

**Indenrigs- og Sundhedsministeriet**

Dato: 12. april 2005  
Kontor: 2.s.kt.  
J.nr. 2400-1200-59  
Sagsbeh.:JVB  
Fil-navn: Sp. 26.doc

**Besvarelse af spørgsmål nr. 26 (L 74), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2005**

**Spørgsmål 26:**

"Ministeren bedes tilsende udvalget en oversigt over de nye initiativer i forhold til den nuværende lovgivning, der er indeholdt i den nye sundhedslov."

**Svar:**

Sundhedslovforslaget indeholder følgende nye initiativer, som dels har baggrund i kommunalreformen, og dels har anden baggrund.

Sundhedslovforslaget:

Afsnit II Retten til ydelser efter loven

- Sygesikringslovens § 1, stk. 2 om offentlig sygesikring for søfarende er ændret, jf. § 10 i sundhedsloven. Ændringen indebærer, at der er indføjet en direkte lovhjemmel til, at medsejlende ægtefæller og børn omfattes af loven. Dette har hidtil været fastsat i bekendtgørelse.
- Det nuværende sygesikringsbevis gælder som dokumentation for retten til ydelser efter sygesikringsloven, jf. sygesikringslovens § 5. Med sundhedslovforslaget samles 15 love i én lov. Lovforslagets s § 13 fastslår, at der skal udstedes et bevis, der som noget nyt skal gælde som dokumentation for retten til alle sundhedslovens ydelser.

Afsnit III Patienters retsstilling

- Det foreslås med sundhedslovforslaget, at læger ansat i sygehusvæsenet kan videregive oplysninger om konkret sygehusbehandling af patienter til patientens alment praktiserende læge mhp. at sikre sammenhæng i patientforløb, jf. lovforslagets § 42, stk. 2, nr. 2.

## Afsnit V Praksissektorens ydelser

- Med lovforslagets § 59 er aldersgrænsen for selvstændigt valg af sikringsform sænket fra 16 år til 15 år, således at børn og unge mellem 15-18 år kan vælge sikringsform uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren. Herved er aldersgrænsen harmoniseret med den 15 års grænse, som er afgørende for afgivelse af informeret samtykke jf. forslaget § 18. Dernæst følger det af forslaget, at børn bliver selvstændigt sikret, således at de med forældremyndighedsindehaverens samtykke kan vælge sikringsform forskellig fra forældremyndighedsindehaveren, når børnene er i aldersgruppen 0-15 år.

Samme ændring af aldersgrænsen gør sig gældende i relation til valg af læge efter lovforslagets § 60, med den virkning at børn og unge kan vælge læge uden forældremyndighedsindehaverens samtykke, når de er i aldersgruppen 15-18 år. Er de mellem 0 og 15 år, kan de vælge en anden læge end forældremyndighedsindehaveren med dennes samtykke.

Med lovforslagets § 65, stk. 4 lovfæstes den praksis om henvisningsadgang, som dels har udviklet sig på området og dels følger af speciallægeoverenskomsten i dag.

## Afsnit VI Sygehusydelser

- Kommunalfuldmagten bortfalder med regionslovforslaget, og der er derfor i sundhedslovforslaget foreslået rammer for regionernes muligheder for at samarbejde med og levere ydelser til andre offentlige myndigheder og private virksomheder m.fl. Det giver mulighed for at videreføre det amtskommunale selskab AMGROS, Den fælles offentlige sundhedsportal, MedCom og den Danske Kvalitetsmodel mv., jf. lovforslaget § 79

## Afsnit IX Kommunale sundhedsydelser

- Det foreslås med lovforslaget, at kommunerne får ansvar for:
  - Forebyggelse og sundhedsfremme: Med kommunalreformen får kommunerne ansvar for at skabe rammer for en sund levevis for borgerne, jf. lovforslagets § 120. Derved sikres den forebyggende og sundhedsfremmende indsats en forankring i kommunerne.
  - Genoptræning: Med kommunalreformen overgår ansvaret for at tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning fra amterne til kommunerne, jf. lovforslagets § 141.

- Behandling af alkoholmisbrug: Med kommunalreformen overgår ansvaret for behandling af alkoholmisbrugere fra amterne til kommunerne, jf. lovforslagets § 142.
- Behandling af stofmisbrug: Med kommunalreformen overgår ansvaret for lægelig behandling af stofmisbrugere med euforiserende stoffer (substansbehandling) fra amterne til kommunerne, jf. lovforslagets § 143.
- Specialiseret tandplejetilbud til sindslidende: Med kommunalreformen overgår ansvaret for at tilbyde et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl. fra amterne til kommunerne, jf. lovforslagets § 134.

#### Afsnit XI Øvrige ydelser og tilskud

- Indenrigs- og sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om og vilkår for at yde tilskud til varer og tjenesteydelser, der købes/leveres i et andet EU-/EØS-land, er udvidet til at omfatte ydelser, som kommunalbestyrelsen giver tilskud til, jf. § 169, stk. 1. Bestemmelsen har hidtil alene omfattet ydelser under den offentlige sygesikring.

#### Afsnit XII Præhospital indsats, befordring og befordringsgodtgørelse

- Som en konsekvens af at gruppe 1-sikrede i særlige tilfælde kan konsultere praktiserende speciallæger uden henvisning og af, at praktiserende speciallæger i bestemte situationer kan henvise direkte til behandling hos praktiserende speciallæger er sundhedslovforslagets § 171, stk. 2 ændret i forhold til sygesikringslovens § 17, jf. lovforslagets § 171.
- Det foreslås med sundhedslovforslaget, at kommunalbestyrelsen yder befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning efter endt behandling på sygehus, jf. lovforslagets § 141. Befordringen eller befordringsgodtgørelsen ydes efter reglerne i lovforslagets § 172. Bestemmelsen er en konsekvens af at genoptræning efter endt sygehusbehandling overgår til kommunerne. Bestemmelsen betyder, at personer, som efter de gældende regler i sygehusloven vil have ret til befordring eller befordringsgodtgørelse ved et ambulans genoptræningsforløb, også vil være berettiget hertil når genoptræning efter indlæggelse tilbydes i kommunal regi, i det omfang de fortsat opfylder betingelserne for ydelsen, jf. lovforslagets § 173.

#### Afsnit XIV Kvalitetsudvikling, forskning, indberetning og patientsikkerhed.

- Et klart formuleret mål med kommunalreformen er at sikre en høj kvalitet i sundhedsydelserne og en ensartet høj kvalitet på lands-

plan. Derfor indeholder sundhedslovforslaget nye bestemmelser om kvalitetsudvikling.

- Med kapitel 58 i sundhedslovforslaget lovfæstes regionsrådenes og kommunalbestyrelsernes forpligtelse til kvalitetsudvikling af ydelserne efter loven. Desuden får Indenrigs- og sundhedsministeren adgang til at fastsætte krav til kvalitet og IT-anvendelse i sundhedsvæsenet. Med kapitel 59 lovfæstes regionsrådenes og kommunalbestyrelsernes forpligtelse til forskning. Der er ikke tale om nye opgaver, idet sikring af kvaliteten af ydelser i sundhedsvæsenet og forskning indgår som en naturlig del af det decentrale ansvar for opgaveløsningen. Med kapitel 58 og 59 i sundhedsloven gøres de decentrale sundhedsmyndigheders forpligtelse til generelt at sikre kvalitetsudvikling herunder forsknings- og udviklingsarbejde således eksplicit.

#### Afsnit XV Samarbejde og planlægning.

- Sygesikringslovens forpligtelse til samarbejde og planlægning videreføres med sundhedslovforslagets kapitel 62 og 63 i en kortere, mere præcis og mere forpligtende form.
- Som noget nyt skal regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet.
- Regionsrådet og kommunalbestyrelsen forpligtes med lovforslagets § 206 til at indgå sundhedsaftaler på visse vigtige områder, som indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om.
- Som led i sikringen af høj kvalitet gives Sundhedsstyrelsen med lovforslagets kapitel 64 om specialplanlægning en række, nye kompetencer. Sundhedsstyrelsen får med lovforslaget hjemmel til
  - at fastlægge krav til lands- og landsdelsfunktioner
  - at godkende lands- og landsdelsfunktioners placering på bestemte sygehuse
  - at tilbagetrække godkendelser, såfremt de fastsatte krav ikke er opfyldt – trods pålæg herom.
- Sundhedsstyrelsens fastlæggelse af krav baseres på vejledning fra et nyt rådgivende udvalg vedr. specialeplanlægning, som Sundhedsstyrelsen efter lovforslagets § 208 nedsætter.

#### Afsnit XVI Sundhedsberedskab

- Kommunerne forpligtes til at udarbejde sundhedsberedskabsplaner, herunder indhente Sundhedsstyrelsens og Lægemiddelstyrelsens

rådgivning forud for planens behandling i kommunalbestyrelsen, jf. lovforslagets § 211.

- Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler for regioners og kommuners planlægning for og varetagelse af sundhedsberedskabet, jf. lovforslagets § 211.
- Der etableres hjemmel til at regionsrådet og kommunalbestyrelsen i tilfælde af ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger fra central side kan pålægges at løse en sundhedsberedskabsopgave på en nærmere bestemt måde. Bestemmelsen tænkes alene anvendt i særlige tilfælde med et meget stort antal tilskadekomne, jf. lovforslagets § 212

#### Afsnit XVII Statslige myndigheder mv.

- Det foreslås, at embedslæge-institutionerne bliver en del af Sundhedsstyrelsen (kap. 66) Sundhedsstyrelsen og embedslægeinstitutionerne samles i en enhedsorganisation. Embedslægeinstitutionerne forankres fortsat lokalt, idet Sundhedsstyrelsen opretter en embedslægeinstitution i hver region, jf. sundhedslovforslaget § 231, stk. 2.

#### Afsnit XVIII Administration, overenskomster og forsøg mv.

- Det nuværende Sygesikringens Forhandlingsudvalg, jf. sygesikringslovens § 26, der har til opgave at afslutte overenskomster på praksisområdet mv. med organisationer af sundhedspersoner m.fl., erstattes af et nyt centralt nævn (Regionernes Lønnings- og Takstnævn) med repræsentanter fra regionerne, kommunerne og staten, jf. sundhedslovforslagets § 228.

#### Afsnit XIX Finansiering

- Der foreslås med sundhedslovforslaget en ny finansieringsordning for sundhedsvæsenet, som omfatter
  - statsligt bloktilskud,
  - kommunalt grundbidrag
  - statsligt aktivitetsbestemt tilskud og
  - kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag.
- Reglerne om det statslige bloktilskud og det kommunale grundbidrag fastlægges i Lov om regionernes finansiering, mens det statslige aktivitetsbestemte tilskud og det kommunale aktivitetsafhængige bidrag reguleres i Sundhedslovforslagets hhv. § 244 og § 239 for så vidt angår sygehusområdet og i § 235 på praksisområdet.

- Det statslige bloktilskud udgør ca. 75 pct. af regionernes finansiering og udmøntes efter objektive kriterier. Ca. 20 pct. af finansieringsgrundlaget kommer fra kommunerne via hhv. grundbidraget (10 pct.) og det aktivitetsafhængige bidrag (10 pct.). I størrelsesordenen 5 pct. udmøntes gennem den statslige aktivitetspulje.
- Bloktilskuddet til regionerne forventes aktuelt at komme til at udgøre godt 50 mia. kr., det aktivitetsafhængige tilskud fra staten knap 3½ mia. kr., grundbidraget fra kommunerne ca. 5½ mia. kr. og det aktivitetsafhængige tilskud fra kommunerne ca. 7½ mia. kr.
- I lovforslagets § 252 er foreslået, at kommunerne afholder udgifterne til specialtandpleje til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., jf. § 134. Finansieringsbestemmelsen er en konsekvens af, at kommunerne overtager ansvaret for specialtandplejen (tidligere amtstandplejen) fra amterne.
- I lovforslagets § 254 er det som noget nyt foreslået, at bopælskommunen afholder udgifter til genoptræning til personer, der har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, jf. sundhedslovens § 141. Finansieringsbestemmelsen er en konsekvens af at kommunerne overtager ansvaret for genoptræningsydelsen fra amterne.
- I lovforslagets § 255 er det som noget nyt foreslået, at bopælskommunen afholder udgifter til alkoholbehandling efter § 142 og til lægefaglig behandling for stofmisbrug efter § 143. Finansieringsbestemmelsen er en konsekvens af, at kommunerne overtager ansvaret for alkoholbehandling og den lægefaglige stofmisbrugsbehandling (substitutionsbehandling) fra amterne.
- I lovforslagets § 257, stk. 2 er det som noget nyt foreslået, at staten afholder udgifter til børnevacciner i medfør af de af ministeren fastsatte regler om børnevaccinationer. I følge lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme § 1, stk. 2, afholdes udgifterne ved vaccination efter stk. 1 af amtskommunerne og Københavns, Frederiksberg og Bornholms kommuner.
- I § lovforslagets 267 foreslås en omlægning af finansieringen af udgifter til sygehjælp, der ydes i Danmark til sikrede fra andre lande, jf. EF-retten. Refusionen af disse udgifter fra udenlandske syge(for)sikringen foreslås at tilfalde det regionsråd eller den kommunalbestyrelse, der har afholdt udgiften til den ydelse refusionen vedrører. Hidtil er den udenlandske refusion tilfaldet staten.

#### Afsnit XX Straffe-, ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser

- Reglerne om specialeplanlægning i sundhedslovforslagets §§ 208-210 foreslås at træde i kraft den 1. januar 2006, jf. lovforslaget § 279, stk. 4. Baggrunden for den fremrykkede ikrafttræden er, at de

nuværende regler om specialeplanlægning ikke giver de centrale sundhedsmyndigheder de nødvendige og klare beføjelser i forhold til ønsket om mere effektiv styring af specialeplanlægningen. For at sikre samling af den allermest specialiserede behandling ved en effektiv landsdækkende koordinering foreslås derfor, at bestemmelserne om specialeplanlægning træder i kraft allerede den 1. januar 2006. Sundhedsstyrelsen får derved de nødvendige beføjelser til at fastlægge en langsigtet strategi for specialeplanlægning, der derved tillige kan tage højde for de kommende fem regioner.

- I det forpligtelserne efter bestemmelserne om specialeplanlægning påhviler regionerne, er det nødvendigt at fastsætte en overgangsordning, hvorved forpligtelserne i perioden 1. januar 2006 til 31. december 2006 påhviler amtskommunerne, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Bornholms Kommune. De i § 208, stk. 2, nævnte repræsentanter fra regionsrådene udpeges i overgangsperioden dog af forberedelsesudvalget, jf. lov om regioner § 51. Dette sikrer dermed, at der i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning er det samme antal medlemmer i udvalget i både overgangsperioden samt fra den 1. januar 2007, hvor forpligtelsen påhviler regionerne.