptegnelser muliggør også, at patienterne fremadrettet kan kontrollere kvaliteten af de registrerede oplysninger, herunder gøre opmærksom på eventuelle fejlagtige og forældede oplysninger.

Det vil i dag være praktisk urealiserbart at give patienter adgang til elektroniske journaler, idet det de gældende regler forudsætter, at en sundhedsperson, hver gang en patient anmoder om aktindsigt, foretager om en konkret vurdering af, om det er fornødent at begrænse aktindsigten.

Det foreslås derfor, at patienterne fremover får ubegrænset adgang til egne journaloptegnelser - både elektroniske og papirbaserede.

Efter forslaget vil det dog fortsat være muligt at begrænse forældremyndighedsindehaveres adgang til aktindsigt i deres mindreårige børns journaler i det omfang, forældremyndighedsindehaverens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige.

Endvidere foreslås det med forslaget at fastholde den hidtidige adgang til om nødvendigt at begrænse adgangen til aktindsigt for så vidt angår optegnelser i patientjournaler m.v., som er journalført før lovens ikrafttræden, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser. Baggrunden herfor er et ønske om at respektere, at tidligere oplysninger kan være givet af pårørende eller andre private og være journalført af sundhedspersonalet i tillid til, at der ville være mulighed for om nødvendigt at begrænse patientens adgang til aktindsigt ud fra sådanne afgørende hensyn.

2.5. Justering af betingelserne for generelt klausuleret tilskud

2.5.1. Gældende ret

Lægemedelstyrelsen meddeler generelt tilskud til lægemidler. Kriterierne for Lægemedelstyrelsens vurdering af, om et lægemiddel skal meddeles generelt tilskud, er fastsat i bekendtgørelse nr. 180 af 17. marts 2005 om medicintilskud.

Hovedkriterierne for meddelelse af generelt tilskud er, om lægemidlet har en sikker og værdifuld terapeutisk effekt på en velafgrænset indikation, og om lægemidlets pris står i rimeligt forhold til dets behandlingsmæssige værdi. I tilfælde, hvor Lægemedelstyrelsen vurderer, at kriterierne for meddelelse af generelt tilskud til et lægemiddel ikke er opfyldt for lægemidlets fulde anvendelsesområde, herunder for samtlige af de indikationer lægemidlet er godkendt til, foretager Lægemedelstyrelsen automatisk en vurdering af, om kriterierne er opfyldt på betingelse af, at lægemidlet ordineres med henblik på behandling af bestemte sygdomme (generelt klausuleret tilskud).

I tillæg hertil er imidlertid også fastsat en række situationer, hvor et lægemiddel som udgangspunkt ikke får generelt tilskud eller generelt klausuleret tilskud. Disse er:

- Iværksættelse af behandling med lægemidlet kræver særlig undersøgelse og diagnosticering.
- Der er nærliggende risiko for, at lægemidlet vil blive anvendt uden for den godkendte indikation.
- Lægemidlet udelukkende eller overvejende anvendes til formål, hvortil der ikke med rimelighed kan forventes tilskud fra Regionsrådet.
- Lægemidlets effekt ikke er klinisk dokumenteret.
- Der er risiko for, at lægemidlet anvendes som førstevalg, uanset at dette efter Lægemedelstyrelsens vurdering ikke bør være tilfældet.
- Det er uafklaret, om eller hvornår lægemidlet skal anvendes som førstevalg.
- Der er nærliggende risiko for, at lægemidlet gøres til genstand for misbrug.
- Lægemidlet hovedsageligt anvendes i sygehusbehandling, eller
- Lægemidlet på grund af en særlig lægemiddelform ikke kan indtages af patienten selv.

2.5.2. Overvejelser og lovforslag

Med en ændring af sundhedsloven, som blev vedtaget af Folketinget den 17. december 2004, blev Lægemedelstyrelsen pålagt at gennemføre en revurdering af alle lægemidlers tilskudsstatus, således at lægemidlers tilskudsstatus kan ændres, hvis de forudsætninger, der lå til grund for den oprindelige beslutning om bevilling eller ikke-bevilling af tilskud, er ændret.

Det fremgår af lovens § 144, stk. 2, at tilskuddet til receptpligtige lægemidler efter stk. 1 kan være betinget af, at lægemidlet ordineres med henblik på behandling af bestemte sygdomme.

Der har i revurderingsprocessen udviklet sig en praksis, hvorefter et generelt tilskud til et lægemiddel klausuleres med henvisning patientens sygdom kombineret med en henvisning til tidligere behandlingsforløb med andre lægemidler, lægemidlers interaktioner etc. Således er det generelle tilskud til en række af kolesterolsænkende lægemidler i dag klausuleret til "patienter med behandlingskrævende hyperlipidæmi, for hvem behandling med generelt tilskudsberettiget statin uden klausulering har vist sig utilstrækkelig, eller som ikke tåler disse lægemidler". Hermed målrettes medicintilskuddet til disse typisk dyrere lægemidler til netop den kreds af patienter med forhøjede kolesteroltal, som fx på grund af bivirkninger ikke kan behandles med andre tilsvarende billigere lægemidler eller til de patienter, hvor de billigere lægemidler ikke kan bringe patientens kolesteroltal tilstrækkeligt langt ned. En tilsvarende klausulering er anvendt i forbindelse med revurdering af tilskudsstatus for de blodtryks-sænkende lægemidler, hvor der endvidere for visse lægemidler i klausuleringen af det generelle tilskud fx er taget højde for de billigere lægemidlers interaktioner med andre lægemidler, patienten er i behandling med.

Enkelte lægemidler indeholder i den godkendte terapeutiske indikation eller i anvisningerne om dosering og indgivelsesmåde, som er beskrevet i lægemidlets produktresumé, andre parametre herunder fx henvisning til

patientens alder, tidligere behandlingsforløb, kombinationsbehandling etc., som det i visse situationer kan være lægefagligt relevant at videreføre i forbindelse med et generelt klausuleret tilskud til lægemidlet. Medicintilskuds-nævnet har endvidere i et konkret tilfælde på baggrund af ny viden om rationel lægemiddelanvendelse indstillet, at det generelle tilskud til en gruppe lægemidler blev klausuleret til personer over 70 år. Indstillingen blev ikke fulgt af Lægemiddelstyrelsen, fordi den foreslåede klausul ikke kunne rummes inden for lovens betingelse om, "at lægemidlet ordineres med henblik på behandling af bestemte sygdomme".

På den baggrund foreslås det at tilpasse og præcisere adgangen til at fastsætte klausuleret tilskud således, at der kan tages højde for situationer, som er parallelle med de ovenfor nævnte. Med lovændringen gives Lægemiddelstyrelsen således en mulighed for - hvor der er fagligt belæg herfor - i højere grad at målrette et generelt tilskud til et lægemiddel til bestemte persongrupper. Det er dog ikke forventningen, at der med lovforslaget vil ske nogen væsentlig ændring i forhold til den måde, reglerne administreres på i dag.

3. De økonomiske konsekvenser for det offentlige

3.1. Indførelse af frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser

Det skønnes, at forslaget vil være udgiftsneutral, da der er tale om patienter, der allerede er henvist til diagnostiske undersøgelser. Forslaget medfører derfor ikke merudgifter for regionerne, kommunerne eller staten.

3.2. Voldgift

Ministeren for sundhed og forebyggelse vil efter lovforslaget fastsætte regler om, at hver part afholder sin del af omkostningerne ved voldgiftsnævnets nedsættelse. Lovforslaget forventes ikke at medføre merudgifter for regionerne. Lovforslaget forventes heller ikke at medføre merudgifter for staten, idet udgiften til den sekretariatsbi-stand, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses skal yde til Voldgiftsnævnet, svarer til den udgift, som ministeriet i dag ville have til behandling af tvister efter den nuværende lovgivning. Forslaget medfører ikke merudgifter for kommunerne.

3.3. Evaluering af virksamheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen

Det skønnes, at forslaget vil være udgiftsneutral. Forslaget medfører derfor ikke merudgifter for regionerne, kommunerne eller staten.

3.4. Patienters adgang til aktindsigt

Det skønnes, at forslaget vil være udgiftsneutral. Forslaget medfører derfor ikke merudgifter for regionerne, kommunerne eller staten.

3.5. Justering af betingelserne for generelt klausuleret tilskud

Det skønnes, at forslaget vil være udgiftsneutral, fordi der ikke er lagt op til nogen væsentlig ændring i forhold til den måde, reglerne administreres på i dag.

4. Administrative konsekvenser for det offentlige

4.1. Indførelse af frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser

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

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for kommunerne og staten.

4.2. Voldgift

Forslaget har ingen meradministrative konsekvenser for regionerne, kommunerne eller staten.

4.3. Evaluering af virksamheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen

Forslaget har ikke meradministrative konsekvenser for regionerne, kommunerne eller staten.

4.4. Patienters adgang til aktindsigt

Forslaget har ingen meradministrative konsekvenser for regionerne, kommunerne eller staten.

4.5. Justering af betingelserne for generelt klausuleret tilskud

Forslaget har ingen meradministrative konsekvenser for regionerne, kommunerne eller staten.

5. De økonomiske konsekvenser for erhvervslivet mv.

5.1. Indførelse af frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser

Lovforslaget har ingen økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.

5.2. Voldgift

Lovforslaget har ingen økonomiske konsekvenser for erhvervslivet, idet forslaget ikke påvirker de private sygehuses muligheder for at indgå aftaler under det udvidede frie sygehusvalg.

5.3. Evaluering af virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen

Lovforslaget har ingen økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.

5.4. Patienters adgang til aktindsigt

Lovforslaget har ingen økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.

5.5. Justering af betingelserne for generelt klausuleret tilskud

Lovforslaget har ingen økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.

6. De administrative konsekvenser for erhvervslivet mv.

6.1. Indførelse af frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet.

6.2. Voldgift

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet.

6.3. Evaluering af virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet.

6.4. Patienters adgang til aktindsigt

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet.

6.5. Justering af betingelserne for generelt klausuleret tilskud

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet.

7. De administrative konsekvenser for borgere

7.1. Indførelse af frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser

Borgerne får flere valgmuligheder til diagnostiske undersøgelser.

7.2. Voldgift

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

7.3. Evaluering af virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

7.4. Patienters adgang til aktindsigt

Borgerne får fremadrettet en lettere adgang til aktindsigt i egne patientjournaler.

7.5. Justering af betingelserne for generelt klausuleret tilskud

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

8. De miljømæssige konsekvenser

Forslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

9. Forholdet til EU-retten

Rådets direktiv 89/105/EØF af 21. december 1988 om gennemsigtighed i prisbestemmelserne for lægemidler til mennesker og disse lægemidlers inddragelse under de nationale sygesikringsordninger fastlægger regler for proceduren for et lægemiddels inddragelse i de nationale sygesikringsordninger. Det fremgår af direktivets artikel 11, 2. pkt., at medlemsstaterne straks skal underrette kommissionen om ændringer i reglerne vedrørende lægemidlers inddragelse under de nationale sygesikringsordninger m.v. Regeringen har i overensstemmelse hermed til hensigt at notificere Kommissionen om de foreslåede ændringer. Det er regeringens opfattelse, at den ændring af muligheden for at meddele generelt klausuleret tilskud, der fastlægges med lovforslaget, er forenelig med bestemmelserne i direktivet. Forslaget indeholder ikke derudover EU-retlige aspekter.

10. Hørte myndigheder og organisationer m.fl.

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

Kommunale parter m.fl.

Danske Regioner,
Regionernes Lønnings- og Takstnævn og
KL.

Faglige organisationer m.fl.

Dansk Sygeplejeråd,
Lægeforeningen,
Praktiserende Lægers Organisation,
Børne- og UngdomsPsikiatrisk Selskab,
FOA,
Pharmadanmark og
Farmakonomforeningen.

Patientforeninger m.fl.

Center for Små Handicapgrupper,
Danske Handicaporganisationer,
Danske Patienter,
Dansk Handicapforbund,
Dansk Selskab for Patientsikkerhed,
Det Centrale Handicapråd,
Forbrugerrådet,
Hjerteforeningen og
Hospice Forum Danmark,
Kræftens Bekæmpelse,
Patientforeningen i Danmark,
Patientforum,
Scleroseforeningen,
ÆldreForum,
Ældremobiliseringen og
Ældresagen.

Andre private foreninger og institutioner m.fl.

Dansk Erhverv,
Sankt Lukas Hospice,
Diakonissestiftelsens Hospice,
Sct. Maria Hospice Center,
Rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge OASIS, RCT-Jylland og RCT i København,
Epilepsihospitalet i Dianalund,
sclerosecentre i Haslev og Ry,
PTU's Rehabiliteringscenter,
Center for sundhed og træning i Middelfart,
Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør,
Rehabiliteringscenter for Muskelsvind,
Vejle fjord,
Center for Hjerneskade,
KamillianerGaardens Hospice,
Hospice Fyn,
Arresødal Hospice,
Hospice Sjælland,
Hospice Sønderjylland,
Anker Fjord Hospice,
Hospice Limfjord,
Hospice Sydvestjylland,
Hospice Vendsyssel,

Hospice Djursland,
Kong Chr. X's Gigthospital i Gråsten,
Danmarks Apotekerforening,
Lægemiddelindustriforeningen,
Industriforeningen for Generiske Lægemidler og
Foreningen af Parallelimportører af Lægemidler

Statslige myndigheder m.fl.
Dansk Selskab for Folkesundhed,
Den Centrale Videnskabetiske Komité,
Institut for Menneskerettigheder,
Patientforsikringen,
Patientskadeankenævnet,
Rigsrevisionen,
Sundhedsvæsenets Patientklagenævn,
Grønlands Hjemmestyre, Direktoratet for Sundhed og
Færøernes Landsstyre.

11. Sammenfattende skema

| | Positive konsekvenser/mindre udgifter | Negative konsekvenser/merudgifter |
|--|---|--|
| Økonomiske konsekvenser for det offentlige | Ingen | Ingen |
| Administrative konsekvenser for det offentlige | Ingen | Forslaget om udvidet frit valg medfører let øget administration i regionerne |
| Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet | Ingen | Ingen |
| Administrative konsekvenser for erhvervslivet | Ingen | Ingen |
| Miljømæssige konsekvenser | Ingen | Ingen |
| Administrative konsekvenser for borgerne | Borgerne får flere valgmuligheder til diagnostiske undersøgelser og fremadrettet en lettere adgang til aktindsigt i egne patientjournaler | Ingen |
| Forholdet til EU-retten | Forslaget vedr. medicintilskudsreglerne notificeres dog til EU-Kommissionen efter normal praksis. | |

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1 (§ 37 – Patienters adgang til aktindsigt)

Det fremgår i dag af lovens § 37, stk. 2, og af overskriften til lovens kapitel 8, at der er tale aktindsigt, men lovens § 37, stk. 1, er formuleret som en indsichtsregel. Det findes derfor hensigtsmæssigt at præcisere, at der er tale om en aktindsichtsregel, så det udtrykkeligt fremgår af bestemmelsen, at den enkelte patient har en ret til aktindsigt i egne helbredsoplysninger, og at patienten derudover som hidtil - i form af en indsichtsregel - har ret til efter anmodning herom at få oplyst, om der behandles helbredsoplysninger om vedkommende indeholdt i patientjournaler, og hvis det er tilfældet, at få oplysning om, hvilke oplysninger der behandles samt oplysninger om formålet med behandlingen og meddelelse om, hvorfra disse oplysninger stammer, hvis der er tilgængelig information herom.

Med forslaget til nyt § 37, stk. 1, foreslås det som hovedregel, at patienter får ubegrænset adgang til aktindsigt i egne patientjournaler m.v. Patienterne får således fuld adgang til samtlige oplysninger uden restriktioner - såvel elektronisk som i papirbaserede patientjournaler - og det vil som udgangspunkt ikke være muligt at begrænse denne adgang.

Med forslaget til nyt § 37, stk. 2, opretholdes dog en begrænsningsmulighed for forældremyndighedsindehaveres adgang til aktindsigt i deres mindreårige børns patientjournaler under omstændigheder, hvor forældremyndighedsindehaveres interesse i aktindsigt findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige. Baggrunden herfor er, at der i enkelte tilfælde kan foreligge følsomme oplysninger om eksempelvis abort, behandling for kønssygdom, prævention og blodtransfusion, som kan være til skade for den mindreårige, hvis de kommer til en forældremyndighedsindehavers kendskab.

Det har været overvejet at opretholde en begrænsningsmulighed over for psykiatriske patienters adgang til egne journaler. Regeringen har i den sammenhæng lagt vægt på, at Dansk Psykiatrisk Selskab i forhold til spørgsmålet om patienters adgang til egne journaler har udtalt, at selskabet principielt finder, at der bør gælde nøjagtigt de samme regler for patienter med somatiske sygdomme, som for patienter med psykiatriske sygdomme.

Med forslaget til nyt § 37, stk. 3, fastholdes endvidere den hidtidige adgang til om nødvendigt at begrænse adgangen til aktindsigt for så vidt angår optegnelser i patientjournaler m.v., som er journalført før lovens ikrafttræden den 1. januar 2010. For sådanne journaloptegnelser kan retten efter den foreslåede § 37, stk. 1, således begrænses i det omfang, patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser. Det er fundet påkrævet at bevare denne begrænsningsadgang, som svarer til den gældende § 37, stk., 2, for at respektere, at oplysninger kan være givet af pårørende eller andre private og være journalført af sundhedspersonalet i tillid til, at der ville være mulighed for om nødvendigt at begrænse patientens adgang til aktindsigt ud fra sådanne afgørende hensyn. Denne del af forslaget medfører, at det med hensyn til historiske oplysninger journalført før den 1. januar 2010, ikke vil blive praktisk muligt at give adgang elektronisk. Historiske oplysninger må således søges på traditionel vis. Det vil indebære, at omfanget af patienters elektroniske adgang til journaler vil afhænge af, hvornår oplysningerne er journalført. Det relative omfang af oplysninger, som der ikke vil være elektronisk adgang til, vil dog ifølge sagens natur gradvis mindskes og med tiden helt forsvinde.

Det bemærkes, at lovens § 36, stk. 1, fastlægger anvendelsesområdet for reglerne om patienters adgang til aktindsigt. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om, hvilke oplysninger og institutioner, der er omfattet af lovens § 36, stk. 1. Bemyndigelsen vil blive udnyttet til at præcisere og afgrænse, hvilke elektroniske indeks og registre der betragtes som en patientjournal efter bestemmelsen.

Til nr. 2 (§ 38 – Patienters adgang til aktindsigt)

Den foreslåede nye affattelse af bestemmelsen svarer til den gældende § 38 med de ændringer, som er fornødne til afspejling af, at patientjournaler ikke længere alene kan foreligge i papirbaseret form, men nu også kan foreligge i elektronisk form og i så fald ikke kan siges af være i myndighedens, institutionens eller sundhedspersonens fysiske besiddelse.

Ved gennemførelse af aktindsigten er det således foreslået, at det er den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har ansvaret for patientjournalerne, der træffer afgørelse om retten til aktindsigt.

Gennemførelsen af aktindsigt vil således fremadrettet kunne foregå ved, at patienten anmoder om en kopi af sin patientjournal, får patientjournalen til gennemsyn på behandlingsstedet eller ved, at patienten benytter sig af en elektronisk adgang, eksempelvis adgang til egen e-journal med digital signatur via sundhed.dk.

Som efter gældende ret skal en anmodning om aktindsigt besvares inden 10 dage efter, at patienten har anmodet herom. Ved opslag i elektroniske patientjournaler, vil patienten få besvarelsen umiddelbart ved en standardmeddelelse på skærmen, hvis aktindsigt ikke kan gives i medfør af undtagelsesbestemmelserne i den foreslåede § 37, stk. 2 (forældremyndighedsindehaver/mindreårig) eller stk. 3 (oplysninger journalført før lovens ikrafttræden).

Ved at give patienterne umiddelbar adgang til deres data i en elektronisk patientjournal er der en risiko for, at patienterne får adgang til kritiske oplysninger, før lægen har nået at meddele og informere patienterne om disse. For at sikre, at sådan information kan nå at blive meddelt patienten direkte af lægen, vil der i den elektroniske patientjournal skulle være en funktionalitet i form af en forsinkelse på et antal kalenderdage fra det tidspunkt oplysningerne journalføres, og indtil de bliver tilgængelige for patienten i elektronisk form.

Lovforslaget medfører ikke nogen pligt til at give patienter elektronisk adgang til egne journaloptegnelser. Det er således op til den enkelte, ansvarlige myndighed, institution eller sundhedsperson at afgøre, om elektronisk adgang tilbydes som en mulighed.

Til nr. 3 (§ 39 – Patienters adgang til aktindsigt)

Der er alene tale om en teknisk, konsekvensændring som følge af, at aktindsigten i en række tilfælde vil blive givet elektronisk, hvor spørgsmålet om kopierings- og forsendelsesomkostninger ikke vil forekomme.

Til nr. 4-6 (§ 79 - Frit valg og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser)

Det foreslås med forslaget til § 79, stk. 1, at regionsrådets pligt til at yde sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse, også kommer til at omfatte diagnostiske undersøgelser til brug for alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64.

Med lovforslaget skal regionsrådet endvidere - hvor det er relevant - yde diagnostiske undersøgelser 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, RCT i København og RCT-Jylland, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosecenter Haslev, Sclerosecenter Ry, PTU's RehabiliteringsCenter, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejle fjord og Center for Hjerneskade.

Lovforslaget medfører, at patienter, som er henvist diagnostiske undersøgelser til brug for alment praktiserende læger, jf. sundhedslovens § 60, og praktiserende speciallæger, jf. sundhedslovens § 64, som led i disse lægers diagnosticering af patienten, bliver omfattet af det frie sygehusvalg, jf. sundhedslovens § 86, og af det udvidede frie sygehusvalg, jf. sundhedslovens § 87.

Efter § 86 kan en person, der henvises til sygehusbehandling således vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2, uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen. Et sygehus kan dog afvise at modtage personer fra andre regioner, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Ministeren for sundhed og forebyggelse har fastsat nærmere regler herom i bekendtgørelse nr. 594 af juni 2009 om ret til sygehusbehandling m.v.

Ministeren for sundhed og forebyggelse kan efter forhandling med justitsministeren og indenrigs- og socialministeren fastsætte regler om, at personer ikke har ret til selv at vælge sygehus, når

- 1) de er optaget i Kriminalforsorgens institutioner,
- 2) de er anbragt i institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien eller straffeloven,
- 3) de er anbragt på sikret afdeling i henhold til lov om social service, eller
- 4) de er frihedsberøvet, eller deres handlefrihed i øvrigt er undergivet begrænsninger i henhold til ud-lændingeloven.

Forslaget medfører endvidere, jf. sundhedsloven § 87, at en person, som er henvist til en diagnostisk undersøgelse til brug for en alment praktiserende læger eller praktiserende speciallæge, vil kunne vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter bestemmelsen (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden 1 måned efter at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Efter sundhedslovens § 87, stk. 4. fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse regler om afgrænsning af og vilkår for behandling, der er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg, og kan herunder undtage bestemte behandlingsformer. Endvidere fastsætter ministeren regler om regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om denne behandling. Nærmere regler herom er fastsat i bekendtgørelse nr. 594 af juni 2009 om ret til sygehusbehandling m.v.

Bestemmelsen i sundhedslovens § 87, stk. 5, hvorefter regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter, vil også omfatte de af lovforslaget omfatte diagnostiske undersøgelser. Det samme gælder bestemmelsen i § 87, stk. 6, hvorefter ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om krav til dokumentation m.v. fra de privatejede sygehuse, klinikker m.v., der indgår aftale efter den udvidede fritvalgsordning.

Til nr. 5 (§ 86, stk. 3, *psykiatriske patienter*)

Efter den gældende regel i lovens § 86, stk. 3, kan adgangen for psykiatriske patienter til at benytte det frie sygehusvalg begrænses, hvis hensynet til den pågældende taler herfor. Med forslaget fastlægges, at der ikke kan fastsættes sådanne begrænsninger for psykiatriske patienter, som er henvist til en diagnostisk undersøgelse

Til nr. 7 (§ 87 i *Voldgift*)

Med forslaget til § 87 i, foreslås det at etablere et voldgiftsnævn, som kan afgøre tvister mellem Danske Regioner og de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet om vilkårene for en aftale om undersøgelse og behandling efter § 87 stk. 5, om den udvidede fritvalgsordning § 87 c og § 87 g efter den udvidede undersøgelses- og behandlingsordning på det psykiatriske område, kan sygehusene, klinikkerne m.v. hver især eller i forening indbringe tvisten for et voldgiftsnævn.

Det er efter forslaget kun sygehusene og klinikkerne m.v., der kan indbringe en tvist for voldgiftsnævnet. Det kan de gøre enkeltvis eller i forening. Det svarer til, hvad der i dag gælder efter bekendtgørelse nr 594. af 11. juni 2009 om ret til sygehusbehandling m.v., jf. § 35, stk. 2.

Med forslaget vil der hver gang, der måtte blive indbragt en tvist for voldgiftsnævnet, af ministeren for sundhed og forebyggelse blive udpeget en opmand og en suppleant for nævnet. Regionerne i fællesskab udpeger 1 voldgiftsmand og sygehuset, klinikken m.v. udpeger 1 voldgiftsmand. Hvis en sag indbringes af flere sygehuse, klinikker m.v. i forening må de udpege en fælles voldgiftsmand. Både opmand, suppleant og voldgiftsmænd skal have økonomisk indsigt og indsigt i sundhedsvæsenets forhold.

Ved behandlingen af en voldgiftssag deltager opmanden samt de 2 voldgiftsmænd. Opmanden kan tilkalde særligt sagkyndige til at bistå ved sagens behandling.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse yder sekretariatsbistand til voldgiftsnævnet, herunder forbereder nævnets møder.

Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter efter forslaget regler om voldgiftsnævnet, herunder forretningsordenen samt for behandlingen af voldgiftssager. Ministeren fastsætter endvidere regler om vederlag til opmand, voldgiftsmænd og de særligt sagkyndige, der måtte blive tilkaldt, og om sagsomkostninger og deres fordeling.

Det er hensigten at fastsætte regler, hvorefter parterne afholder alle udgifterne i forbindelse med behandlingen af en voldgiftssag. Det vil blive fastsat, at hver part afholder udgiften til den af parten udpegede voldgiftsmand, herunder udgifter til vederlag mv. til voldgiftsmænd. Udgifter til vederlag til opmand, suppleant og særlige sagkyndige, som måtte blive tilkaldt, samt øvrige udgifter ved behandlingen af voldgiftssagen deles ligeligt mellem parterne. Ministeriet afholder udgifter til ministeriets sekretariatsbistand til voldgiftsnævnet.

Voldgiftsnævnets afgørelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

Til nr. 8 (§ 90, stk. 1, nr.2, *information*)

Det foreslås med forslaget til § 90, stk. 1, nr. 2, at regionsrådene får pligt til inden for 8 dage at informere henviste patienter om tid og sted for de af lovforslaget omhandlede diagnostiske undersøgelser, om patienten kan tilbydes undersøgelse inden for 1 måned samt om patientens ret til at vælge sygehus efter lovforslagets bestemmelser om frit og udvidet frit sygehusvalg til diagnostiske undersøgelser.

Til nr. 9 (§ 144, stk. 2 og 3, *betingelserne for generelt klausuleret tilskud*)

Med ændringen tilføjes muligheden for at betinge et generelt tilskud til et lægemiddel af, at lægemidlet ordineres til behandling af bestemte persongrupper. Lægemiddelstyrelsen gives således en mulighed for - hvor der er fagligt belæg herfor - i højere grad at målrette et generelt tilskud til et lægemiddel til bestemte persongrupper. Jf. de almindelige bemærkninger er det ikke forventningen, at der med lovforslaget vil ske nogen væsentlig ændring i forhold til den måde, reglerne administreres på i dag.

Til nr. 10 (§216 – evaluering)

Det foreslås med forslaget til § 216 at præcisere, at Sundhedsstyrelsen kan iværksætte evalueringer m.v. af virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen med det formål at fremme i sundhedssektoren som parallel til, at Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning også omfatter private sygehuse og klinikker m.v. i det omfang de er offentligt finansierede.

Evalueringerne kan omfatte alle forhold vedrørende det offentlige sundhedsvæsen og de private sygehuse og klinikkers virksomhed.

Med forslaget kan ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætte nærmere regler om, at det påhviler regionsråd og kommunalbestyrelser, de under ministeren for sundhed og forebyggelse hørende institutioner samt de private personer eller institutioner, der driver sygehuse, klinikker m.v. at give de for gennemførelsen af evalueringer m.v. nødvendige oplysninger, herunder oplysninger fra patientregistre og andre registre.

Oplysninger, der indhentes til brug for evalueringerne, kan ikke videregives til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Til § 2

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. januar 2010.

Til § 3

Bestemmelsen fastlægger lovens territoriale anvendelsesområde og indebærer, at loven ikke gælder for Grønland og for Færøerne.

Bilag

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

| Gældende formulering | Lovforslaget |
|---|---|
| <p>§ 37. Fremsætter en patient begæring herom, skal patienten have meddelelse om, hvorvidt der behandles helbredsoplysninger om vedkommende indeholdt i patientjournaler m.v. Behandles sådanne oplysninger, skal der på patientens begæring og på en let forståelig måde gives patienten meddelelse om,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) hvilke oplysninger der behandles, 2) behandlingens formål, 3) kategorierne af modtagere af oplysningerne og 4) tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer. <p><i>Stk. 2.</i> Retten efter stk. 1 kan dog begrænses, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.</p> <p>§ 38. Afgørelser om retten til aktindsigt træffes af den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har patientjournalerne m.v. i sin besiddelse.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson afgør snarest, om en anmodning om aktindsigt kan imødekommes, og om aktindsigten skal gennemføres ved, at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen m.v. på stedet, eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi. <i>Stk. 3.</i> Er en anmodning om aktindsigt ikke imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at den er modtaget af vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.</p> <p><i>Stk. 4.</i> I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter stk. 1-3 er tillagt beføjelser, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddeles i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.</p> <p>§ 39. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om gebyr til dækning af kopierings- og forsendelsesomkostninger m.v. i forbindelse med aktindsigten</p> <p>§ 79. Regionsrådet yder sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Regionsrådet yder endvidere sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice, rehabiliteringscentrene for traumatiserede flygtninge</p> | <p>I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, som ændret senest ved lov nr. 531 af 12. juni 2009, foretages følgende ændringer:</p> <p style="text-align: center;">§ 1</p> <p>1. § 37 affattes således: "§ 37. Den, om hvis helbredsforhold der er udarbejdet patientjournaler m.v., har på anmodning ret til aktindsigt heri. Patienten har endvidere på anmodning ret til på en let forståelig måde at få meddelelse om, hvilke oplysninger der behandles i patientjournalen m.v., formålet hermed, kategorierne af modtagere af oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Retten efter stk. 1 kan begrænses i forhold til journaler m.v. om en mindreårig patient i det omfang, en forældremyndighedsindehavers interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige.</p> <p><i>Stk. 3.</i> For optegnelser journalført før den 1. januar 2010 kan retten efter stk. 1 begrænses, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser."</p> <p>2. § 38 affattes således: "§ 38. Den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har ansvaret for patientjournalerne m.v., afgør inden 10 dage efter patientens anmodning, om retten efter § 37 skal begrænses. Er anmodningen ikke imødekommet inden 10 dage, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Aktindsigt, der ikke gives elektronisk, kan gennemføres ved, at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen m.v. på stedet, eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi.</p> <p><i>Stk. 3.</i> I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter stk. 1 og 2 er tillagt beføjelser, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddeles i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed."</p> <p>3. I § 39 indsættes efter "til dækning af": "eventuelle".</p> <p>4. § 79, <i>stk. 1</i>, affattes således: "§ 79. Regionsrådet yder sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse, herunder diagnostiske undersøgelser til brug for alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger jf. § 64."</p> |

OASIS, RCT i København og RCT-Jylland, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosecenter Haslev, Sclerosecenter Ry, Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejlefjord og Center for Hjerneskade.

§ 86. En person, der henvises til sygehusbehandling, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2, uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen.

Stk. 2. Et sygehus kan afvise at modtage personer fra andre regioner, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler herom.

Stk. 3. For psykiatriske patienter kan adgangen til at vælge efter stk. 1 begrænses, hvis hensynet til den pågældende taler herfor.

Stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan efter forhandling med justitsministeren og velfærdsmi-
nisteren fastsætte regler om, at personer ikke har ret til selv at vælge sygehus i henhold til stk. 1 og 3, når

- 1) de er optaget i Kriminalforsorgens institutioner,
- 2) de er anbragt i institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien eller straffeloven,
- 3) de er anbragt på sikret afdeling i henhold til lov om social service, eller
- 4) de er frihedsberøvet, eller deres handlefrihed i øvrigt er undergivet begrænsninger i henhold til udlændingeloven.

5. I § 86, stk. 3, indsættes efter pkt. 1:

”Det gælder dog ikke for patienter, som er henvist til en diagnostisk undersøgelse, jf. § 79, stk. 1.”

| | |
|---|--|
| <p>§ 90. Regionsrådet skal senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) om dato og sted for undersøgelse eller behandling, 2) om patienten kan tilbydes behandling inden for 1 måned efter reglerne i § 87, henholdsvis 2 måneder efter reglerne i §§ 87 a, 87 b, 87 e og 87 f, 3) om retten til at vælge sygehus efter §§ 86 – 87b og 87 e-87 f, 4) om ventetiden på behandling ved regionens egne og andre regioners sygehuse samt ved de i § 79, stk. 2, nævnte private specialsygehuse m.fl., 5) om, at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på de i nr. 4 nævnte sygehuse, og 6) om, at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter §§ 86 – 87b og 87 e-87 f. <p><i>Stk. 2.</i> Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt.</p> <p>§ 144, stk. 2. Tilskuddet til receptpligtige lægemidler efter stk. 1 kan være betinget af, at lægemidlet ordineres på recept ved behandling af bestemte sygdomme (generelt klausuleret tilskud).</p> <p><i>Stk. 3.</i> For håndkøbslægemidler er tilskud betinget af, at lægemidlet ordineres på recept med henblik på behandling af bestemte sygdomme fastsat af Lægemiddelstyrelsen (generelt klausuleret tilskud) eller til personer, der modtager pension efter lov om social pension eller lov om højeste, mellemste, forhøjet</p> | <p>6. Efter § 87 h indsættes:</p> <p>”Kapitel 20 c</p> <p><i>Voldgiftsnævn</i></p> <p>§ 87 i. Hvis der opstår tvist mellem Regionsrådene i forening og de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet om vilkårene for en aftale om undersøgelse og behandling efter § 87 stk. 5, § 87 c og § 87 g, kan sygehusene, klinikkerne m.v. hver især eller i forening indbringe tvisten for et voldgiftsnævn.</p> <p><i>Stk.2.</i> Når der indbringes en sag for voldgiftsnævnet, udpeger ministeren en opmand og en suppleant for nævnet. Regionerne i fællesskab udpeger 1 voldgiftsmand, og sygehusene, klinikkerne m.v. udpeger 1 voldgiftsmand. Både opmand, suppleant og voldgiftsmænd skal have økonomisk indsigt og indsigt i sundhedsvæsenets forhold.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Ved behandlingen af en voldgiftssag deltager opmanden samt de 2 voldgiftsmænd. Opmanden kan tilkalde særligt sagkyndige til at bistå ved sagens behandling. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse yder sekretariatsbistand til voldgiftsnævnet.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om voldgiftsnævnet og for behandlingen af voldgiftssager, herunder forretningsordenen. Ministeren fastsætter endvidere regler om vederlag til opmand, voldgiftsmænd og de særligt sagkyndige, som bliver tilkaldt, og om sagsomkostninger og deres fordeling.</p> <p><i>Stk. 5.</i> Voldgiftsnævnets afgørelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.”</p> <p>7. § 90, stk. 1, nr. 2, affattes således:</p> <p>”2) om patienten inden for 1 måned kan tilbydes en diagnostisk undersøgelse efter reglerne i § 87, stk. 3, eller behandling efter reglerne i § 87, stk. 1, henholdsvis inden for 2 måneder kan tilbydes behandling efter reglerne i § 87 a, § 87 b, § 87 e og § 87 f;”.</p> <p>8. I § 144, stk. 2 og 3, indsættes efter ”bestemte sygdomme”: ”eller persongrupper”.</p> <p>9. § 216 affattes således: ”§ 216. Med det formål at fremme kvalitetsudviklingen</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>almindelig og almindelig førtidspension m.v.</p> <p>§ 216. Sundhedsstyrelsen iværksætter evalueringer m.v. af virksomheden i det offentlige sundhedsvæsen med henblik på at fremme kvalitetsudviklingen og en mere effektiv ressourceanvendelse i sundhedssektoren. Evalueringerne kan omfatte alle forhold vedrørende sundhedsvæsenets virksomhed.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om, at det påhviler regionsråd og kommunalbestyrelser samt de under ministeren for sundhed og forebyggelse hørende institutioner at give de for gennemførelsen af evalueringer m.v. efter stk. 1 nødvendige oplysninger, herunder oplysninger fra patientregistre og andre registre, samt regnskabs- og budgetoplysninger.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Oplysninger, der indhentes til brug for evalueringer efter stk. 1, kan ikke videregives til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.</p> | <p>i sundhedssektoren kan Sundhedsstyrelsen iværksætte evalueringer m.v. af virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Evalueringerne kan omfatte alle forhold vedrørende det offentlige sundhedsvæsen og de private sygehuse og klinikkers virksomhed.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om, at det påhviler regionsråd og kommunalbestyrelser, de under ministeren for sundhed og forebyggelse hørende institutioner samt de private personer eller institutioner, der driver sygehuse, klinikker m.v. at give de for gennemførelsen af evalueringer m.v. efter stk. 1 nødvendige oplysninger, herunder oplysninger fra patientregistre og andre registre.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Oplysninger, der indhentes til brug for evalueringer efter stk. 1, kan ikke videregives til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.”</p> |
| | <p style="text-align: center;">§ 2</p> <p>Loven træder i kraft den 1. januar 2010.</p> |
| | <p style="text-align: center;">§ 3</p> <p>Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.</p> |