



Fremsat den 30. oktober 2009 af ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen)

## Forslag

til

### Lov om ændring af sundhedsloven

(Frit valg til diagnostiske undersøgelser, voldgiftsnævn, udvidet aktindsigt m.v.)

#### § 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, som bl.a. ændret ved § 1 i lov nr. 539 af 17. juni 2008, § 1 i lov nr. 530 af 12. juni 2009 og senest ved § 1 i lov nr. 531 af 12. juni 2009, foretages følgende ændringer:

1. § 37 affattes således:

»§ 37. Den, om hvis helbredsforhold der er udarbejdet patientjournaler m.v., har på anmodning ret til aktindsigt heri. Patienten har endvidere på anmodning ret til på en let forståelig måde at få meddelelse om, hvilke oplysninger der behandles i patientjournalen m.v. efter stk. 1, formålet hermed, kategorierne af modtagere af oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Stk. 2. En forældremyndighedsindehavers adgang til aktindsigt i en mindreårige patientjournal m.v. efter stk. 1, jf. § 14, kan begrænses i det omfang, forældremyndighedsindehaverens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige.

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

2. § 38 affattes således:

»§ 38. Den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har ansvaret for patientjournalerne m.v., afgør inden 10 dage efter patientens anmodning, om retten til aktindsigt skal begrænses efter § 37, stk. 2 og 3. Er anmodningen ikke imødekommet inden 10 dage, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden her til samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

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

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

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

4. I 79, stk. 1, indsættes som 2. pkt.:

»Bestemmelserne om sygehusbehandling i afsnit VI omfatter også diagnostiske undersøgelser til brug for alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64.«

5. I § 86, stk. 3, indsættes som 2. pkt.:

»Adgangen til at vælge, hvor en diagnostisk undersøgelse, jf. § 79, stk. 1, 2. pkt., skal foretages, kan dog ikke begrænses, jf. dog stk. 2.«

6. § 87, stk. 5, 2. pkt., ophæves.

7. § 87 c, 2. pkt., ophæves.

8. Efter § 87 d indsættes:

»Kapitel 20 b

#### *Udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne*

§ 87 e. Personer, der på tidspunktet for henvisning til psykiatrisk behandling er fyldt 19 år, kan vælge at blive behandlet efter bestemmelserne i §§ 87 f-87 h.

§ 87 f. En person, som er henvist til psykiatrisk behandling, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse eller en af de klinikker m.v., som har indgået aftale med regionsrådene efter § 87 g, stk. 1 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden 2 måneder efter at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et

af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse).

*Stk. 2.* Retten efter stk. 1 til at vælge at blive behandlet på et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden til behandling på aftalesygehuset overstiger ventetiden hertil på bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse.

**§ 87 g.** Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling efter §§ 87 e og 87 f.

**§ 87 h.** Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om den udvidede behandlingsret efter dette kapitel, herunder om krav til dokumentation m.v. til aftalesygehusene, jf. § 87 g, stk. 1, og om proceduren for henvisning af patienter m.v.

## Kapitel 20 c

### Voldgiftsnævn

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

*Stk. 2.* Når der indbringes en sag for voldgiftsnævnet, udpeger ministeren for sundhed og forebyggelse til nævnet en opmand og en suppleant for opmanden. Regionerne i forening udpeger en voldgiftsmand, og sygehusene, klinikkerne m.v. udpeger en voldgiftsmand. Både opmand, suppleant og voldgiftsmænd skal have økonomisk indsigt og indsigt i sundhedsvæsenets forhold.

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

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

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

**9.** I overskriften til kapitel 23 ændres » *Regionsrådets oplysningspligt* « til: » *Oplysningspligt* «.

**10.** § 90, affattes således:

»§ 90. Regionsrådet skal senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten

1) om dato og sted for undersøgelse eller behandling,

- 2) om patienten inden for 1 måned kan tilbydes en diagnostisk undersøgelse, jf. § 79, stk. 1, 2. pkt., eller behandling efter reglerne i § 87, stk. 1, henholdsvis inden for 2 måneder kan tilbydes behandling efter reglerne i § 87 a, § 87 b, § 87 e og § 87 f,
- 3) om retten til at vælge sygehus efter §§ 86-87 b og 87 e-87 f,
- 4) om ventetiden på behandling ved regionens egne og andre regioners sygehuse samt ved de i § 79, stk. 2, nævnte private specialsygehuse m.fl.,
- 5) om, at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på de i nr. 4 nævnte sygehuse, og
- 6) om, at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter §§ 86-87 b og 87 e-87 f.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt.«

**11.** I § 144, stk. 2 og 3, indsættes efter »bestemte sygdomme«: »eller persongrupper«.

**12.** § 216 affattes således:

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

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

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

## § 2

I sundhedsloven, jf. lov nr. 530 af 12. juni 2009 om ændring af sundhedsloven foretages følgende ændringer:

**1.** § 1, nr. 1-3, ophæves.

## § 3

Loven træder i kraft den 1. januar 2010.

## § 4

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

## Bemærkninger til lovforslaget

### Indholdsfortegnelse

#### Almindelige bemærkninger

1. Indledning
  2. Lovforslagets hovedpunkter
    - 2.1. Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser
      - 2.1.1. Gældende ret
      - 2.1.2. Overvejelser og lovforslag
    - 2.2. Voldgiftsnævn
      - 2.2.1. Gældende ret
      - 2.2.2. Overvejelser og lovforslag
    - 2.3. Evaluering af det offentligt finansierede sundhedsvæsen
      - 2.3.1. Gældende ret
      - 2.3.2. Overvejelser og lovforslag
    - 2.4. Patienters ret til aktindsigt
      - 2.4.1. Gældende ret
      - 2.4.2. Overvejelser og lovforslag
    - 2.5. Betingelserne for generelt klausuleret tilskud
      - 2.5.1. Gældende ret
      - 2.5.2. Overvejelser og lovforslag
  3. De økonomiske konsekvenser for det offentlige
  4. De administrative konsekvenser for det offentlige
  5. De økonomiske konsekvenser for erhvervslivet
  6. De administrative konsekvenser for erhvervslivet
  7. De administrative konsekvenser for borgere
  8. De miljømæssige konsekvenser
  9. Forholdet til EU-retten
  10. Hørte myndigheder og organisationer m.fl.
  11. Sammenfattende skema
- Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

#### *Almindelige bemærkninger*

##### *1. Indledning*

Som opfølgning på regeringsgrundlaget »Muligheder- nes samfund« fra 2007 og regeringens kvalitetsreform foreslår regeringen, at retten til udvidet frit sygehusvalg også kommer til at omfatte diagnostiske undersøgelser, som patienter bliver henvist til af en alment praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge til brug for lægens egen diagnosticering og behandling. Samtidig foreslår regeringen, at patienterne også får frit valg til disse diagnostiske undersøgelser på offentlige sygehuse m.v. Derved får disse patienter mulighed for kortere udrednings- og behandlingsforløb i praksissektoren, og de får de samme rettigheder og valgmuligheder, som de patienter, der henvises til behandling, herunder undersøgelser på sygehus. Forslaget er led i en række regeringsinitiativer om udvidelse og videreudvikling af det

frie valg på sundhedsområdet, herunder nedsættelsen af behandlingsfristen efter den udvidede fritvalgsordning fra 2 til 1 måned, og udvidet frit sygehusvalg, hvis en operationsdato bliver ændret.

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

Regeringen ønsker herudover med lovforslaget at tydeliggøre Sundhedsstyrelsens adgang til at evaluere

virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen, herunder på private sygehuse og klinikker, som har aftaler med Danske Regioner efter det udvidede frie sygehusvalg og den udvidede undersøgelses- og behandlingsret på det psykiatriske område.

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

## 2. Lovforslagets hovedpunkter

### 2.1. Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser

#### 2.1.1. Gældende ret

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

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

Sådanne regler er fastsat i bekendtgørelse nr.1238 af 5. december 2006 om behandling hos læge i praksissektoren. Det fremgår bl.a. heraf, at personer, der har valgt

sikringsgruppe 2, har adgang til at søge behandling hos enhver læge og til at søge behandling hos enhver speciallæge uden henvisning fra alment praktiserende læge. Behandlingen ydes i øvrigt på samme vilkår og med de samme begrænsninger som ved behandling af gruppe 1-sikrede personer.

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

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

Efter sundhedslovens § 79 yder regionsrådet sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse. Regionsrådet yder endvidere sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice, rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge OASIS, RCT i København og RCT-Jylland, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosecenter Haslev, Sclerosecenter Ry, PTU's RehabiliteringsCenter, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejle fjord og Center for Hjerneskade.

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

Et sygehus kan efter § 86, stk. 2, afvise at modtage fritvalgspatienter fra andre regioner, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hen-

syn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler herom. Det er sket i bekendtgørelse nr. 594 af 11. juni 2009 om ret til sygehusbehandling m.v.

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

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

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

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

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

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

### *Information*

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

### *Befordring*

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

#### *2.1.2. Overvejelser og lovforslag*

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

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

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

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

Patienternes adgang til befordring og befordringsgodtgørelse, når de henvises til diagnostiske undersøgelser efter forslaget, er de samme som hidtil, dvs. de samme som gælder for patienter, der er i dag henvises til diagnostiske undersøgelser på sygehus.

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

### *Frit sygehusvalg*

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

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

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

### *Udvidet frit sygehusvalg*

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

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

Ved samarbejdssygehuse forstås de private specialsygehuse, som er nævnt i sundhedsloven § 79, stk. 2, og andre offentlige og private sygehuse og klinikker, som regionerne indgår aftale med, fx efter udbud i henhold til sundhedslovens § 75, stk. 2. Forslaget indebærer således også, at patienter, som i København og Frederiksberg kommuner er henvist til at få foretaget diagnostiske undersøgelser på disse laboratorier og klinikker, også vil være omfattet af lovforslaget om udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser.

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

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

## *Information*

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

### *2.2. Voldgiftsnævn*

#### *2.2.1. Gældende ret*

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

Disse ordninger har til formål at skabe grundlag for, at der kan indgås aftaler med klinikker i hele landet, således at flest mulige patienter får en reel mulighed for at be-

nytte det udvidede frie sygehusvalg og den udvidede undersøgelses- og behandlingsordning.

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

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

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

### 2.2.2. Overvejelser og lovforslag

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3. *Evaluering af det offentligt finansierede sundhedsvæsen*

#### 2.3.1. *Gældende ret*

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

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

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

#### 2.3.2. *Overvejelser og lovforslag*

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

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

det offentlige sundhedsvæsen og de private sygehuse og klinikkers virksomhed.

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

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

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

### 2.4. *Patienters ret til aktindsigt*

#### 2.4.1. *Gældende ret*

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

Er patienten mindreårig og under forældremyndighed, indtræder forældremyndighedsindehaveren i den mindreåriges ret til aktindsigt i egen patientjournal, jf. sundhedslovens § 14. En mindreårig patient, der er fyldt 15 år, er dog også selv berettiget til aktindsigt, jf. sundhedslovens § 17, stk. 3.

#### 2.4.2. *Overvejelser og lovforslag*

Der findes ikke præcise oplysninger om, hvor ofte der gives afslag på aktindsigt. Baseret på en opgørelse af antallet af afslag på aktindsigt i e-journal i oktober og november 2008 i Region Hovedstaden kan det skønnes, at der i sygehusvæsenet på landsplan årligt gives afslag på aktindsigt i størrelsesordenen 150 tilfælde årligt. Her til kommer de afslag på aktindsigt, som i øvrigt gives i



sundhedssektoren, herunder hos de praktiserende læger. Det skønnes, at der samlet set kun gives afslag på ganske få promille af alle aktindsigtsanmodninger.

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

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

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

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

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

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

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

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

Efter forslaget vil det fortsat være muligt at begrænse forældremyndighedsindehaveres adgang til aktindsigt i deres mindreårige børns journaler i det omfang, forældremyndighedsindehaverens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige. Bestemmelsen kan anvendes i tilfælde, hvor følsomme journaloplysninger om fx abort, behandling for kønssygdom, prævention og blodtransfusion, kan komme den mindreårige til skade, hvis de kommer til forældremyndighedsindehaverens kendskab.

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

Bestemmelsen kan som hidtil fx anvendes til at begrænse psykiatriske patienters adgang til aktindsigt, i tilfælde hvor det vil være til alvorlig skade for patient eller familieforholdet, hvis patienten fik kendskab til oplysninger, som fx pårørende måtte have givet til patientjournalen.

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

## 2.5. Betingelserne for generelt klausuleret tilskud

### 2.5.1. Gældende ret

Lægemedelstyrelsen meddeler generelt tilskud til lægemidler. Kriterierne for Lægemedelstyrelsens vurdering af, om et lægemiddel skal meddeles generelt tilskud, er fastsat i bekendtgørelse nr. 180 af 17. marts 2005 om medicintilskud, jf. § 144 i sundhedsloven.

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

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

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

### 2.5.2. Overvejelser og lovforslag

Med en ændring af sundhedsloven, jf. lov nr. 1431 af 22. december 2004, blev Lægemedelstyrelsen pålagt at gennemføre en løbende revurdering af alle lægemidlers tilskudsstatus, således at lægemidlers tilskudsstatus kan ændres, hvis de forudsætninger, der lå til grund for den oprindelige beslutning om bevilling eller ikke-bevilling af tilskud, er ændret.

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

Der har i revurderingsprocessen udviklet sig en praksis, hvorefter et generelt tilskud til et lægemiddel klausuleres med henvisning til patientens sygdom kombine-

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

Enkelte lægemidler indeholder i den godkendte terapeutiske indikation eller i anvisningerne om dosering og indgivelsesmåde, som er beskrevet i lægemidlets produktresumé, andre parametre herunder fx henvisning til patientens alder, tidligere behandlingsforløb, kombinationsbehandling etc., som det i visse situationer kan være lægefagligt relevant at videreføre i forbindelse med et generelt klausuleret tilskud til lægemidlet. Medicintilskudsnævnet har endvidere i et konkret tilfælde på baggrund af ny viden om rationel lægemiddelanvendelse indstillet, at det generelle tilskud til en gruppe lægemidler blev klausuleret til personer over 70 år. Indstillingen blev ikke fulgt af Lægemedelstyrelsen, fordi den foreslåede klausul ikke kunne rummes inden for lovens betingelse om, »at lægemidlet ordineres med henblik på behandling af bestemte sygdomme«.

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

### 3. De økonomiske konsekvenser for det offentlige

Forslaget om indførelse af frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser giver patienterne en ny ret til, men ændrer ikke på de praktiserende lægers økonomiske incitamenter, og medfører ikke, at flere pa-

tienter bliver henvist til diagnostiske undersøgelser. Der er kun få diagnostiske undersøgelser, hvor der forekommer længere ventetid end 1 måned, fx scanninger. Patienter vil kunne benytte den nye rettighed i forhold til disse undersøgelser med deraf følgende begrænsede omkostninger for regionerne og kommunerne. Disse opvejes af den økonomiske fordel, som regioner og kommuner får ved, at patienter bliver hurtigere diagnosticeret og dermed får et kortere og bedre udrednings- og behandlingsforløb med de deraf følgende besparelser, herunder som følge af at undersøgelser ikke skal gentages senere i udredningsforløbet, fordi de er blevet for gamle til at være retvisende. Forslaget er derfor samlet set udgiftsneutralt for regionerne, kommunerne og staten.

Ministeren for sundhed og forebyggelse vil efter forslaget om voldgiftsnævn fastsætte regler om, at hver part afholder sin del af omkostningerne, når voldgiftsnævnet nedsættes. Forslaget forventes ikke at medføre merudgifter for regionerne ud over den ubetydelige udgift, der består i betaling af halvdelen af udgifterne til opmanden, som på baggrund af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses hidtidige erfaringer med behandling af i alt 2 tvister på 7 år efter de nugældende regler anslås at ligge på under 10.000 kr. om året. Regionerne skønnes således ikke at få flere udgifter i forbindelse med behandling af tvister, end de har i dag, hvor tvister kan indbringes for ministeren for sundhed og forebyggelse. Forslaget forventes heller ikke at medføre merudgifter for staten, idet udgiften til den sekretariatsbistand, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse skal yde til Voldgiftsnævnet, svarer til den udgift, som ministeriet i dag har til behandling af tvister efter den nuværende lovgivning. Forslaget medfører ikke merudgifter for kommunerne.

Lovforslaget skønnes i øvrigt at være udgiftsneutralt og medfører derfor ikke merudgifter for regionerne, kommunerne eller staten.

#### *4. De administrative konsekvenser for det offentlige*

Forslaget om indførelse af frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser indebærer en let øget administration i regionerne i forbindelse med henvisning af patienter til et aftalesygehus. Forslaget har ikke administrative konsekvenser for kommunerne og staten.

Lovforslaget har i øvrigt ingen meradministrative konsekvenser for regionerne, kommunerne eller staten.

#### *5. De økonomiske konsekvenser for erhvervslivet*

Forslaget om indførelse af frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser har ingen negative økonomiske konsekvenser for erhvervslivet, men kan i forhold til de få diagnostiske undersøgelser hvor der forekom-

mer længere ventetid end 1 måned, fx scanninger, medføre kapacitetstilpasninger.

Forslaget om voldgift har ingen økonomiske konsekvenser for erhvervslivet, ud over den ubetydelige udgift, der består i betaling af halvdelen af udgifterne til opmanden, når voldgiftsnævnet nedsættes, idet forslaget ikke påvirker de private sygehuses muligheder for at indgå aftaler under det udvidede frie sygehusvalg.

Lovforslaget har ikke i øvrigt økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.

#### *6. De administrative konsekvenser for erhvervslivet*

Forslaget om indførelse af frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslaget har været sendt i høring til Økonomi- og Erhvervsministeriets Center for Kvalitet i ErhvervsRegulering (CVKR) med henblik på en vurdering af, om forslaget skal forelægges Økonomi- og Erhvervsministeriets virksomhedspanel. CVKR vurderer ikke, at forslaget indeholder administrative konsekvenser i et omfang, der berettiger at forslaget bliver forelagt for virksomhedspanelet. Forslaget bør derfor ikke forelægges for Økonomi- og Erhvervsministeriets virksomhedspanel.

Lovforslaget har i øvrigt ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet.

#### *7. De administrative konsekvenser for borgere*

Med forslaget om indførelse af frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser får borgerne flere valgmuligheder til diagnostiske undersøgelser.

Med forslaget vedrørende aktindsigt får borgerne fremadrettet en lettere adgang til aktindsigt i egne patientjournaler.

Lovforslaget har i øvrigt ingen administrative konsekvenser for borgerne.

#### *8. De miljømæssige konsekvenser*

Forslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

#### *9. Forholdet til EU-retten*

Rådets direktiv 89/105/EØF af 21. december 1988 om gennemsigtighed i prisbestemmelserne for lægemidler til mennesker og disse lægemidlers inddragelse under de nationale sygesikringsordninger fastlægger regler for proceduren for et lægemidlets inddragelse i de nationale sygesikringsordninger. Det fremgår af direktivets artikel 11, 2. pkt., at medlemsstaterne straks skal underrette kommissionen om ændringer i reglerne vedrørende lægemidlers inddragelse under de nationale sygesikringsordninger m.v. Regeringen har i overensstemmelse

hermed til hensigt at notificere Kommissionen om de foreslåede ændringer. Det er regeringens opfattelse, at den ændring af muligheden for at meddele generelt klausuleret tilskud, der fastlægges med lovforslaget, er forenelig med bestemmelserne i direktivet. Forslaget indeholder ikke derudover EU-retlige aspekter.

#### 10. Hørte myndigheder og organisationer m.fl.

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

Danske Regioner,  
 Regionernes Lønnings- og Takstnævn  
 KL,  
 Dansk Sygeplejeråd,  
 Lægeforeningen,  
 Praktiserende Lægers Organisation,  
 Dansk Psykiatrisk Selskab,  
 Børne- og Ungdoms Psykiatrisk Selskab,  
 FOA,  
 Pharmadanmark,  
 Farmakonomforeningen,  
 Center for Små Handicapgrupper,  
 Danske Handicaporganisationer,  
 Danske Patienter,  
 Dansk Handicapforbund,  
 Dansk Selskab for Patientsikkerhed,  
 Det Centrale Handicapråd,  
 Forbrugerrådet,  
 Hjerteforeningen,  
 Hospice Forum Danmark,  
 Kræftens Bekæmpelse,  
 Patientforeningen i Danmark,  
 Patientforum,  
 Scleroseforeningen,  
 ÆldreForum,  
 Ældremobiliseringen,  
 Ældresagen,  
 Dansk Erhverv,  
 Sankt Lukas Hospice,  
 Diakonissestiftelsens Hospice,

Sct. Maria Hospice Center,  
 Rehabiliteringscentrene for traumatiserede flygtninge  
 OASIS, RCT-Jylland og RCT i København,  
 Epilepsihospitalet i Dianalund,  
 Sclerosecentrene i Haslev og Ry,  
 PTU's Rehabiliteringscenter,  
 Center for sundhed og træning i Middelfart,  
 Center for sundhed og træning i Århus, Center for  
 sundhed og træning i Skælskør,  
 Rehabiliteringscenter for Muskelsvind,  
 Vejlefjord,  
 Center for Hjernesgade,  
 KamillianerGaardens Hospice,  
 Hospice Fyn,  
 Arresødal Hospice,  
 Hospice Sjælland,  
 Hospice Sønderjylland,  
 Anker Fjord Hospice,  
 Hospice Limfjord,  
 Hospice Sydvestjylland,  
 Hospice Vendsyssel,  
 Hospice Djursland,  
 Kong Chr. X's Gighospital i Gråsten,  
 Danmarks Apotekerforening,  
 Lægemedelindustriforeningen,  
 Industriforeningen for Generiske Lægemedler,  
 Foreningen af Parallelimportører af Lægemedler,  
 Dansk Selskab for Folkesundhed,  
 Den Centrale Videnskabsetiske Komité,  
 Etisk Råd,  
 Institut for Menneskerettigheder,  
 Patientforsikringen,  
 Patientskadeankenævnet,  
 Rigsrevisionen,  
 Sundhedsvæsenets Patientklagenævn,  
 Grønlands Selvstyre, Direktoratet for Sundhed og  
 Færøernes Landsstyre.

#### 11. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/ mindre udgifter	Negative konsekvenser/ merudgifter

Økonomiske konsekvenser for det offentlige	Ingen	Forslaget om voldgiftsnævn kan medføre ubetydelige udgifter for regionerne
Administrative konsekvenser for det offentlige	Ingen	Forslaget om udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser medfører let øget administration i regionerne
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Forslaget om diagnostiske undersøgelser, hvor der forekommer længere ventetid end 1 måned, fx scanninger, kan medføre kapacitetstilpasninger på de private sygehuse og klinikker m.v.	Forslaget om voldgiftsnævn kan medføre ubetydelige udgifter for erhvervslivet
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Borgerne får flere valgmuligheder til diagnostiske undersøgelser og fremadrettet en lettere adgang til aktindsigt i egne patientjournaler	Ingen
Forholdet til EU-retten	Forslaget vedr. medicintilskudsreglerne notificeres til EU-Kommissionen efter normal praksis.	

### Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

#### Til § 1

##### Til nr. 1 (§ 37)

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

Den foreslåede bestemmelse i § 37, stk. 1, indebærer, at patienter som hovedregel får ubegrænset adgang til aktindsigt i egne fremtidige patientjournaler m.v.

Den foreslåede bestemmelse i § 37, stk. 2, opretholder dog en begrænsningsmulighed for forældremyndighedsindehaveres adgang til aktindsigt i deres mindreårige børns patientjournaler under omstændigheder, hvor forældremyndighedsindehaverens interesse i aktindsigt findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige. Baggrunden herfor er, at der i enkelte tilfælde

kan foreligge følsomme oplysninger om eksempelvis abort, behandling for kønssygdom, prævention og blodtransfusion, som kan være til skade for den mindreårige, hvis de kommer til en forældremyndighedsindehavers kendskab.

Den foreslåede bestemmelse i § 37, stk. 3, fastholder endvidere den hidtidige adgang til om nødvendigt at begrænse adgangen til aktindsigt for så vidt angår optegnelser i patientjournaler m.v., som er journalført før lovens ikrafttræden den 1. januar 2010. For sådanne journaloptegnelser kan retten efter den foreslåede § 37, stk. 1, således begrænses i det omfang, patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser. Det er fundet påkrævet at bevare denne begrænsningsadgang, som svarer til den gældende § 37, stk. 2, for at respektere, at oplysninger kan være givet af pårørende eller andre private i tillid til, at der ville være mulighed for om nødvendigt at begrænse patientens adgang til aktindsigt ud fra sådanne afgørende hensyn.

Denne del af forslaget medfører, at det med hensyn til historiske oplysninger journalført før den 1. januar 2010, ikke vil blive praktisk muligt at give adgang elektronisk. Historiske oplysninger må således søges på traditionel vis. Det vil indebære, at omfanget af patienters elektroniske adgang til journaler vil afhænge af, hvornår oplysningerne er journalført. Det relative omfang af oplysninger, som der ikke vil være elektronisk adgang

til, vil dog ifølge sagens natur gradvis mindskes og med tiden helt forsvinde.

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

#### Til nr. 2 (§ 38)

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

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

Som efter gældende ret skal en anmodning om aktindsigt som udgangspunkt besvares inden 10 dage efter, at patienten har anmodet herom.

Gives aktindsigten elektronisk ved, at patienten benytter sig af en adgang til opslag i elektroniske patientjournaler, får patienten enten aktindsigt umiddelbart eller modtager en standardmeddelelse på skærmen, hvis aktindsigt ikke kan gives i medfør af undtagelsesbestemmelserne i den foreslåede § 37, stk. 2 (forældremyndighedsindehaver/mindreårig) eller stk. 3 (oplysninger journalført før lovens ikrafttræden). Ved at give patienterne umiddelbar adgang til deres data i en elektronisk patientjournal er der en risiko for, at patienterne får adgang til kritiske oplysninger, før lægen har nået at meddele og informere patienterne om disse. For at sikre, at en sådan information kan nå at blive meddelt patienten direkte af lægen, vil der i den elektroniske patientjournal skulle være en funktionalitet i form af en forsinkelse på et antal kalenderdage fra det tidspunkt oplysningerne journalføres, og indtil de bliver tilgængelige for patienten i elektronisk form.

Det vil fremgå af den elektroniske patientjournal, at der er en sådan funktionalitet i form af forsinkelse af et antal kalenderdage.

Meddelelse af aktindsigt, der ikke gives elektronisk, kan ikke udsættes af hensyn til, at patienten forinden er informeret af lægen om eventuelle kritiske oplysninger i journalen.

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

#### Til nr. 3 (§ 39)

Ministeren for sundhed og forebyggelse kan med hjemmel i sundhedslovens § 39 fastsætte regler om gebyr til dækning af kopierings- og forsendelsesomkostninger m.v. i forbindelse med aktindsigt i patientjournaler. I de tilfælde, hvor aktindsigt gives i form af patientens opslag i elektroniske patientjournaler, medfører aktindsigten ingen kopierings- eller forsendelsesomkostninger. Bemyndigelsesbestemmelsen foreslås ændret for at præcisere, at der ikke er hjemmel til at fastsætte regler om gebyr for aktindsigt, der gives ved patientens opslag i elektroniske patientjournaler.

#### Til nr. 4 (§ 79)

Det foreslås med forslaget til § 79, stk. 1, 2. pkt., at bestemmelserne om sygehusbehandling i afsnit VI om sygehusedelser også kommer til at omfatte diagnostiske undersøgelser til brug for alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64. Det indebærer, at regionsrådets pligt til at yde sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse, også kommer til at omfatte diagnostiske undersøgelser til brug for alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64.

Med forslaget skal regionsrådet endvidere - hvor det er relevant - yde diagnostiske undersøgelser til personer, der har bopæl i regionen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice, rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge OASIS, RCT i København og RCT-Jylland, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosecenter Haslev, Sclerosecenter Ry, PTU's RehabiliteringsCenter, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejle fjord og Center for Hjerneskeade.

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

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

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

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

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

Forslaget indebærer, at det er bopælsregionen, der viderevisiterer disse patienter til aftalesygehuse.

Forslaget ændrer ikke på regionernes adgang til i landsoverenskomsterne og i lokalaftaler at bestemme, hvilke diagnostiske undersøgelser, de vil stille til rådighed for de alment praktiserende læger og speciallæger.

Forslaget ændrer heller ikke på patienternes rettigheder i forhold til udredning inden for psykiatrien, jf. sundhedslovens § 87 b og § 87 f.

Efter sundhedslovens § 87, stk. 4, fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse regler om afgrænsning af og vilkår for behandling, der er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg, og kan herunder undtage bestemte behandlingsformer. Endvidere fastsætter ministeren regler om regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om denne

behandling. Nærmere regler herom er fastsat i bekendtgørelse nr. 594 af juni 2009 om ret til sygehusbehandling m.v.

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

Til nr. 5 (§ 86, stk. 3, 2. pkt.)

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

Til nr. 6-8 (§§ 87, 87 c og § 87e-87 i)

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

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

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

giftsmænd skal have økonomisk indsigt og indsigt i sundhedsvæsenets forhold.

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

Voldgiftsnævnet skal ved behandlingen af en sag se på alle forhold, der er relevante for aftalen, herunder hvilke øvrige aftaler, der er indgået mellem private hospitaler, klinikker m.v. og Danske Regioner efter den udvidede fritvalsordning og til hvilke takster.

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

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

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

Voldgiftsnævnets afgørelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

Til nr. 9-10 (§ 90)

Regionernes almindelige informationspligt efter § 90 udvides til også at omfatte diagnostiske undersøgelser, jf. forslaget til § 79, *stk. 1, 2. pkt.* Der præciseres herudover med bestemmelsen, at regionsrådene får pligt til inden for 8 dage at informere henviste patienter, om de kan tilbydes undersøgelse inden for 1 måned.

Til nr. 11 (§ 144, stk. 2 og 3)

Med ændringen tilføjes muligheden for at betinge et generelt tilskud til et lægemiddel af, at lægemidlet ordineres til behandling af bestemte persongrupper. Læge-

middelstyrelsen får således en mulighed for - hvor der er fagligt belæg herfor - i højere grad at målrette et generelt tilskud til et lægemiddel til bestemte persongrupper. Jf. de almindelige bemærkninger under pkt. 2.5, er det ikke forventningen, at der med lovforslaget vil ske nogen væsentlig ændring i forhold til den måde, reglerne administreres på i dag.

Til nr. 12 (§ 216)

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

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

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

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

*Til § 2*

Forslaget om ophævelse af § 1, nr. 1- 3, i sundhedsloven, jf. lov nr. 530 af 12. juni 2009, er en konsekvens af, at denne lov, der bliver ændret med bestemmelserne i nærværende lovforslag, først træder i kraft den 1. januar 2010.

*Til § 3*

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

*Til § 4*

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



## Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

*Gældende formulering**Lovforslaget*

§ 37. Fremsætter en patient begæring herom, skal patienten have meddelelse om, hvorvidt der behandles helbredsoplysninger om vedkommende indeholdt i patientjournaler m.v. Behandles sådanne oplysninger, skal der på patientens begæring og på en let forståelig måde gives patienten meddelelse om,

- 1) hvilke oplysninger der behandles,
- 2) behandlingens formål,
- 3) kategorierne af modtagere af oplysningerne og
- 4) tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

*Stk. 2.* Retten efter stk. 1 kan dog begrænses, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.

§ 38. Afgørelser om retten til aktindsigt træffes af den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har patientjournalerne m.v. i sin besiddelse.

*Stk. 2.* Vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson afgør snarest, om en anmodning om aktindsigt kan imødekommes, og om aktindsigten skal gennemføres ved, at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen m.v. på stedet, eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi.

*Stk. 3.* Er en anmodning om aktindsigt ikke imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at den

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, som bl.a. ændret ved § 1 i lov nr. 539 af 17. juni 2008, § 1 i lov nr. 530 af 12. juni 2009 og senest ved § 1 i lov nr. 531 af 12. juni 2009, foretages følgende ændringer:

## § 1

1. § 37 affattes således:

»§ 37. Den, om hvis helbredsforhold der er udarbejdet patientjournaler m.v., har på anmodning ret til aktindsigt heri. Patienten har endvidere på anmodning ret til på en let forståelig måde at få meddelelse om, hvilke oplysninger der behandles i patientjournalen m.v. efter stk. 1, formålet hermed, kategorierne af modtagere af oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

*Stk. 2.* En forældremyndighedsindehavers adgang til aktindsigt i en mindreårige patientjournal m.v. efter stk. 1, jf. § 14, kan begrænses i det omfang, forældremyndighedsindehaverens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige.

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

2. § 38 affattes således:

»§ 38. Den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har ansvaret for patientjournalerne m.v., afgør inden 10 dage efter patientens anmodning, om retten til aktindsigt skal begrænses efter § 37, stk. 2 og 3. Er anmodningen ikke imødekommet inden 10 dage, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

*Stk. 2.* Aktindsigt kan enten gives elektronisk eller ved, at der gives adgang til gennemsyn af patie-

er modtaget af vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

*Stk. 4.* I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter stk. 1-3 er tillagt beføjelser, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddeles i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.

**§ 39.** Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om gebyr til dækning af kopierings- og forsendelsesomkostninger m.v. i forbindelse med aktindsigten.

**§ 79.** Regionsrådet yder sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse.

*Stk. 2.* Regionsrådet yder endvidere sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice, rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge OASIS, RCT i København og RCT-Jylland, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosecenter Haslev, Sclerosecenter Ry, Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, Rehabiliterings-Center for Muskelsvind, Vejle fjord og Center for Hjerneskode.

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

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

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

ntjournalen m.v. på stedet eller udleveres en afskrift eller kopi.

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

**3.** I § 39 indsættes efter »til dækning af«: »eventuelle«.

**4.** I § 79, *stk. 1*, indsættes som 2. pkt.:

»Bestemmelserne om sygehusbehandling i afsnit VI omfatter også diagnostiske undersøgelser til brug for alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64.«

**5.** I § 86, *stk. 3*, indsættes som 2. pkt.:

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

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

**§ 87.** En person, som er henvist til sygehusbehandling, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 5 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden 1 måned efter at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

*Stk. 2.* I opgørelsen af tidsfristen efter stk. 1 medregnes ikke perioder, hvor personen gennemgår et forundersøgelserforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen.

*Stk. 3.* En person, som har fået tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus, kan vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis regionsrådet ændrer datoen.

*Stk. 4.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om afgrænsning af og vilkår for behandling, der er omfattet af stk. 1 og 3, og kan herunder undtage bestemte behandlingsformer. Endvidere fastsætter ministeren regler om regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om denne behandling.

*Stk. 5.* Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter stk. 1 og 3. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse.

»Adgangen til at vælge, hvor en diagnostisk undersøgelse, jf. § 79, stk. 1, skal foretages, kan dog ikke begrænses, jf. dog stk. 2.«

**6. § 87, stk. 5, 2. pkt., ophæves.**

*Stk. 6.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om krav til dokumentation m.v. fra de privatejede sygehuse, klinikker m.v., der indgår aftale efter stk. 4.

**§ 87 c.** Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om undersøgelse og behandling efter §§ 87 a og 87 b. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse.

**§ 87 e.** Personer, der på tidspunktet for henvisning til psykiatrisk behandling er fyldt 19 år, kan vælge at blive behandlet efter bestemmelserne i §§ 87 f-87 h.

**§ 87 f.** En person, som er henvist til psykiatrisk behandling, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse eller en af de klinikker m.v., som har indgået aftale med regionsrådene efter § 87 g, stk. 1 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden 2 måneder efter at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse).

*Stk. 2.* Retten efter stk. 1 til at vælge at blive behandlet på et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden til behandling på aftalesygehuset overstiger ventetiden hertil på bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse.

**§ 87 g.** Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling efter §§ 87 e og 87 f. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse.

**7.** § 87 c, 2. pkt., ophæves.

**8.** Efter § 87 d indsættes:

»Kapitel 20 b

*Udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne*

**§ 87 e.** Personer, der på tidspunktet for henvisning til psykiatrisk behandling er fyldt 19 år, kan vælge at blive behandlet efter bestemmelserne i §§ 87 f-87 h.

**§ 87 f.** En person, som er henvist til psykiatrisk behandling, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse eller en af de klinikker m.v., som har indgået aftale med regionsrådene efter § 87 g, stk. 1 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden 2 måneder efter at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse).

*Stk. 2.* Retten efter stk. 1 til at vælge at blive behandlet på et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden til behandling på aftalesygehuset overstiger ventetiden hertil på bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse.

**§ 87 g.** Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling efter §§ 87 e og 87 f.

§ 87 h. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om den udvidede behandlingsret efter dette kapitel, herunder om krav til dokumentation m.v. til aftalesygehusene, jf. § 87 g, stk. 1, og om proceduren for henvisning af patienter m.v.

§ 87 h. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om den udvidede behandlingsret efter dette kapitel, herunder om krav til dokumentation m.v. til aftalesygehusene, jf. § 87 g, stk. 1, og om proceduren for henvisning af patienter m.v.

### Kapitel 20 c *Voldgiftsnævn*

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

*Stk. 2.* Når der indbringes en sag for voldgiftsnævnet, udpeger ministeren for sundhed og forebyggelse til nævnet en opmand og en suppleant for opmanden. Regionerne i forening udpeger en voldgiftsmand, og sygehusene, klinikkerne m.v. udpeger en voldgiftsmand. Både opmand, suppleant og voldgiftsmænd skal have økonomisk indsigt og indsigt i sundhedsvæsenets forhold.

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

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

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

### Kapitel 23 *Oplysningspligt*

§ 90. Regionsrådet skal senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten

9. I overskriften til kapitel 23 ændres »Regionsrådets oplysningspligt« til: »Oplysningspligt«.

10. § 90, affattes således:

»§ 90. Regionsrådet skal senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten

- 1) om dato og sted for undersøgelse eller behandling,
- 2) om patienten kan tilbydes behandling inden for 1 måned efter reglerne i § 87 henholdsvis 2 måneder efter reglerne i §§ 87 a, 87 b, 87 e og 87 f,
- 3) om retten til at vælge sygehus efter §§ 86-87 b og 87 e-87 f,
- 4) om ventetiden på behandling ved regionens egne og andre regioners sygehuse samt ved de i § 79, stk. 2, nævnte private specialsygehuse m.fl.,
- 5) om, at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på de i nr. 4 nævnte sygehuse, og
- 6) om, at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter §§ 86-87 b og 87 e-87 f.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt.

**§ 144.** Der ydes tilskud til køb af receptpligtige lægemidler, som af Lægemiddelstyrelsen er meddelt generelt tilskud.

*Stk. 2.* Tilskuddet til receptpligtige lægemidler efter stk. 1 kan være betinget af, at lægemidlet ordineres med henblik på behandling af bestemte sygdomme (generelt klausuleret tilskud).

*Stk. 3.* For håndkøbslægemidler er tilskud betinget af, at lægemidlet ordineres på recept med henblik på behandling af bestemte sygdomme fastsat af Lægemiddelstyrelsen (generelt klausuleret tilskud) eller til personer, der modtager pension efter lov om social pension eller lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension m.v.

*Stk. 4.* Bestemmelsen i stk. 1 omfatter ikke generelt tilskud til vacciner, hvis formål er forebyggelse af sygdom hos raske personer

**§ 216.** Sundhedsstyrelsen iværksætter evalueringer m.v. af virksomheden i det offentlige sundhedsvæsen med henblik på at fremme kvalitetsudviklingen og en mere effektiv ressourceanvendelse i sundhedssektoren. Evalueringerne kan omfatte al-

- 1) om dato og sted for undersøgelse eller behandling,
- 2) om patienten inden for 1 måned kan tilbydes en diagnostisk undersøgelse, jf. § 79, stk. 1, 2. pkt., eller behandling efter reglerne i § 87, stk. 1, henholdsvis inden for 2 måneder kan tilbydes behandling efter reglerne i § 87 a, § 87 b, § 87 e og § 87 f,
- 3) om retten til at vælge sygehus efter §§ 86-87 b og 87 e-87 f,
- 4) om ventetiden på behandling ved regionens egne og andre regioners sygehuse samt ved de i § 79, stk. 2, nævnte private specialsygehuse m.fl.,
- 5) om, at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på de i nr. 4 nævnte sygehuse, og
- 6) om, at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter §§ 86-87 b og 87 e-87 f.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt.«

**11.** I § 144, stk. 2 og 3, indsættes efter »bestemte sygdomme«: »eller persongrupper«.

**12.** § 216 affattes således:

»§ 216. Med det formål at fremme kvalitetsudviklingen i sundhedssektoren kan Sundhedsstyrelsen iværksætte evalueringer m.v. af virksomheden i det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Evalueringerne kan omfatte alle forhold vedrørende det

le forhold vedrørende sundhedsvæsenets virksomhed.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om, at det påhviler regionsråd og kommunalbestyrelser samt de under ministeren for sundhed og forebyggelse hørende institutioner at give de for gennemførelsen af evalueringer m.v. efter stk. 1 nødvendige oplysninger, herunder oplysninger fra patientregistre og andre registre, samt regnskabs- og budgetoplysninger.

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

#### »Kapitel 20 b

*Udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne*

**§ 87 e.** Personer, der på tidspunktet for henvisning til psykiatrisk behandling er fyldt 19 år, kan vælge at blive behandlet efter bestemmelserne i §§ 87 f-87 h.

**§ 87 f.** En person, som er henvist til psykiatrisk behandling, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse eller en af de klinikker m.v., som har indgået aftale med regionsrådene efter § 87 g, stk. 1 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden 2 måneder efter at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse).

*Stk. 2.* Retten efter stk. 1 til at vælge at blive behandlet på et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden til behandling på aftalesygehuset overstiger ventetiden hertil på bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse.

**§ 87 g.** Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling efter §§ 87 e og 87 f. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse.

offentlige sundhedsvæsen og de private sygehuse og klinikkers virksomhed.

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

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

## § 2

I lov nr. 530 af 12. juni 2009, om ændring af sundhedsloven foretages følgende ændringer:

**1. § 1, nr. 1-3, ophæves.**

**§ 87 h.** Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om den udvidede behandlingsret efter dette kapitel, herunder om krav til dokumentation m.v. til aftalesygehusene, jf. § 87 g, stk. 1, og om proceduren for henvisning af patienter m.v.«

**2.** I § 90, stk. 1, nr. 2, ændres »§§ 87 a og 87 b« til: »§§ 87 a, 87 b, 87 e og 87 f«.

**3.** I § 90, stk. 1, nr. 3 og 6, indsættes efter »§ 87 b«: »og 87 e-87 f«.

### § 3

Loven træder i kraft den 1. januar 2010.

### § 4

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.