

HØRINGSUDKAST

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

(Etablering af en bisidderordning, kiropraktorers mulighed for rekvirering af billeddiagnostiske undersøgelser og kvalitetsarbejde m.v.)

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014, som ændret ved bl.a. lov nr. 129 af 16. februar 2016, lov nr. 129 af 16. februar 2016 og lov nr. 656 af 8. juni 2016, foretages følgende ændringer:

1. I § 6 indsættes efter stk. 1 som *nyt stykke*:

”Stk. 2. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om, at rettigheder og pligter for sundhedspersoner fastsat i eller i medfør af denne lov også skal finde anvendelse for personer, der uden autorisation midlertidigt og lejlighedsvist her i landet udøver sundhedsfaglig virksomhed omfattet af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.”

2. I § 64 indsættes som *stk. 5*:

”Stk. 5. Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om tilskud til behandling hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, efter stk. 2.”

3. § 82 a, stk. 3, ophæves, og i stedet indsættes:

”Stk. 3. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om, at andre sundhedspersoner end nævnt i stk. 1 og 2, kan henvise til en diagnostisk undersøgelse på sygehuse.

Stk. 4. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler for diagnostiske undersøgelser omfattet af stk. 1-3, herunder om afgrænsning af og vilkår for undersøgelser, og kan undtage bestemte undersøgelsesformer.”

4. I § 86, stk. 3, ændres ”§ 82 a” til: ”§§ 82 a og 87”.

5. I § 193, stk. 2, ændres ”en fælles ramme” til: ”fælles rammer”.

§ 2

I lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011, som bl.a. ændret ved lov nr. 656 af 8. juni 2016, foretages følgende ændringer:

1. I § 3 indsættes efter stk. 2 som *nyt stykke*:

”Stk. 3. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om adgang til midlertidig og lejlighedsvis udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed uden autorisation, som er nødvendig for gennemførelsen af direktiver vedtaget af den Europæiske Union. Sundheds- og ældreministeren kan endvidere fastsætte betingelser for den midlertidige og lejlighedsvis sundhedsfaglige virksomhed her i landet samt regler om i hvilket omfang rettigheder og pligter fastsat i eller i medfør af denne lov finder anvendelse for den midlertidige og lejlighedsvis sundhedsfaglig virksomhed.”

2. I § 5, stk. 2, indsættes efter ”sundhedsvæsenet”: ”, samt med personer, der i henhold til direktiver vedtaget af den Europæiske Union, midlertidigt og lejlighedsvist udøver sundhedsfaglig virksomhed her i landet, jf. § 3, stk. 3.”

§ 3

I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011, som senest ændret ved lov nr. 656 af 8. juni 2016, foretages følgende ændringer:

1. I § 1 indsættes efter stk. 4 som *nyt stykke*:

”Stk. 5. Patienter, der tager imod et tilbud om dialog efter stk. 3 eller 4, tilbydes en bisidder. Styrelsen for Patientsikkerhed og regionsrådet skal oplyse patienten om muligheden for at lade sig ledsage af en bisidder i forbindelse med tilbud om dialog. Ministeren for sundhed og forebyggelse indgår aftale med én eller flere privat institutioner om administration og drift af bisidderordningen.”

Stk. 5 bliver herefter stk. 6.

§ 4

Loven træder i kraft den 1. april 2017, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. § 1, nr. 3, og § 3 træder i kraft den 1. februar 2017.

Stk. 3. § 2, nr. 2, træder i kraft dagen efter bekendtgørelsen i Lovtidende og finder anvendelse på midlertidig og lejlighedsvis sundhedsfaglig virksomhed, der udøves fra dette tidspunkt.

§ 5

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. § 3 kan ved kongelig anordning sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Indledning og lovforslagets formål
 - 1.1. Lovforslagets indhold
 - 1.2. Lovforslagets baggrund og formål
 - 1.2.1. Midlertidig og lejlighedsvis sundhedsfaglig virksomhed her i landet
 - 1.2.2. Tilskud til behandling hos speciallæge for gruppe 2-sikrede
 - 1.2.3. Kiropraktorers mulighed for rekvirering af billeddiagnostiske undersøgelser
 - 1.2.4. Undtagelse af personer fra retten til udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling
 - 1.2.5. Udfasning af akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel på offentlige sygehuse og det præhospitale område
 - 1.2.6. Bisidderordning
2. Lovforslaget
 - 2.1. Midlertidig og lejlighedsvis sundhedsfaglig virksomhed her i landet
 - 2.1.1. Gældende ret
 - 2.1.2. Overvejelser
 - 2.1.3. Lovforslagets indhold
 - 2.2. 2.1. Tilskud til behandling hos speciallæge for gruppe 2-sikrede
 - 2.2.1. Gældende ret
 - 2.2.2. Overvejelser
 - 2.2.3. Lovforslagets indhold
 - 2.3. Kiropraktorers mulighed for rekvirering af billeddiagnostiske undersøgelser
 - 2.3.1. Gældende ret
 - 2.3.2. Overvejelser
 - 2.3.3. Lovforslagets indhold
 - 2.4. Undtagelse af personer fra retten til udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling
 - 2.4.1. Gældende ret
 - 2.4.2. Overvejelser
 - 2.4.3. Lovforslagets indhold
 - 2.5. Udfasning af akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel på offentlige sygehuse og det præhospitale område
 - 2.5.1. Gældende ret
 - 2.5.2. Overvejelser
 - 2.5.3. Lovforslagets indhold
 - 2.6. Bisidderordning
 - 2.6.1. Gældende ret
 - 2.6.2. Overvejelser
 - 2.6.3. Lovforslagets indhold
3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige
4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
5. Administrative konsekvenser for borgerne
6. Miljømæssige konsekvenser
7. Forholdet til EU-retten
8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.
9. Sammenfattende skema

1. Indledning og lovforslagets formål

1.1. Lovforslagets indhold

Et godt og trygt sundhedsvæsen er en grundpille i vores velfærdssamfund. Sundhedsvæsenet er til for patienterne, og patienterne skal altid kunne være trygge ved, at den behandling, som ydes, er målrettet, effektiv og af høj kvalitet. Tilsvarende er det regeringens opfattelse, at klare regler for de udøvende behandlere styrker patienternes retsstilling. Desuden er det vigtigt at sikre, at patienterne møder den nødvendige støtte i mødet med behandlingsvæsenet, hvor det kan være svært.

Med henvisning hertil gennemfører lovforslaget et kvalitetstjek og indebærer en ajourføring af lovgrundlaget og tydeliggørelse af retsstillingen på en række områder med aspekter i forhold til både patienter og behandlere. Det drejer sig om reguleringen af midlertidig og lejlighedsvis sundhedsfaglig virksomhed her i landet, tilskud til behandling hos speciallæge for gruppe 2-sikrede, kiropraktorers mulighed for rekvirering af billeddiagnostiske undersøgelser, undtagelse af personer fra retten til udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling, udfasning af akkreditering efter den Danske Kvalitetsmodel på offentlige sygehuse og det præhospitale område. Endvidere lægger regeringen med forslaget op til som en permanent ordning at tilbyde patienter, der klager over behandling i sundhedsvæsenet/en autoriseret sundhedsperson, mulighed for en bisidder i forbindelse med dialog om klagen.

Samlet set indebærer lovforslaget et bidrag til tydeligere, mere gennemsigtige og enkle regler og ordninger på de nævnte områder.

1.2. Lovforslagets baggrund og formål

1.2.1. Midlertidig og lejlighedsvis sundhedsfaglig virksomhed her i landet

EU- og EØS-statsborgere, der i en anden medlemsstat eller EØS-land er etableret som udøver af et lovreguleret sundhedsfagligt erhverv, skal i medfør af Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2005/36/EF af 7. september 2005 om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer med senere ændringer (anerkendelsesdirektivet) have adgang til også at udføre den sundhedsfaglige virksomhed her i landet uden dansk autorisation, når virksomheden her i landet alene udøves midlertidigt eller lejlighedsvist.

Når en person med sundhedsfaglige kvalifikationer oparbejdet i udlandet ønsker at etablere sig som sundhedsperson i Danmark, skal pågældende først opnå dansk autorisation efter gældende regler. Men lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven) forholder sig i dag ikke tydeligt til den situation, hvor en person med sundhedsfaglige kvalifikationer etableret i et andet EU- eller EØS-land midlertidigt og lejlighedsvist ønsker at udøve sin sundhedsfaglige virksomhed her i landet. Hverken i forhold til lovens krav om autorisation, eller i hvilket omfang øvrige rettigheder og pligter, der fremgår af autorisationsloven samt sundhedsloven, gælder for disse personer. Også sundhedsloven indeholder en række rettigheder og pligter, der efter lovens ordlyd gælder for autoriserede sundhedspersoner og disses medhjælp. Men det fremgår i dag ikke tilstrækkeligt klart af loven, i hvilket omfang disse rettigheder og pligter også gælder for personer, der uden autorisation midlertidigt og lejlighedsvist udøver sundhedsfaglig virksomhed her i landet. Tilsvarende er der uklarhed om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsforpligtelser i disse situationer.

Forslaget har således ikke til formål at implementere ny EU-lovgivning, men at sikre, at rettigheder og pligter for personer med sundhedsfaglige kvalifikationer etableret i et andet EU- eller EØS-land, der midlertidigt og lejlighedsvist udøver sundhedsfaglig virksomhed her i landet, fremgår klart og tydeligt af lovgivningen. Forslaget skal desuden sikre, at der gælder klare regler for tilsynet med denne

persongruppe.

1.2.2. Tilskud til behandling hos speciallæge for gruppe 2-sikrede

Det foreslås at bemyndige sundheds- og ældreministeren til at fastsætte nærmere regler om det tilskud til dækning af udgifter til behandling hos praktiserende speciallæger, som regionsrådet yder til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2. Dvs. tilskuddet til personer, der ikke er tilmeldt en bestemt alment praktiserende læge, som ikke skal have henvisning til behandling hos praktiserende speciallæge og som selv skal betale forskellen, hvis prisen på behandlingen hos den praktiserende speciallæge er højere end tilskuddet fra regionsrådet.

1.2.3. Kiropraktorers mulighed for rekvirering af billeddiagnostiske undersøgelser

Det foreslås, at bemyndige sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om, at andre sundhedspersoner end alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger gratis kan rekvirere diagnostiske undersøgelser.

Bemyndigelsesbestemmelsen skal på nuværende tidspunkt bruges til, at kiropraktorer får mulighed for at henvise til CT- og MR-scanninger i sygehusvæsenet i forbindelse med udredning af biomekaniske funktionsforstyrrelser og heraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken og ekstremiteter (arme og ben). Henvisningen skal ske ud fra konkrete faglige retningslinjer.

1.2.4. Undtagelse af personer fra retten til udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling

Det foreslås at bemyndige sundheds- og ældreministeren til efter forhandling med justitsministeren og social- og indenrigsministeren at fastsætte regler om, at visse personer ikke har ret til selv at vælge sygehus efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling. Det drejer sig om personer, der er anbragt i Kriminalforsorgens institutioner eller anbragt på institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien eller straffeloven, og personer, der er anbragt på sikret afdeling i henhold til lov om social service, samt personer, der er frihedsberøvet eller i øvrigt har fået deres handlefrihed begrænset i henhold til udlændingeloven.

Forslaget skal ses i lyset af, at sundheds- og ældreministeren allerede efter gældende ret er bemyndiget til (efter forhandling med justitsministeren og social- og indenrigsministeren) at fastsætte regler om, at disse personer ikke har ret til selv at vælge sygehus efter reglerne om frit sygehusvalg, og reglerne om udvidet frit sygehusvalg ved diagnostiske undersøgelser. Det findes således hensigtsmæssigt at etablere grundlaget for, at disse personer ligeledes kan undtages fra retten til at vælge sygehus efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling, som giver en videre adgang til at vælge sygehus end reglerne om frit sygehusvalg, da der ved udvidet frit sygehusvalg også kan vælges private sygehuse og klinikker.

1.2.5. Udfasning af akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel på offentlige sygehuse og det præhospitale område

Forslaget rejses som konsekvens af regeringens aftaler med KL og Danske Regioner om regioner og kommuners økonomi for 2016, hvor det er aftalt, at akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel for de offentlige sygehuse og det præhospitale område udfases og samtidig indføres en ny tilgang til kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet.

Den nye tilgang er afbureaukratiserende og har fokus på mål og resultater i det daglige kliniske arbejde samt på tillid til ledelserne og medarbejderne, som i højere grad skal have plads og faglig motivation til at skabe forbedringer til gavn for

patienterne.

1.2.6. Bisidderordning

Som led i udmøntningen af kvalitetsreformen og finansloven for 2009-2010 gennemførtes en række ændringer i patientklagesystemet. En af ændringerne bestod i, at patienter og pårørende, der klager over en sundhedsydelse, pr. 1. januar 2011 fik tilbud om en dialog samtale med sundhedsvæsenet i forbindelse med deres klagesag i Patientombuddet (nu Styrelsen for Patientsikkerhed).

Det følger af almindelige forvaltningsretlige regler, at patienter, der tager imod tilbuddet om dialog (med en sundhedsperson eller en ledelsesperson i regionen), kan tage en bisidder med til samtalen. Det kan fx være en pårørende, en advokat eller en anden selvvalgt person.

Langt de fleste, der tager imod tilbuddet om dialog, benytter bisiddere fra eget personlige eller professionelle netværk. Patienter, der ikke ønsker eller ikke kan vælge en bisidder blandt deres pårørende eller fra sit eget netværk, kan med fordel benytte en bisidder fra en bisidderordning.

Danske Patienter gennemførte i en prøveperiode (i 2013) en bisidderordning, hvor patienter fik mulighed for at tage en uvildig og gratis bisidder med til deres dialog samtale. Ordningen er siden blevet forsøgt videreført i et vist omfang.

En evaluering af patientklageordningen, der blev gennemført i efteråret 2014, har bl.a. vist, at der generelt har været tilfredshed med bisidderordningen, og at både patienterne og de ansatte i sundhedsvæsenet vurderer, at bisidderens tilstedeværelse skaber en mere ligeværdig situation under dialog samtalen. Anbefalingen fra evalueringen har på den baggrund været at se på muligheden for fremadrettet at udvide brugen af bisiddere.

Med det formål at styrke patienters retssikkerhed i patientklagesager foreslås det på den baggrund at etablere en permanent, landsdækkende bisidderordning i tilknytning til patienters dialog med sundhedsvæsenet.

2. Lovforslagets hovedpunkter

2.1. Midlertidig og lejlighedsvis sundhedsfaglig virksomhed her i landet

2.1.1. Gældende ret

Det er et bærende princip i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2005/36/EF af 7. september 2005 om anerkendelse af erhvervmæssige kvalifikationer med senere ændringer (anerkendelsesdirektivet), at der i EU/EØS-medlemslande skal ske en gensidig anerkendelse af erhvervmæssige kvalifikationer, der er krævet for at udøve et lovreguleret erhverv.

Udførelse af sundhedsfaglig virksomhed, der i henhold til lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven), alene vil kunne udføres med autorisation, er et lovreguleret erhverv omfattet af anerkendelsesdirektivet. Efter direktivet skal EU- og EØS-borgeres sundhedsfaglige kvalifikationer fra andre medlemslande anerkendes tilsvarende i Danmark og give adgang til at udføre sundhedsfaglig virksomhed som autoriseret sundhedsperson på lige fod med personer, der har oparbejdet tilsvarende kvalifikationer i Danmark.

Anerkendelsesdirektivet indeholder også et princip om fri udveksling af tjenesteydelser, jf. direktivets afsnit II. Det indebærer, at der for en udbyder af sundhedsfaglig virksomhed etableret i én medlemsstat, der kommer til en anden medlemsstat

for midlertidigt og lejlighedsvist at udøve sit erhverv der, ikke må stilles krav om autorisation, jf. artikel 5. Der må dog stilles en række andre krav om bl.a. anmeldelse af den midlertidige og lejlighedsvis udførelse af sundhedsfaglig virksomhed samt indsendelse af dokumentation m.v. Dette giver sundhedsmyndighederne i landet, hvor den sundhedsfaglige virksomhed alene udføres midlertidigt og lejlighedsvist, en mulighed for at følge op på den sundhedsfaglige virksomhed, herunder ved tilsyn.

Det fremgår af direktivets artikel 5, stk. 2, at "tjenesteydelsens midlertidige og lejlighedsvis karakter vurderes fra sag til sag især på baggrund af ydelsens varighed, hyppighed, periodicitet og kontinuitet." Videre fremgår det af stk. 3, at tjenesteyderen er underlagt de samme faglige, fagretlige eller administrative adfærdsregler, der er direkte knyttet til de erhvervsmæssige kvalifikationer, samt disciplinærbestemmelser, som gælder for de tilsvarende sundhedspersoner i det land, hvor den midlertidige og lejlighedsvis sundhedsfaglige virksomhed udøves.

Autorisationsloven indeholder i § 3, stk. 1, en klar hjemmel for sundheds- og ældreministeren til at fastsætte de nærmere regler om udøvelse af virksomhed som autoriseret sundhedsperson, som er nødvendige for gennemførelsen af overenskomst om fællesnordisk arbejdsmarked og direktiver vedtaget af den Europæiske Union.

Autorisationsloven forholder sig dog i dag ikke tydeligt til den situation, hvor en EU- eller EØS-statsborger uden autorisation efter autorisationsloven midlertidigt og lejlighedsvist ønsker at udøve sundhedsfaglige virksomhed her i landet. Således er der ikke i autorisationsloven taget specifikt stilling til, i hvilket omfang og hvordan lovens rettigheder og pligter skal gælde i forhold til personer, der midlertidigt og lejlighedsvist udøver sundhedsfaglig virksomhed her i landet med baggrund i anerkendelsesdirektivets bestemmelser om fri udveksling af tjenesteydelser. Det samme gør sig gældende for sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2012 med senere ændringer. Sundhedsloven tager således ikke specifikt stilling til, i hvilket omfang og hvordan rettigheder og pligter efter loven skal gælde i forhold til personer, der i henhold til anerkendelsesdirektivet midlertidigt og lejlighedsvist udøver sundhedsfaglig virksomhed her i landet uden autorisation. Det gælder bl.a. i forhold til lovens kapitel 9 om tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. for sundhedspersoner, der i lovens § 6 defineres som autoriserede sundhedspersoner og disses medhjælp.

Derimod indeholder bekendtgørelse nr. 49 af 13. januar 2010 om EU- og EØS-statsborgeres adgang til udøvelse af virksomhed som autoriseret sundhedsperson (med senere ændringer) i kapitel 4 regler om udøvelse af midlertidige og lejlighedsvis sundhedstjenesteydelser.

Det fremgår således at § 11, stk. 1, i bekendtgørelsen, at en statsborger fra et andet EU- eller EØS-land, der som selvstændig eller lønmodtager ønsker midlertidigt at udøve et erhverv omfattet af autorisationsloven på baggrund af erhvervsmæssige kvalifikationer opnået i et andet EU-/EØS-land, er berettiget til midlertidigt og lejlighedsvis at udøve sundhedsfaglig virksomhed omfattet af autorisationsloven under ophold i Danmark uden dansk autorisation.

Det følger af bekendtgørelsens § 15, stk. 1, at en person, der midlertidigt eller lejlighedsvist udfører sundhedstjenesteydelser her i landet, er underlagt autorisationslovens rettigheder og pligter og undergivet Sundhedsstyrelsens (nu Styrelsen for Patientsikkerheds) tilsyn i henhold til sundhedslovens kapitel 66. Endvidere fremgår det af § 15, stk. 2, at patientklager over sundhedspersoner, der har udført sundhedstjenesteydelser, kan indgives til Sundhedsvæsenets

Patientklagenævn (nu Styrelsen for Patientsikkerhed), jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Ved lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love, er de nævnte regler om tilsyn moderniseret. Herunder er forpligtelsen til at føre tilsyn overført til Styrelsen for Patientsikkerhed, og reglerne om tilsyn er skærpet og overført til autorisationsloven.

Det fremgår ikke klart af autorisationsloven, der i § 5, stk. 2, regulerer tilsynet med andre personer end sundhedspersoner (personer der ikke er autoriserede eller handler på disses ansvar), i hvilket omfang Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med personer, der uden at være autoriserede midlertidigt og lejlighedsvis udfører sundhedsfaglig virksomhed i Danmark.

2.1.2. Overvejelser

Af hensyn til patientsikkerheden og for at sikre en klar hjemmel og retstilstand finder Sundheds- og Ældreministeriet det nødvendigt at tydeliggøre, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler, der fraviger autorisationslovens krav om autorisation, samt regler om i hvilket omfang autorisationslovens og sundhedslovens rettigheder og pligter finder anvendelse for personer, der i henhold til anerkendelsesdirektivet midlertidigt og lejlighedsvis udøver sundhedsfaglig virksomhed omfattet af autorisationsloven her i landet.

Endvidere finder ministeriet det afgørende af hensyn til patientsikkerheden, at det direkte i loven fastsættes, at Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn også med EU- og EØS-statsborgere, der i henhold til direktivet midlertidigt og lejlighedsvist udfører sundhedsfaglig virksomhed omfattet af autorisationsloven her i landet.

Ligeledes af hensyn til patientsikkerheden finder Sundheds- og Ældreministeriet det hensigtsmæssigt, at der etableres en tydelig hjemmel for sundheds- og ældreministeren til at fastsætte betingelser for den midlertidige og lejlighedsvis udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed her i landet uden autorisation, herunder krav om anmeldelse, dokumentation for gennemført uddannelse m.v.

Forslaget er ikke foranlediget af ny EU-lovgivning, men af et ønske om at sikre et mere klart grundlag for at regulere de rettigheder og forpligtelser, der knytter sig til den midlertidige og lejlighedsvis udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed her i landet, og som udspringer af anerkendelsesdirektivets bestemmelser om fri udveksling af tjenesteydelser.

2.1.3. Lovforslagets indhold

Det foreslås at indsætte to nye bemyndigelsesbestemmelser i henholdsvis sundhedsloven og autorisationsloven.

Det foreslås i sundhedslovens § 6, stk. 2, at indsætte en bemyndigelse til, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om, at rettigheder for sundhedspersoner fastsat i eller i medfør af sundhedsloven, også skal finde anvendelse for personer, der i henhold til anerkendelsesdirektivet midlertidigt og lejlighedsvist her i landet udøver sundhedsfaglig virksomhed uden autorisation.

I autorisationslovens § 3, stk. 3, foreslås indsat en bemyndigelse til, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om adgang til midlertidig og lejlighedsvis udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed her i landet uden autorisation, som er nødvendige for gennemførelsen af direktiver vedtaget af den Europæiske Union. Endvidere foreslås det at bemyndige sundheds- og ældreministeren til at fastsætte

betingelser for den midlertidige og lejlighedsvis sundhedsfaglige virksomhed her i landet samt i hvilket omfang rettigheder og pligter fastsat i eller i medfør af autorisationsloven finder anvendelse for den midlertidige og lejlighedsvis sundhedsfaglige virksomhed.

Endvidere foreslås det i autorisationslovens § 5, stk. 2, at indsætte en klar hjemmel for Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med de nævnte erhvervsudøvere.

2.2. Tilskud til behandling hos speciallæge for gruppe 2-sikrede

2.2.1. Gældende ret

Det følger af sundhedslovens § 64, stk. 1, at regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, når behandlingen sker efter henvisning fra den valgte alment praktiserende læge.

Derudover følger det af § 64, stk. 2, at regionsrådet yder tilskud til behandling hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2. Regionsrådet yder tilskud til behandling med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1.

Endelig følger det af § 64, stk. 4, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om henvisning til behandling hos praktiserende speciallæger for personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1. Sådanne regler er fastsat i bekendtgørelse nr. 966 af 29. august 2014 om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren.

2.2.2. Overvejelser

Regeringen finder det hensigtsmæssigt administrativt at kunne fastsætte nærmere bestemmelser om det tilskud til dækning af udgifter til behandling hos praktiserende speciallæger, som regionsrådet yder til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, herunder om den praktiske anvendelse af reglen.

2.2.3. Lovforslagets indhold

Med forslagens til en ny § 64, stk. 5, foreslås det, at sundheds- og ældreministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om regionsrådets tilskud til dækning af udgifter til lægehjælp hos praktiserende speciallæger for personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2.

Det er bl.a. hensigten at udmønte den foreslåede bestemmelse ved administrativt at fastsætte bestemmelser om, at en person, der er omfattet af sikringsgruppe 2, betaler den del af udgiften til lægehjælp hos praktiserende speciallæge, som regionsrådet ikke afholder, direkte til lægen. Det er ligeledes hensigten at fastsætte regler om, at bopælskommunen udbetaler tilskuddet på vegne af regionsrådet, når en person, der er omfattet af sikringsgruppe 2, søger lægehjælp hos en praktiserende speciallæge, der ikke har tilsluttet sig overenskomst.

2.3. Kiropraktorers mulighed for rekvirering af billeddiagnostiske undersøgelser

2.3.1. Gældende ret

Regionerne kan stille diagnostiske undersøgelser til rådighed for andre sundhedspersoner end alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger ved anvendelse af de regler, der fremgår af bekendtgørelse nr. 905 af 1. juli 2011 om regionernes adgang til levering af sygehusydelse m.v. til offentlige myndigheder og private virksomheder samt regionernes adgang til at indgå samarbejder med offentlige myndigheder og private virksomheder. I tilfælde af at andre sundhedspersoner end alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger rekvirerer billeddiagnostiske undersøgelser på et offentligt sygehus til brug for sundhedspersonens udredning og behandling, så

leverer sygehuset en ydelse til en privat sundhedsperson, hvorfor regionen og sygehuset jf. § 2, stk. 2, i den nævnte bekendtgørelse, skal opkræve betaling for ydelsen. Sygehusets mulighed for at levere ydelsen er desuden betinget af, at der ikke i regionen er mulighed for at tilbyde billeddiagnostiske undersøgelser andre steder, og at der ikke er private virksomheder, der kan dække efterspørgslen.

2.3.2. Overvejelser

Det er hensigtsmæssigt, at sygehusene kan tilbyde gratis billeddiagnostiske undersøgelser til brug for andre sundhedspersoner end alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger bl.a. i forhold til udredning og behandling. Således kan direkte henvisning og visitation fra andre sundhedspersoner end alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger til billeddiagnostiske undersøgelser bl.a. være med til at give bedre, hurtigere og mere sammenhængende patientforløb. Der er i forbindelse med sygehusenes levering af diagnostiske undersøgelser til brug for praktiserende lægers eller speciallægers udredning og behandling etableret et særskilt hjemmelsgrundlag. I medfør af sundhedslovens § 82 a følger således, at en person, der er henvist til en diagnostisk undersøgelse på sygehus jf. § 79, til brug for udredning hos alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64, således vælge mellem enhver regions sygehuse, jf. § 86.

Det vil sige, at der er etableret særskilt hjemmel til, at praktiserende læger og speciallæger uden omkostning kan rekvirere diagnostiske undersøgelser på sygehusene til brug for egen udredning og behandling.

Diagnostiske undersøgelser, som andre sundhedspersoner end alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger rekvirerer til brug for egen udredning og behandling kan ikke betragtes som en del af regionernes sygehusbehandling efter sundhedslovens § 79. Sygehusenes levering af ydelser (uden afregning) til brug for disse sundhedspersoners videre behandling af en patient vil således forudsætte etablering af et eksplicit hjemmelsgrundlag i sundhedsloven, som tilfældet er med praktiserende læger og speciallæger.

Det foreslås, at der etableres en bemyndigelsesbestemmelse i § 82 a så andre sundhedspersoner end alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger gratis kan rekvirere diagnostiske undersøgelser på sygehuse.

2.3.3. Lovforslagets indhold

Det foreslås at der etableres en bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 82 a så andre sundhedspersoner end alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger gratis kan rekvirere diagnostiske undersøgelser.

Bemyndigelsesbestemmelsen er i første omgang tænkt til at give kiropraktorer mulighed for gratis rekvirering af billeddiagnostiske undersøgelser. Det er hensigtsmæssigt at kiropraktorerne får denne mulighed, bl.a. fordi det giver mulighed for bedre og hurtigere patientforløb samt fordi erfaringer fra Region Midtjylland viser, at henvisningerne fra kiropraktorerne i alt overvejende grad var velbegrundede og fyldestgørende, og at ordningen ikke har medført uhensigtsmæssigheder i forhold til henvisningsmønsteret.

2.4. Undtagelse af personer fra retten til udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling

2.4.1. Gældende ret

Det følger af sundhedslovens § 86, stk. 3, at sundheds- og ældreministeren efter forhandling med justitsministeren og social- og indenrigsministeren kan fastsætte regler om, at visse personer ikke har ret til selv at vælge sygehus

efter reglerne i § 86, stk. 1, om frit sygehusvalg, og reglerne i § 82 a om udvidet frit sygehusvalg ved diagnostiske undersøgelser. Det drejer sig om personer, der er anbragt i kriminalforsorgens institutioner eller anbragt på institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien eller straffeloven, og personer, der er anbragt på sikret afdeling i henhold til lov om social service, samt personer, der er frihedsberøvet eller i øvrigt har fået deres handlefrihed begrænset i henhold til udlændingeloven.

Derudover følger det af sundhedslovens § 87, stk. 1¹, at en person, der er omfattet af udredningsretten i § 82 b, kan vælge at blive helt eller delvist udredt på et af de private sygehuse eller private klinikker, som regionsrådet har indgået aftale med, hvis regionsrådet i bopælskommunen af kapacitetsmæssige årsager ikke inden for 1 måned kan tilbyde endelig udredning ved egne sygehuse eller de i § 79 nævnte samarbejdssygehuse. Kan bopælsregionen af faglige årsager ikke inden for 1 måned tilbyde en henvist person endelig udredning ved egen sygehuse eller de i § 79 nævnte samarbejdssygehuse, kan personen vælge at få dele af udredningsforløbet, hvor ventetiden forlænges af kapacitetsmæssige årsager, udført på et af de private sygehuse eller private klinikker, som regionsrådet har indgået aftale med (udvidet frit sygehusvalg ved udredning).

Endelig følger det af § 87, stk. 2, at en person, som er henvist til sygehusbehandling, kan vælge at blive behandlet på et af de private sygehuse eller private klinikker, som regionsrådet har indgået aftale med, hvis regionsrådet i bopælskommunen ikke inden for 1 måned kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller de i § 79 nævnte samarbejdssygehuse (udvidet frit sygehusvalg ved behandling).

2.4.2. Overvejelser

Sundheds- og ældreministeren er som nævnt allerede efter gældende ret bemyndiget til efter forhandling med justitsministeren og social- og indenrigsministeren at fastsætte regler om at de pågældende personer ikke har ret til selv at vælge sygehus efter reglerne om frit sygehusvalg i § 86, stk. 1, og reglerne om udvidet frit sygehusvalg ved diagnostiske undersøgelser i § 82 a. Regeringen finder det således hensigtsmæssigt, at disse personer ligeledes kan undtages fra retten til at vælge sygehus efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling, som giver en videre adgang til at vælge sygehus end reglerne om frit sygehusvalg, da der ved udvidet frit sygehusvalg også kan vælges private sygehuse og klinikker.

2.4.2. Lovforslagets indhold

Med forslaget etableres grundlaget for, at de pågældende personer ligeledes kan undtages fra retten til at vælge sygehus efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling, som giver en videre adgang til at vælge sygehus end reglerne om frit sygehusvalg, da der ved udvidet frit sygehusvalg også kan vælges private sygehuse og klinikker.

Det er bl.a. hensigten at udmønte den foreslåede bemyndigelse ved administrativt at fastsætte bestemmelser om, at de pågældende personers ret til at vælge sygehus efter reglerne i § 87 om udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling kan begrænses af sikkerhedsmæssige hensyn eller hensyn til retshåndhævelsen. Det er ligeledes hensigten at fastsætte bestemmelser om, at den myndighed, der meddeler tilladelse til udgang m.v., træffer afgørelse om, hvorvidt retten til at vælge sygehus skal begrænses.

¹ Som fastsat i lov nr. 653 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven (reel ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg ved 30 dages ventetid på behandling m.v.), som træder i kraft den 1. oktober 2016.

2.5. Udfasning af akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel på offentlige sygehuse og det præhospitale område

2.5.1. Gældende ret

Efter sundhedslovens § 193, stk. 2, skal sundheds- og ældreministeren sammen med regionsrådene og kommunalbestyrelserne fastlægge rammen for kvalitetsudviklingen i det danske sundhedsvæsen.

Sundhedsmyndigheder og sygehusejerne samarbejder efter de gældende regler om udvikling og drift af Den Danske Kvalitetsmodel. Modellen fastlægger standarder for kvaliteten og sikrer en akkreditering af sundhedsvæsenet. Kvalitetsmodellen er udviklet over en årrække og omfatter således hele sundhedsvæsenet, herunder også ydelser i praksissektoren.

Efter de gældende regler har Sundhedsstyrelsen formandskabet for bestyrelsen for Den Danske Kvalitetsmodel.

2.5.2. Overvejelser

Regeringens har som led i aftaler om regioner og kommuners økonomi for 2016 aftalt med KL og Danske Regioner, at akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel for de offentlige sygehuse og det præhospitale område udfases, og at der samtidig indføres en ny tilgang til kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet.

Forslaget følger således som konsekvens af regeringens aftaler med KL og Danske Regioner om regioner og kommuners økonomi for 2016.

2.5.3. Lovforslagets indhold

Det foreslås i sundhedslovens § 193, stk. 2, at der fastlægges en forpligtigelse mellem sundheds- og ældreministeren, regionsrådene og kommunalbestyrelserne til at fastlægge rammerne for kvalitetsudviklingen i det danske sundhedsvæsen.

Med lovforslaget præciseres det således, at når sundheds- og ældreministeren, regionsråd og kommunalbestyrelserne fastlægger rammerne for kvalitetsudviklingen i det danske sundhedsvæsen, indbefatter det således både en ny tilgang til kvalitetsområdet og muligheden for at akkreditere sundhedsvæsenet efter Den Danske Kvalitetsmodel.

Sundhedsstyrelsen har formandskabet for bestyrelsen for Den Danske Kvalitetsmodel.

I forlængelse heraf udfases akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel dog for offentlige sygehuse og det præhospitale område. Det skal ses i lyset af, at Den Danske Kvalitetsmodel har givet anledning til kritik fra såvel faglige miljøer som centrale parter, fordi akkrediteringens fokus på dokumentation af processer opleves mindre relevant for udviklingen af kvalitet i det kliniske arbejde på sygehusområdet.

Den nye tilgang til kvalitetsarbejdet skal styrke personalets motivation og understøtte at skabe en forbedringskultur med fokus på effekt og resultat for patienten. Der er således tale om en omstilling af kvalitetsarbejdet, som i højere grad sætter fokus på kvalitetsudvikling fremfor kvalitetskontrol og på klare mål og resultater, som skaber værdi for den enkelte borger.

Kvalitetsområdet er i hastig udvikling, og der er således tale om en dynamisk tilgang til kvalitetsarbejdet, som udvikler sig i takt med den nationale og internationale udvikling på området.

Forslaget skal således både gavne patienterne og styrke personalets motivation til at skabe kvalitetsforbedringer i deres daglige arbejde. Forslaget er tillige afbureaukratiserende.

2.6. Bisidderordning

2.6.1. Gældende ret

Inden Styrelsen for Patientsikkerhed behandler en klage vedrørende en sundhedsydelse, som regionen helt eller delvis afholder udgifterne til, tilbyder styrelsen patienten en dialog med vedkommende region, jf. klage- og erstatningslovens § 1, stk. 3. Hvis klagen er indgivet til regionen, tilbyder regionen en dialog og orienterer styrelsen om klagen, jf. klage- og erstatningslovens § 1, stk. 4.

Behandling af klagen i styrelsen afventer udfaldet af dialogsamtalen. Bliver klagen opretholdt, begynder klagesagsbehandlingen i styrelsen. Bliver klagen frafaldet, afsluttes sagen.

Når patienter tager imod tilbuddet om at deltage i en dialogsamtale, har de efter almindelige forvaltningsretlige regler ret til at tage en bisidder med til samtalen.

Patienter, der har klaget, har i 2013 som led i en prøveordning haft mulighed for at få en uvildig og gratis bisidder med fra Danske Patienter med til deres lokale dialogsamtale.

Ordningen er siden blevet forsøgt videreført i et vist omfang.

2.6.2. Overvejelser

Patienter, der klager over deres behandling i sundhedsvæsenet, har haft en eller flere oplevelser, der ikke har levet op til deres forventninger. Det kan være hændelser, der har haft store konsekvenser for patienter og deres pårørendes liv. Ofte drejer det sig om forløb, der har frustreret eller berørt dem gennem længere tid. Der er også patienter, som uanset, at de har været igennem – et for dem – utilfredsstillende forløb er afhængige af fortsat at kunne blive behandlet i det sundhedsvæsen, de har klaget over.

En dialogsamtale kan derfor være svær for alle parter. For de ansatte i sundhedsvæsenet kan der også være mange følelser og konsekvenser forbundet med en klagesag. Men den giver også en god mulighed for at få rettet eventuelle misforståelser og få svar på spørgsmål om behandlingen.

Selvom patienter efter gældende ret har mulighed for at lade sig bistå af en anden person i forbindelse med afviklingen af dialogsamtaler, har der ikke været noget egentligt systematisk bisiddertilbud til patienter, som ikke har eller ikke ønsker at lade sig bistå af en person fra eget netværk.

Efter Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, er det vigtigt, at patienter, der har klaget over behandling i sundhedsvæsenet, og vælger at tage imod et tilbud om en dialogsamtale, kan have tillid til, at dialogen vil foregå under trygge rammer, så patienten oplever at være i øjenhøjde med sundhedsvæsenet. Bisidderen kan hjælpe patienterne med at stille de svære spørgsmål - eller hjælpe dem med at forstå de svar, som de ansatte i sundhedsvæsenet kommer med.

Det er derfor ministeriets opfattelse, at alle patienter, der tager imod et tilbud om dialog med sundhedsvæsenet, har mulighed for at lade sig bistå af en anden person under dialogsamtalen. Bisidderen skal agere støtte under samtalen, men skal ikke være en repræsentant for patienten. En uafhængig bisidder kan derfor være med til

at sikre, at mødet forløber konstruktivt.

For at sikre, at patienter, som klager over en sundhedsydelse, får kendskab til muligheden for at lade sig ledsage af en bisidder til en dialogsamtale, bør Styrelsen for Patientsikkerhed og regionerne i tilknytning til tilbuddet om en dialogsamtale vejlede patienterne om muligheden for at lade sig bistå af en bisidder fra en bisidderordning.

Styrelsen for Patientsikkerhed informerer allerede i dag patienterne om denne mulighed i forbindelse med klageindgivelsen, ligesom muligheden fremgår af styrelsens pjecer og webside.

Det er hensigtsmæssigt, at administration og driften af bisidderordningen på linje med den ordning, der blev varetaget af Danske Patienter i prøveperioden i 2013, kan varetages af en privat institution. Det skønnes hensigtsmæssigt, at en bisidder (der ikke deltager som pårørende) repræsenterer en patientforening, hvilket også bidrager til at sikre, at bisidderen fremstår som uafhængig af sundhedsvæsenet.

2.6.3. Lovforslagets indhold

Det foreslås at indsætte en ny bestemmelse i klage- og erstatningslovens § 1, stk. 5, hvorefter en patient, der tilbydes en dialogsamtale efter lovens § 1, stk. 3 eller 4, får mulighed for at lade sig bistå af en bisidder. Det skønnes hensigtsmæssigt, at opgaven organisatorisk placeres i Sundheds- og Ældreministeriet, men således at administrationen og driften af ordningen efter offentligt opslag og nærmere aftale med ministeriet, overlades til en privat institution for en nærmere afgrænset årrække ad gangen. Det vil åbne mulighed for, at bisidderordningen eksempelvis kan varetages af en patientforening.

Bisidderen skal støtte patienten og gerne bidrage til at understøtte den konstruktive dialog. Bisidderne skal dog hverken fungere som mødeledere, mæglere eller advokater.

Det er en forudsætning, at patienterne i tilknytning til tilbuddet om dialogsamtale bliver vejledt om muligheden for at lade sig bistå. Det foreslås derfor, at Styrelsen for Patientsikkerhed og regionerne forpligtes til at vejlede patienterne om bisidderordningen.

3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

Det vurderes, at forslaget om udfasningen af akkrediteringen for offentlige sygehuse og det præhospitale område medfører økonomiske ændringer for 100 mio. kr. årligt, som regionerne kan omprioritere til en nytænkning af kvalitetsindsatsen på sygehusene. Tilsvarende reduceres det statslige bidrag til IKAS med 10 mio. kr. i alt i perioden 2016-2018, som følge af at akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel udfases for offentlige sygehuse og det præhospitale område. Udfasningen af akkrediteringen forventes endvidere at medføre en administrativ lempelse for de offentlige sygehuse og det præhospitale område.

Forslaget om at indføre en permanent bisidderordningen skønnes at medføre statslige merudgifter i størrelsesordenen 400.000 årligt til administration og drift af ordningen. Udgifterne afholdes inden for Sundheds- og Ældreministeriets egen ramme.

Forslagets øvrige elementer skønnes ikke at medføre økonomiske eller administrative konsekvenser for det offentlige.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

Lovforslaget har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.

5. Administrative konsekvenser for borgerne

Forslaget om kiropraktorers mulighed for rekvirering af billeddiagnostiske undersøgelser indebærer administrative lettelser for patienterne, som vil opleve, at de kan blive henvist direkte fra en kiropraktor til billeddiagnostisk undersøgelse på sygehuset, uden først at skulle til den praktiserende læge og have en henvisning.

Forslagets om tilskud til behandling hos speciallæge for gruppe 2-sikrede omhandler den praktiske anvendelse af reglen om, at regionsrådet yder tilskud til behandling hos praktiserende speciallæge til gruppe 2-sikrede personer med samme beløb, som til gruppe 1-sikrede personer. Der er tale om en tydeliggørelse af gældende praksis, som ikke forventes at medføre administrative konsekvenser for borgerne.

Forslaget om, at anbragte i Kriminalforsorgens institutioner m.v. kan undtages fra retten til at vælge sygehus efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling tager alene sigte på at kodificere den allerede gældende praksis, hvorefter disse persongrupper af sikkerhedsmæssige hensyn, typisk begrundet i faren for ny kriminalitet eller undvigelse, kan undtages fra retten til frit og udvidet frit sygehusvalg. Forslaget vurderes dermed ikke at have administrative konsekvenser for borgerne.

Der vurderes ikke at være administrative konsekvenser for borgerne ved forslaget om udfasning af Den Danske Kvalitetsmodel da forslaget alene er et element i, at rammerne for kvalitetsarbejdet udvides.

Forslaget øvrige elementer vurderes ikke at have administrative konsekvenser for borgerne.

6. Miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

7. Forholdet til EU-retten

Forslagets § 1, nr. 1, og § 2 vedrører direktiv 2005/36/EF om gensidig anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer. Med forslaget styrkes det juridiske grundlag for implementeringen af direktivets bestemmelser om EU- og EØS-statsborgeres adgang til midlertidig og lejlighedsvis udøvelse af sundhedstjenesteydelser. Forslaget indeholder ikke i sig selv implementering af ny EU-ret.

Derudover indeholder lovforslaget ikke EU-retlige aspekter.

8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslag har i perioden x.x. 2016 til den x.x. 2016 været i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Alzheimerforeningen, Ansatte Tandlægers Organisation, Bedre Psykiatri, Dansk Handicap Forbund, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Selskab for Retsmedicin, Dansk Standard, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Bandagister, Danske Bioanalytikere, Danske Dental Laboratorier, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Seniorer, Danske Ældreråd, Datatilsynet, De Offentlige

Side

Tandlæger, Det Centrale Handicapråd, Diabetesforeningen, Direktoratet for Kriminalforsorgen, Ergoterapeutforeningen, Farmakonomforeningen, Forbrugerrådet, Foreningen af Kliniske Diætister, Foreningen af Praktiserende Speciallæger, Foreningen af speciallæger, Færøernes Landsstyre, Gigtforeningen, Grønlands Selvstyre, Hjernesagen, Hjerteforeningen, Høreforeningen, IKAS, Jordemoderforeningen, KL, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Kost- og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen LEV, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Landsforeningen SIND, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Patienterstatningen, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlægers Organisation, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Retspolitisk Forening, Rigsombudsmanden på Færøerne, Rigspolitiet, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Sundhed Danmark, Tandlægeforeningen, Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, Yngre Læger, ÆldreForum, Ældresagen.

9. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/mindreudgifter	Negative konsekvenser/merudgifter
<i>Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige</i>	Det vurderes, at forslaget om udfasningen af akkrediteringen for offentlige sygehuse og det præhospitale område medfører økonomiske ændringer for 100 mio. kr. årligt, som regionerne kan omprioritere til en nytænkning af kvalitetsindsatsen på sygehusene. Tilsvarende reduceres det statslige bidrag til IKAS med 10 mio. kr. i alt i perioden 2016-2018. Udfasningen af akkrediteringen forventes at medføre en administrativ lempelse for de offentlige sygehuse og det præhospitale område.	Forslaget om at indføre en permanent bisidderordningen skønnes at medføre statslige merudgifter i størrelsesordenen 400.000 år årligt til administration og drift.
<i>Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.</i>	Ingen	Ingen
<i>Administrative konsekvenser for borgerne</i>	Borgerne vil opleve, at de kan blive henvist direkte fra kiropraktoren til billeddiagnostisk undersøgelse på sygehuset,	Ingen

	uden først at skulle til den praktiserende læge og have en henvisning.	
<i>Miljømæssige konsekvenser</i>	Ingen	Ingen
<i>Forholdet til EU-retten</i>	Forslaget om styrkelse af det juridiske grundlag for implementeringen af bestemmelser i direktiv 2005/36/EF om gensidig anerkendelse af erhvervmæssige kvalifikationer (anerkendelsesdirektivet) indeholder ikke nye EU-retlige aspekter.	
<i>Overimplementering af EU-retlige minimumsforpligtelser</i>	Ja	Nej X

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Med forslaget bemyndiges sundheds- og ældreministeren i sundhedslovens § 6, stk. 2, til at fastsætte regler om, at rettigheder og pligter for sundhedspersoner fastsat i eller i medfør af sundhedsloven også skal finde anvendelse for personer, der uden autorisation midlertidigt og lejlighedsvist her i landet udøver sundhedsfaglig virksomhed omfattet af autorisationsloven.

Forslaget skaber således et klart juridisk grundlag for i bekendtgørelsesform at fastsætte, at sundhedslovens rettigheder og pligter, der gælder for sundhedspersoner (personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der handler på disses ansvar) også skal gælde for personer, der midlertidigt og lejlighedsvist udøver sundhedsfaglig virksomhed her i landet uden autorisation, og som dermed ikke opfylder sundhedslovens definition for at være sundhedspersoner, jf. sundhedslovens § 6, stk. 1.

Forslagets bemyndigelse omfatter rettigheder og pligter for de personer, som i henhold til anerkendelsesdirektivet midlertidigt og lejlighedsvist udfører sundhedsfaglig virksomhed her i landet. Om afgrænsningen af denne personkreds henvises til pkt. 2.1. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Ved udmøntningen af bemyndigelsen vil det bl.a. blive præciseret, at sundhedslovens kapitel 9 om sundhedspersoners tavshedspligt og behandling af helbredsoplysninger gælder tilsvarende for personer, der midlertidigt og lejlighedsvist udøver sundhedsfaglig virksomhed uden autorisation og dermed uden at være sundhedspersoner i sundhedslovens forstand. Bemyndigelsen er dog ikke afgrænset hertil, men kan også anvendes for andre rettigheder og pligter fastsat i eller i medfør af sundhedsloven, herunder også straffebestemmelser i tilfælde af, at en pligt ikke overholdes. I nogle tilfælde vil det være nødvendigt at tilpasse rettigheden eller pligten til de særlige forhold som gør sig gældende, hvor den sundhedsfaglige virksomhed ikke udøves fast

her i landet, og udøveren er etableret i et andet land.

Til nr. 2

Med forslaget til en ny § 64, stk. 5, foreslås det, at sundheds- og ældreministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om regionsrådets tilskud til dækning af udgifter til lægehjælp hos praktiserende speciallæger for personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2.

Det er bl.a. hensigten at udmønte den foreslåede bestemmelse ved administrativt at fastsætte bestemmelser om den praktiske anvendelse af reglen, herunder at en person, der er omfattet af sikringsgruppe 2, betaler den del af udgiften til lægehjælp hos praktiserende speciallæge, som regionsrådet ikke afholder, direkte til lægen. Det er ligeledes hensigten at fastsætte regler om, at bopælskommunen udbetaler tilskuddet på vegne af regionsrådet, når en person, der er omfattet af sikringsgruppe 2, søger lægehjælp hos en praktiserende speciallæge, der ikke har tilsluttet sig overenskomst.

Til nr. 3

Det foreslås at der som et nyt stk. 3 etableres en bemyndigelsesbestemmelse i § 82 a så andre sundhedspersoner end alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger gratis kan rekvirere diagnostiske undersøgelser.

Bemyndigelsesbestemmelsen er i første omgang tænkt til at give kiropraktorer mulighed for gratis rekvirering af billeddiagnostiske undersøgelser.

Region Midtjylland har gennemført et forsøg med at give kiropraktorer adgang til at rekvirere gratis CT/MR scanninger direkte fra sygehusene. Evalueringen af forsøget fra 2013 konkluderer bl.a. at

- Henvisningerne i alt overvejende grad var velbegrundede og fyldestgørende
- Mulighed for bedre og hurtigere patientforløb
- Ordningen har ikke medført uhensigtsmæssigheder i forhold til henvisningsmønsteret
- Der kan konstateres en stigning i henvisninger til MR-scanninger af knæ og rygge, mens de øvrige undersøgelser har ligget stabilt. Stigningen er i tråd med en generel og forventelig stigning i MR-scanninger, hvorfor det ikke kan konkluderes eller sandsynliggøres, at stigningen skyldes den frie henvisningsret.

Bemyndigelsesbestemmelsen skal på nuværende tidspunkt bruges til, at kiropraktorer får mulighed for at henvise til CT- og MR-scanninger i sygehusvæsenet i forbindelse med udredning af biomekaniske funktionsforstyrrelser og heraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken og ekstremiteter (arme og ben). Henvisningen skal ske ud fra konkrete faglige retningslinjer.

Bemyndigelsesbestemmelsen vil ikke blive brugt til, at der skabes mulighed for, at kiropraktorer kan henvise til DEXA-scanning og knogleskintigrafi. Disse undersøgelser anvendes som led i udredning af systemiske sygdomme, som kiropraktorer ikke er uddannet til at udrede eller behandle i deres helhed.

Det nye stk. 4 er en videreførelse af den tidligere bestemmelse i stk. 3.

Til nr. 4

Med forslaget til ændring af § 86, stk. 3, bemyndiges sundheds- og ældreministeren til efter forhandling med justitsministeren og social- og indenrigsministeren at kunne fastsætte regler om, at personer, der er anbragt i kriminalforsorgens institutioner eller anbragt på institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien eller straffeloven, og personer, der er anbragt på sikret afdeling i henhold til lov om social service samt personer, der er frihedsberøvet eller i øvrigt har fået deres handlefrihed begrænset i henhold til udlændingeloven, heller ikke har ret til selv at vælge sygehus efter reglerne i § 87 om udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling.

Sundheds- og ældreministeren er allerede efter gældende ret bemyndiget til efter forhandling med justitsministeren og social- og indenrigsministeren at fastsætte regler om at de pågældende personer ikke har ret til selv at vælge sygehus efter reglerne om frit sygehusvalg i § 86, stk. 1, og reglerne om udvidet frit sygehusvalg ved diagnostiske undersøgelser i § 82 a. Det findes således hensigtsmæssigt at etablere grundlaget for, at disse personer ligeledes kan undtages fra retten til at vælge sygehus efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling, som giver en videre adgang til at vælge sygehus end reglerne om frit sygehusvalg, da der ved udvidet frit sygehusvalg også kan vælges private sygehuse og klinikker.

Det er bl.a. hensigten at udmønte den foreslåede bemyndigelse ved administrativt at fastsætte bestemmelser om, at de pågældende personers ret til at vælge sygehus efter reglerne i § 87 om udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling kan begrænses af sikkerhedsmæssige hensyn eller hensyn til retshåndhævelsen. Det er ligeledes hensigten at fastsætte bestemmelser om, at den myndighed, der meddeler tilladelse til udgang m.v., træffer afgørelse om, hvorvidt retten til at vælge sygehus skal begrænses.

Af bemyndigelsen fastsat i sundhedslovens § 86, stk. 3, følger som nævnt allerede i dag, at sundheds- og ældreministeren efter forhandling med justitsministeren og social- og indenrigsministeren kan fastsætte regler om, at visse personer ikke har ret til selv at vælge sygehus efter reglerne i § 86, stk. 1, om frit sygehusvalg, og reglerne i § 82 a om udvidet frit sygehusvalg ved diagnostiske undersøgelser. Det drejer sig om personer, der er anbragt i kriminalforsorgens institutioner eller anbragt på institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien eller straffeloven, og personer, der er anbragt på sikret afdeling i henhold til lov om social service, samt personer, der er frihedsberøvet eller i øvrigt har fået deres handlefrihed begrænset i henhold til udlændingeloven. Samme afgrænsning vil blive anvendt ved afgrænsningen af personkredsen efter den foreslåede bemyndigelse.

Til nr. 5

Med ændringen af § 193, stk. 2, foreslås det, at sundheds- og ældreministeren i samarbejde med regionsrådene og kommunalbestyrelserne fastlægger rammerne for kvalitetsudviklingen i det danske sundhedsvæsen.

Lovforslaget præciserer således, at når sundheds- og ældreministeren, regionsråd og kommunalbestyrelserne fastlægger rammerne for kvalitetsudviklingen i det danske sundhedsvæsen, indbefatter det en ny tilgang til kvalitetsområdet og muligheden for at akkreditere sundhedsvæsenet efter Den Danske Kvalitetsmodel, dog med undtagelse af de offentlige sygehuse og det præhospitale område.

Sundhedsstyrelsen har formandskabet for bestyrelsen for Den Danske Kvalitetsmodel.

Den nye tilgang til kvalitetsarbejdet hviler på princippet om, at der i højere grad balanceres i forhold til aktivitet, omkostninger, kvalitet og værdi for patienterne. Formålet med den nye tilgang til kvalitetsarbejdet er således at styrke det kliniske ejerskab og fremme en kvalitetskultur, hvor ledelse og medarbejdere skaber kvalitetsforbedringer som en del af deres kliniske arbejde.

Den nye tilgang repræsenterer således en omstilling af kvalitetsarbejdet, som i højere grad sætter fokus på kvalitetsudvikling fremfor kvalitetskontrol og på klare mål og resultater, som skaber værdi for den enkelte borger. Hertil kommer, at forslaget ligeledes er afbureaukratiserende.

Som konsekvens heraf udfases tillige akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel for de offentlige sygehuse og det præhospitale område. Den Danske Kvalitetsmodel har bidraget til at løfte kvaliteten på sygehusområdet efter to akkrediteringsrunder siden 2009, men det vurderes, at der er behov for at styrke forbedrings- og innovationshastigheden i kvalitetsarbejdet. Udfasningen skal skabe fornyet plads for sundhedspersonalet til at arbejde med andre nye og igangværende initiativer med fokus på resultater, effekt og forbedringer.

På en række øvrige områder i sundhedssektoren er der indgået aftaler om akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel, som fastsætter, hvorledes disse områder akkrediteres. Det vedrører fx det praktiserende område, hvor der for nuværende er indgået aftaler om akkreditering for de praktiserende læger og de praktiserende speciallæger i de respektive overenskomster.

Kvalitetsområdet er i hastig udvikling, og der er således tale om en dynamisk tilgang til kvalitetsarbejdet, som udvikler sig i takt med den nationale og internationale udvikling på området.

Til § 2

Til nr. 1

Med det foreslåede § 3, stk. 3, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed bemyndiges sundheds- og ældreministeren til at regulere midlertidig og lejlighedsvis udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed her i landet.

Begrebet "midlertidigt og lejlighedsvist" skal forstås i overensstemmelse med anerkendelsesdirektivet. Her fremgår det af artikel 5, stk. 2, at "tjenesteydelsers midlertidige og lejlighedsvis karakter vurderes fra sag til sag især på baggrund af ydelsens varighed, hyppighed, periodicitet og kontinuitet". Der lægges op til at videreføre den praksis, som Styrelsen for Patientsikkerhed anvender i dag ved fortolkningen af bekendtgørelse nr. 49 af 13. januar 2010 om EU- og EØS-statsborgernes adgang til udøvelse af virksomhed som autoriseret sundhedsperson.

Den foreslåede § 3, stk. 3, 1. pkt., indeholder en entydig hjemmel til at fravige autorisationslovens krav om autorisation i forbindelse med midlertidig og lejlighedsvis udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed, når det er nødvendigt for gennemførelsen af direktiver vedtaget af den Europæiske Union. Hermed åbnes der bl.a. mulighed for at fravige autorisationslovens krav om autorisation for personer, Side

der i henhold til anerkendelsesdirektivet midlertidigt og lejlighedsvist udøver sundhedsfaglig virksomhed her i landet.

I medført af den foreslåede bemyndigelse vil der således blive fastsat regler svarende til den gældende bestemmelse i § 11, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 49 af 13. januar 2010 om EU- og EØS-statsborgeres adgang til udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed, hvorefter en sådan virksomhed vil kunne udføres her i landet uden autorisation, men under iagttagelse af krav om anmeldelse og fremlæggelse af dokumentation.

I det foreslåede stk. 3, 2. pkt., bemyndiges sundheds- og ældreministeren til at fastsætte nærmere regler om vilkårene for midlertidig og lejlighedsvis udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed her i landet. For det første betingelser for den midlertidige og lejlighedsvis udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed, herunder krav om anmeldelse og dokumentation for kvalifikationer m.v. For det andet regler om i hvilket omfang rettigheder og pligter fastsat i eller i medfør af autorisationsloven skal finde anvendelse for den midlertidige og lejlighedsvis sundhedsfaglige virksomhed.

I medført af den foreslåede bemyndigelse vil der således blive fastsat regler svarende til den gældende bestemmelse i § 11, stk. 2 og 3, i bekendtgørelse nr. 49 af 13. januar 2010 om EU- og EØS-statsborgeres adgang til udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed. Det indebærer, at der bl.a. vil blive stillet krav om, at den pågældende erhvervsudøver forud for udøvelse af midlertidig og lejlighedsvis sundhedsfaglig virksomhed indgiver anmeldelse og genanmeldelse 1 gang årligt til Styrelsen for Patientsikkerhed. Der vil også blive stillet krav om, at den pågældende fremlægger dokumentation for bl.a. statsborgerskab, etablering og erhvervmæssige kvalifikationer. Der vil desuden blive fastsat regler svarende til reglerne i bekendtgørelsens § 12, der åbner mulighed for, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan foretage kontrol af den modtagne dokumentation og stille krav om, at erhvervsudøveren gennemfører en egnethedsprøve for at dokumentere, at erhvervsudøverens kvalifikationer ikke indebærer risici for patientsikkerheden.

Endvidere vil bemyndigelsen blive udnyttet til at sikre, at personer, der midlertidigt og lejlighedsvis udøver sundhedsfaglig virksomhed her i landet uden autorisation, vil blive underlagt relevante pligter og rettigheder i autorisationsloven. Herunder bl.a. pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, journalføring og indberetning m.v., ligesom straffebestemmelserne, fx autorisationslovens § 75 om grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sin virksomhed også skal kunne finde anvendelse, selvom personen virker uden autorisation. Uden dansk autorisation kan de pågældende dog ikke anvende autorisationslovens titler, men skal udføre deres virksomhed under den titel, som anvendes i det land, hvor den pågældende er etableret.

I nogle tilfælde vil det være nødvendigt at tilpasse rettigheden eller pligten til de særlige forhold som gør sig gældende her, hvor den sundhedsfaglige virksomhed ikke udøves fast her i landet, og udøveren er etableret i et andet land.

Efter forslagets vedtagelse forventes bemyndigelsen udnyttet til en omskrivning og opdatering af de eksisterende regler om midlertidig og lejlighedsvis udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed her i landet.

Til nr. 2

Den foreslåede bestemmelse tydeliggør, at Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn også i forhold til personer, der efter forslagets § 2, nr. 1, midlertidigt og lejlighedsvis udøver sundhedsfaglig virksomhed her i landet.

Med forslaget højnes patientsikkerheden, og der skabes klarere retstilstand også til fordel for de personer, der udfører den sundhedsfaglige virksomhed.

Styrelsen for Patientsikkerhed får med forslaget en lovfæstet hjemmel til at føre tilsyn også med personer, der midlertidigt og lejlighedsvist udfører sundhedsfaglig virksomhed her i landet (individtilsyn) uden autorisation. Tilsynet omfatter i sagens natur alene den sundhedsfaglige virksomhed, der måtte blive udført her i landet, men uanset om virksomheden udøves i eller udenfor sundhedsvæsenet. Tilsynet udføres som udgangspunkt efter lovgivningens almindelige principper. Dog kan det blive relevant med mindre tilpasninger af tilsynet som følge af de særlige forhold, der vil være når den sundhedsfaglige virksomhed ikke udføres fast her i landet og når den pågældende person ikke har dansk autorisation. Sådanne tilpasninger kan ske ved udmøntning af bemyndigelsen i forslagens § 1, nr. 1, og forslagens § 2, nr. 2.

Ud over at midlertidig og lejlighedsvis udførelse af sundhedsfaglig virksomhed forudsættes at skulle anmeldes til Styrelsen for Patientsikkerhed, skal behandlingssteder, hvor sundhedspersoner udøver behandling, registreres efter sundhedslovens § 213c. Midlertidig og lejlighedsvis udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed uden autorisation i henhold til direktivet vil også indgå i styrelsens tilsyn med et anmeldt behandlingssted efter sundhedslovens § 213 c.

Til § 3

Til nr. 1

Med forslaget indsættes et nyt *stk. 5* i klage- og erstatningslovens § 1, hvorefter patienter, der klager til Styrelsen for Patientsikkerhed og ønsker en dialog med en sundhedsperson eller en ledelseperson fra den pågældende region, der har relation til klagen, skal tilbydes en bisidder fra en bisidderordning.

Forslaget indebærer, at Styrelsen for Patientsikkerhed og regionerne vejleder patienterne om bisidderordningen. Det kan fx ske i forbindelse med klageindgivelse, tilbud om dialogsamtale eller ved patienternes henvendelse til patientvejledere. Herudover kan der vejledes på styrelsens og regioners websider.

Forslaget skal sikre, at patienter, som ikke har pårørende eller andre personer, de kan tage med til samtalen, eller som foretrækker, at det er en udenforstående, frem for en pårørende, der deltager i samtalen, har mulighed herfor.

Bisidderen tilsigtes at fungere som en støtte for patienten i hele dialogprocessen både under forberedelsen af dialogen og under selve dialogsamtalet samt ved en opfølgning på dialogen.

Det foreslås, at sundheds- og ældreministeren indgår aftale med én eller flere privat institutioner om administration og drift af bisidderordningen. Dette vil ske med baggrund i et offentligt opslag og for en nærmere bestemt årrække ad gangen.

Med lovforslaget stilles ikke formelle krav til, hvem der skal kunne være bisidder.

Den private institution, som efter aftale med sundheds- og ældreministeren vil skulle administrere og drive bisidderordningen, forudsættes dog at udpege bisiddere, som vil være kompetente til at støtte klager i dialogprocessen og at Side

give bisidderne instruktion og oplæring om bl.a. klageregler samt bisidderens rolle under dialogprocessen.

Til § 4

Det foreslås, at loven som udgangspunkt træder i kraft den 1. april 2017. Dette ikrafttrædelsestidspunkt vurderes at være hensigtsmæssigt af hensyn til at sikre, at forslagets bemyndigelsesbestemmelser mv. hurtigt kan udmøntes efter forslagets vedtagelse.

Forslagets dele vedrørende kiropraktorers mulighed for at rekvirere billeddiagnostiske undersøgelser foreslås dog i *stk. 2*, at træde i kraft allerede den 1. februar 2017, da det vurderes at være hensigtsmæssigt, både for kiropraktorerne og for patienterne, at lovændringen træder i kraft hurtigst muligt efter lovens vedtagelse. En udskydelse af ikrafttrædelsestidspunktet vil have den konsekvens, at patienter fortsat frem til ikrafttrædelsesdatoen vil skulle gennem først kiropraktoren og herefter den praktiserende læge, for at blive henvist til billeddiagnostisk undersøgelse på sygehuset.

Samme ikrafttrædelsestidspunkt foreslås for forslagets § 3, da bisidderordningen af hensyn til patienterne skal gøres permanent så hurtigt som muligt.

For at sikre, at Styrelsen for Patientsikkerhed hurtigst muligt får en lovfæstet kompetence til at føre tilsyn med personer, der midlertidigt og lejlighedsvis udøver sundhedsfaglig virksomhed her i landet, foreslås det i *stk. 3*, at lovforslagets § 2, nr. 2, træder i kraft dagen efter lovens bekendtgørelse i Lovtidende.

Til § 5

Bestemmelsen vedrører lovens territoriale gyldighed og indebærer, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland.

Af bestemmelsens *stk. 2*, fremgår, at lovens § 3 ved kongelig anordning kan sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bilag 1

Lovforslaget sammenholdt med gældende ret

<i>Gældende formulering</i>	<i>Lovforslaget</i>
<p><i>Sundhedsloven</i></p> <p>§ 6. Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.</p>	<p>1. I § 6 indsættes efter stk. 1 som <i>nyt stykke</i>:</p> <p>”Stk. 2. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om, at rettigheder og pligter for sundhedspersoner fastsat i eller i medfør af denne lov også skal finde anvendelse for personer, der uden autorisation midlertidigt og lejlighedsvist her i landet udøver sundhedsfaglig virksomhed omfattet af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.”</p>
<p>§ 64. Regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, når behandlingen sker efter henvisning fra den valgte alment praktiserende læge, jf. dog stk. 4.</p> <p><i>Stk. 2.</i> 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.</p> <p><i>Stk. 3.</i> 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 sundheds- og ældreministeren.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Sundheds- og ældreministeren</p>	<p>2. I § 64 indsættes som <i>stk. 5</i>:</p>

<p>fastsætter nærmere regler om henvisning til behandling efter stk. 1, herunder at kravet om henvisning til behandling hos praktiserende speciallæge kan fraviges i nærmere bestemt omfang. Endvidere kan sundheds- og ældreministeren fastsætte nærmere regler om, at en praktiserende speciallæge kan henvise til behandling hos en anden praktiserende speciallæge i nærmere bestemt omfang.</p>	<p>”Stk. 5. Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om tilskud til behandling hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, efter stk. 2.”</p>
<p>§ 82 a. En person, der er henvist til en diagnostisk undersøgelse på sygehus, jf. § 79, til brug for udredning hos alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64, kan vælge mellem enhver regions sygehuse, jf. § 86. Personen kan desuden vælge at blive undersøgt på et af de sygehuse, en af de klinikker m.v., som Danske Regioner har indgået aftale med efter § 87, stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden 1 måned efter at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Stk. 1 finder endvidere anvendelse ved diagnostiske undersøgelser til brug for speciallæger i Team Danmarks sportsmedicinske team i forbindelse med behandling af indplacerede eliteidrætsudøvere i Team Danmark.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler for diagnostiske undersøgelser i medfør af stk. 1 og 2, herunder om afgrænsning af og vilkår for undersøgelser, og kan undtage bestemte undersøgelsesformer.</p>	<p>3. <i>§ 82 a, stk. 3</i>, ophæves, og i stedet indsættes:</p> <p>”Stk. 3. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om, at andre sundhedspersoner end nævnt i stk. 1, og stk. 2, kan henvise til en diagnostisk undersøgelse på sygehuse.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler for diagnostiske undersøgelser omfattet af stk. 1, 2 og 3, herunder om afgrænsning af og vilkår for undersøgelser, og kan undtage bestemte undersøgelsesformer.”</p>

<p>§ 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.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Et sygehus kan afvise at modtage personer i medfør af stk. 1, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler herom.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Sundheds- og ældreministeren kan efter forhandling med justitsministeren og ministeren for børn, undervisning og ligestilling fastsætte regler om, at personer ikke har ret til selv at vælge sygehus i henhold til stk. 1 og § 82 a, når</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>4. I § 86, stk. 3, ændres "§ 82 a" til: "§§ 82 a og 87".</p>
<p>§ 193. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal sikre kvalitetsudvikling af ydelser efter denne lov, jf. stk. 2 og 3 og § 193 a.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Sundheds- og ældreministeren fastlægger i samarbejde med regionsrådene og kommunalbestyrelserne en fælles ramme for kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om krav til kvalitet i sundhedsvæsenet.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om, at private sygehuse og klinikker m.v., der leverer ydelser efter denne lov, skal leve op til krav fastsat i medfør af stk. 1-3.</p>	<p>5. I § 193, stk. 2, ændres »en fælles ramme« til: »fælles rammer«.</p>
<p><i>Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed</i></p>	

<p>§ 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om udøvelse af virksomhed som autoriseret sundhedsperson, som er nødvendige for gennemførelsen af overenskomst om fælles nordisk arbejdsmarked og direktiver vedtaget af Den Europæiske Union.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Sundhedsstyrelsen meddeler autorisation til personer, der i udlandet har gennemgået en uddannelse, som kan sidestilles med den tilsvarende danske uddannelse. I autorisationen kan fastsættes begrænsninger i den pågældendes udøvelse af virksomhed. Autorisationen kan tidsbegrænses.</p>	<p>1. I § 3 indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:</p> <p>”Stk. 3. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om adgang til midlertidig og lejlighedsvis udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed uden autorisation, som er nødvendig for gennemførelsen af direktiver vedtaget af den Europæiske Union. Sundheds- og ældreministeren kan endvidere fastsætte betingelser for den midlertidige og lejlighedsvis sundhedsfaglige virksomhed her i landet samt regler om i hvilket omfang rettigheder og pligter fastsat i eller i medfør af denne lov finder anvendelse for den midlertidige og lejlighedsvis sundhedsfaglig virksomhed.”</p>
<p>§ 5. Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med faglig virksomhed, der udøves af autoriserede sundhedspersoner og sundhedspersoner, der handler på disses ansvar.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Styrelsen for Patientsikkerhed fører endvidere tilsyn med andre personer end sundhedspersoner, jf. stk. 1, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Stk. 1 og 2 gælder ikke for virksomhed, der udøves af autoriserede psykologer.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med ledere af plejecentre, plejehjem og lign., hvortil der ikke er knyttet en fast læge.</p> <p><i>Stk. 5.</i> Styrelsen for Patientsikkerhed kan bemyndige personer til at udøve tilsyn efter stk. 1, 2 og 4.</p>	<p>2. I § 5, <i>stk. 2</i>, indsættes efter ”sundhedsvæsenet”: ”, samt med personer, der i henhold til direktiver vedtaget af den Europæiske Union, midlertidigt og lejlighedsvist udøver sundhedsfaglig virksomhed her i landet, jf. § 3, <i>stk. 3</i>.”</p>
<p><i>Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet</i></p>	
<p>§ 1.</p> <p>---</p> <p><i>Stk. 3.</i> Inden Styrelsen for Patientsikkerhed behandler en klage vedrørende en sundhedsydelse, som</p>	<p>1. ”<i>Stk. 5.</i> Patienter, der tager imod et tilbud om dialog efter <i>stk. 3</i> eller <i>4</i>, tilbydes en bisidder. Styrelsen for Patientsikkerhed og regionsrådet skal oplyse patienten om muligheden for at lade sig ledsage af en bisidder i</p>

<p>regionen helt eller delvis afholder udgifterne til, tilbyder styrelsen, jf. dog stk. 4, patienten en dialog med vedkommende region. Hvis patienten tager imod tilbuddet, sendes klagen til regionen, som tager kontakt til patienten og søger de spørgsmål, klagen vedrører, afklaret. Inden 4 uger efter Styrelsen for Patientsikkerheds fremsendelse af klagen til regionen giver regionen meddelelse til Styrelsen for Patientsikkerhed om udfaldet af dialogen. Hvis den pågældende herefter ikke ønsker yderligere behandling af sin klage, meddeler regionen med patientens accept dette til Styrelsen for Patientsikkerhed, hvorefter klagen anses for bortfaldet. I modsat fald sender regionen alle relevante oplysninger i sagen til Styrelsen for Patientsikkerhed til brug for styrelsens behandling af sagen.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Hvis en klage omfattet af stk. 3 er indgivet til regionen, tilbyder regionen en dialog og orienterer samtidig Styrelsen for Patientsikkerhed om klagen. Fristen i stk. 3, 3. pkt., regnes fra regionens modtagelse af klagen.</p> <p><i>Stk. 5.</i> Klager over tilslutning til behandling meddelt af Styrelsen for Patientsikkerhed, jf. § 18, stk. 4, i sundhedsloven, og klager over videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til forskning eller statistik, jf. § 46, stk. 2, eller § 47 i sundhedsloven, kan ikke behandles af Styrelsen for Patientsikkerhed.</p>	<p>forbindelse med tilbud om dialog. Ministeren for sundhed og forebyggelse indgår aftale med én eller flere privat institutioner om administration og drift af bisidderordningen.”</p> <p>Stk. 5 bliver herefter stk. 6.</p>
--	---