



Til lovforslag nr. L 33

Folketinget 2013-14

Betænkning afgivet af Sundheds- og Forebyggelsesudvalget den 28. november 2013

Betænkning

over

Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

(Gennemførelse af dele af direktiv 2011/24/EU om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse m.v.)

[af ministeren for sundhed og forebyggelse (Astrid Krag)]

1. Ændringsforslag

Ministeren for sundhed og forebyggelse har stillet 7 ændringsforslag til lovforslaget.

2. Udvalgsarbejdet

Lovforslaget blev fremsat den 3. oktober 2013 og var til 1. behandling den 31. oktober 2013. Lovforslaget blev efter 1. behandling henvist til behandling i Sundheds- og Forebyggelsesudvalget.

Møder

Udvalget har behandlet lovforslaget i 5 møder.

Høring

Et udkast til lovforslaget har inden fremsættelsen været sendt i høring, og ministeren for sundhed og forebyggelse sendte den 28. juni 2013 dette udkast til udvalget, jf. SUU alm. del – bilag 372 (2012-13). Den 3. oktober 2013 sendte ministeren for sundhed og forebyggelse de indkomne høringssvar og et notat herom til udvalget.

Spørgsmål

Udvalget har stillet 15 spørgsmål til ministeren for sundhed og forebyggelse til skriftlig besvarelse, som denne har besvaret.

Nogle af udvalgets spørgsmål til ministeren for sundhed og forebyggelse og dennes svar herpå er optrykt som bilag 2 til betænkningen.

Teknisk gennemgang

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har på et møde den 30. oktober 2013 givet en teknisk gennemgang af lovforslaget.

Samråd

Der er afholdt et lukket samråd med ministeren for sundhed og forebyggelse den 20. november 2013 om en drøftelse af lovforslaget, jf. samrådsspørgsmål A.

3. Indstillinger og politiske bemærkninger

Et *flertal* i udvalget (udvalget med undtagelse af EL) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* med de stillede ændringsforslag.

Dansk Folkepartis medlemmer af udvalget støtter, at borgerne i Danmark kan få den bedste hjælp. Derfor vil DF gerne sikre, at man kan få hjælpen, og hvis man ikke kan få den i Danmark, skal man kunne bruge det samme beløb på at få ydelsen/behandlingen i et andet EU-land. Derfor støtter DF lovforslaget, da intentionen er god. DF's bekymring kan være den praktiske implementering. Hvis loven skal fungere efter hensigten, må der være fokus på de hindringer, som denne lov faktisk kan have mange af. Og i praksis kommer det til at afhænge af dels ministerens vejledning til loven, dels hvordan regionerne efterfølgende implementerer reglerne. Her lægger DF vægt på ministerens svar på spørgsmål 14 til lovforslaget (optrykt som bilag til betænkningen), hvor ministeren understreger regioners og kommuners pligt til at sikre borgerne de bedst mulige patientforløb.

Liberal Alliances medlemmer af udvalget skal udtale, at LA allerede i sit valgprogram til folketingsvalget i 2011 udtrykte ønske om, at fritvalgsordningerne blev udvidet til at gælde alle anerkendte operationer i hele EU, også hvis de pågældende operationer alene var anerkendt i et andet EU-land og ikke i Danmark. Dette er et godt skridt på vejen. LA's udgangspunkt var et ønske om, at der skal være et reelt frit grænseoverskridende sygehusvalg, sådan at pengene kan følge patienten og borgerne kan få den bedst mulige behand-

ling. LA mener derfor, at det er godt, at danskere kan tage ud i Europa og få mulighed for bedre behandling, omend LA samtidig er opmærksom på, at der er en reel risiko for, at bureaukratiet vil være for stort og besværligt, så der ikke er nok, der vil få lov til at benytte sig af mulighederne. LA fremhæver endelig, at det er positivt, at folk fra andre lande kan komme til Danmark og modtage behandling mod at betale for de ydelser, der leveres.

Et *mindretal* i udvalget (EL) indstiller lovforslaget til *forkastelse* ved 3. behandling, men vil stemme for de stillede ændringsforslag.

Enhedslistens medlemmer af udvalget finder, at lovforslaget er et klart eksempel på, hvordan EU-domstolen indimellem laver ny politik, som så bliver til lovgivning i en dansk sammenhæng. Oprindeligt var sundhedspolitikken et nationalt anliggende og ikke et tema for EU, men så slog en række domme fra EU-domstolen fast, at sundhed skulle betragtes som tjenesteydelser og dermed også være et anliggende for det indre marked. EL mener ikke, at man skal betragte sundhed som en vare, som skal kunne reguleres af EU på et indre marked, hvor klassiske markeds kræfter er grundprincipperne. Ansvar for sundhedsområdet skal fastholdes i det enkelte land og skal ikke gøres til genstand for internationale overvejelser om, hvilke patientgrupper eller -typer der er profitable og skal tiltrækkes til en bestemt behandling. Forslaget rummer en potentiel skævhed ikke kun i forholdet mellem EU-landene, men også i forhold til borgerne. Hvis man som borger selv skal finde en behandling i et andet land end Danmark og også selv skal lægge ud, inden man får refunderet udgifterne til en sådan behandling – måske også selv betale for transport og ophold – er der naturligt en skævhed i, hvem det er, der dels kan overskue det, dels selv kan lægge ud for behandlingen. EL anerkender, at der ligger nogle forbedringer af patienters rettigheder i lovforslaget, hvis man kigger snævert på de danske patienter, men EL kan ikke støtte, at sundhedsområdet skal være et anliggende for det indre marked, og at EU skal regulere, hvordan samarbejdet mellem landene skal være. Derfor kan EL ikke støtte lovforslaget.

Inuit Ataqatigiit, Siumut, Sambandsflokkurin og Javnaðarflokkurin var på tidspunktet for betænkningens afgivelse ikke repræsenteret med medlemmer i udvalget og havde dermed ikke adgang til at komme med indstillinger eller politiske udtalelser i betænkningen.

En oversigt over Folketingets sammensætning er optrykt i betænkningen.

4. Ændringsforslag med bemærkninger

Ændringsforslag

Af *ministeren for sundhed og forebyggelse*, tiltrådt af *udvalget*:

Til § 1

1) Nr. 11 affattes således:

»11. I § 79, stk. 1, indsættes som 2.-4. pkt.:

»Medmindre behandling sker akut, hvor henvisning ikke kan indhentes forinden, skal personen være henvist til behandling af en læge eller tandlæge. Personen kan også være henvist af andre autoriserede sundhedspersoner eller myndigheder, når regionsrådet forinden har offentliggjort, at disse har adgang til henvisning. Regionsrådet kan endvidere efter en konkret vurdering yde sygehusbehandling til en person, der ikke er henvist til behandling, jf. 2. og 3. pkt., når omstændighederne taler derfor.«
[Henvisning til sygehusbehandling]

2) Efter nr. 13 indsættes som nyt nummer:

»01. I § 157 indsættes efter stk. 6 som nye stykker:

»Stk. 7. Sundhedsstyrelsen inddaterer en borgers køb af medicin i et andet EU/EØS-land i registeret, når styrelsen har truffet beslutning om, at der ydes tilskud til borgerens medicinkøb, jf. § 168, stk. 3.

Stk. 8. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om Sundhedsstyrelsens inddatering af oplysninger i registeret efter stk. 7.«

Stk. 7-11 bliver herefter stk. 9-13.«

[Inddatering af oplysninger i FMK om lægemidler købt i et andet EU/EØS-land, hvortil der ydes tilskud]

3) Efter nr. 15 indsættes som nye numre:

»02. I § 170 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om befordringsgodtgørelse til personer omfattet af stk. 1 og til personer, der har ret til tilskud til ydelser ved alment praktiserende læge efter § 168, stk. 1.«

Stk. 2 og 3 bliver herefter stk. 3 og 4.

03. § 170, stk. 2, 2. pkt., der bliver stk. 3, 2. pkt., affattes således:

»Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om befordringsgodtgørelse ved besøg hos speciallæge for personer omfattet af 1. pkt., personer omfattet af § 59, stk. 1, og personer, der har ret til tilskud til ydelser ved speciallæge efter § 168, stk. 1.«

04. I § 171, stk. 1, ændres »§§ 73-83 og 86-89« til: »§§ 79-83 og 86-89 a«.

05. I § 171, stk. 2, ændres »§§ 86, 87, 87 b og 87 f« til: »§§ 86, 87, 87 b, 87 f og 89 a«.

06. I § 171, stk. 3, indsættes som 2. pkt.:

»Regionsrådet yder godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af 1. pkt. og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU/EØS-lande i medfør af § 89 a.«

07. I § 171 indsættes som stk. 4:

»Stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om godtgørelse efter stk. 3.«

08. I § 172, 1. pkt., ændres »jf. § 140« til: »jf. § 140 og § 168, stk. 1.«

[Præcisering af ret til befordringsgodtgørelse]

4) Efter nr. 17 indsættes som nye numre:

»09. I § 262, stk. 1, ændres »§§ 79-83, 86, 87, stk. 1-3, 87 b, 87 f og 89« til: »§§ 79-83 og 86, § 87, stk. 1-3, og §§ 87 b, 87 f, 89 og 89 a«.

010. I § 263 ændres »§ 140« til: »§ 140 og § 168, stk. 1«.
[Konsekvensrettelser som følge af præcisering af ret til befordringsgodtgørelse]

5) Efter nr. 18 indsættes som nye numre:

»011. I § 271, stk. 1, nr. 4, ændres »eller 9« til: »eller 11«.

012. I § 271, stk. 4, ændres »§ 157, stk. 5 og 10« til: »§ 157, stk. 5 og 12«.

[Konsekvensrettelse som følge af Sundhedsstyrelsens inddatering af oplysninger i FMK]

Til § 4

6) I stk. 2, 1. pkt., indsættes efter »denne lovs § 1, nr. 9,«: »§ 157, stk. 7 og 8, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 01,«. [Bemyndigelse til at fastsætte ikrafttrædelsestidspunktet for Sundhedsstyrelsens inddatering af oplysninger i FMK]

7) I stk. 2, 2. pkt., indsættes efter »§§ 57 b-d,«: »§ 157, stk. 7 og 8,«.

[Bemyndigelse til at fastsætte ikrafttrædelsestidspunktet for Sundhedsstyrelsens inddatering af oplysninger i FMK]

B e m æ r k n i n g e r

Til nr. 1

Den foreslåede nyaffattelse af § 79, stk. 1, indebærer i forhold til det oprindelig foreslåede, at der indsættes et nyt 3. pkt. mellem de to tidligere foreslåede punktummer, hvorfor det af lovtekniske grunde er mere enkelt at nyaffatte § 79, 2.-4. pkt., samlet.

Den foreslåede ændring med det nye 3. pkt. tilsigter, at regionsrådene, når det vurderes hensigtsmæssigt, sikres mulighed for at anerkende henvisninger fra andre autoriserede sundhedspersoner og myndigheder, når regionsrådet forinden har offentliggjort, at andre autoriserede sundhedspersoner og myndigheder har adgang til henvisning.

Formålet med tilføjelsen er at sikre, at regionsrådene fortsat har mulighed for at videreføre henvisningspraksis fra andre end læger og tandlæger. Det i øvrigt beskrevne vedrørende § 79, stk. 1, herunder om regionsrådets mulighed for at afvise en henvisning, finder tilsvarende anvendelse ved dette foreslåede 3. pkt.

Den foreslåede betingelse om, at henvisningen afgrænses til at være fra andre autoriserede sundhedspersoner og myndigheder, må ses i lyset af princippet om ikkeforsøksbehandling i medfør af direktiv 2011/24/EU, hvorfor det findes hensigtsmæssigt at afgrænse kredsen af andre grupper, der kan modtages henvisninger fra. Den foreslåede betingelse om, at regionsrådet forinden skal offentliggøre, hvilke

autoriserede sundhedspersoner og myndigheder der har adgang til henvisning, tilsigter at sikre, at der for danske patienter er klarhed om, hvorfra henvisninger i det offentlige, danske sygehusvæsen accepteres, idet dette er relevant i forhold til ret til refusion for behandling i andre EU/EØS-lande efter den foreslåede § 89 a. Dette kan eksempelvis let oplyses på regionsrådets hjemmesider m.v.

Den foreslåede ændring indebærer, at den nuværende praksis, for så vidt angår henvisning på det børne- og ungdomspsykiatriske område, kan opretholdes. Henvisning af børn og unge til den regionale psykiatri foregår oftest via almen praksis (cirka halvdelen af henvisningerne), men omkring 20 pct. af henvisningerne kommer fra den pædagogisk-psykologiske rådgivning (PPR) og socialforvaltningen. Der er endvidere praksis for, at spædbørn kan henvises til børne- og ungdomspsykiatrien af sundhedsplejersker. PPR er ofte nogle af de første fagpersoner, der har kontakt til de skrøbelige eller psykisk syge børn og unge, og de spiller derfor en vigtig rolle i forhold til rådgivning og udredning. Der er dog betydelig variation fra kommune til kommune, med hensyn til hvor stor en rolle PPR spiller i forhold til visitation. Med ændringsforslaget vil det være muligt at fortsætte den hidtidige henvisningspraksis på det børne- og ungdomspsykiatriske område, det vil sige, at henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien også vil kunne ske via PPR og socialforvaltningerne i kommunerne samt af sundhedsplejersker, for så vidt angår spædbørn.

Til nr. 2

Det fremgår af sundhedslovens § 157, stk. 1, at Lægemiddelstyrelsen (nu Statens Serum Institut) er ansvarlig for at drive en elektronisk registrering af de enkelte borgers medicinoplysninger, herunder ordination, køb, udlevering, indtagelse, dosisændring, ophør og sundhedspersoners instruktioner om brug af medicin, og oplysninger, der er relateret til borgernes medicinoplysninger.

Efter § 157, stk. 6, 2. pkt., har apotekere og apotekspersonale adgang til oplysninger, der er registreret om ordinationer, når adgangen er nødvendig for ekspedition af ordinationen.

Det er vigtigt, at sundhedsfaglige personer kan have tillid til de medicinoplysninger, der er registreret om borgeren (via programmet i det Fælles Medicinkort, FMK), således at registeret er egnet til at leve op til sit formål om at være lægers redskab til at sikre kvaliteten og sikkerheden af borgerens medicinanvendelse.

Det foreslås derfor med bestemmelsen i § 157, stk. 7, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med styrelsens beslutning om, at der skal gives tilskud til en borgers køb af et lægemiddel i et andet EU/EØS-land – ud over indberetning til Det Centrale Tilskudsregister (CTR) – også foretager inddatering af borgerens medicinkøb til FMK.

Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsen alene vil inddatere medicinoplysninger og derved ikke får indblik i borgerens øvrige medicinering. For de medicinoplysninger, som Sundhedsstyrelsen inddaterer, og som det sker for al anden indberetning og anvendelse af FMK, vil der blive foretaget en

automatisk registrering (logning), hvoraf det fremgår, at det er en indberetning foretaget af Sundhedsstyrelsen

Det er vurderingen, at den foreslåede bestemmelse i § 157, stk. 7, opfylder undtagelsesbestemmelsen i § 7, stk. 5, i lov om behandling af personoplysninger, jf. lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med senere ændringer. Efter denne bestemmelse gælder forbuddet mod behandling af helbredsrelevante oplysninger ikke for personer inden for sundhedssektoren, der er undergivet tavshedspligt, hvis behandlingen er nødvendig med henblik på bl.a. patientbehandling. Denne vurdering stemmer overens med den vurdering, der blev foretaget i forbindelse med apotekers adgang til FMK i forbindelse med ekspedition af recepter på apoteket i forbindelse med det lovforslag, der dannede grundlag for bestemmelsen i sundhedslovens § 157, stk. 6 (lov nr. 1556 af 20. december 2006 om ændring af sundhedsloven m.v.).

Det foreslås endelig i § 157, stk. 8, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om Sundhedsstyrelsens inddatering af oplysninger i registeret.

Til nr. 3

Med de foreslåede ændringer af sundhedslovens kapitel 53 om befordring og befordringsgodtgørelse præciseres mulighederne for at modtage befordringsgodtgørelse, når en patient modtager behandling i andre EU/EØS-lande efter den foreslåede § 89 a og den gældende § 168, stk. 1. I tilknytning hertil tilsigtes det desuden at præcisere enkelte bestemmelser om befordring her i landet, idet disse regler anvendes parallelt med mulighederne for at modtage befordringsgodtgørelse, når en patient modtager refusion eller tilskud til behandling i andre EU/EØS-lande efter den foreslåede § 89 a og den eksisterende § 168, stk. 1.

Den foreslåede bestemmelse i § 170, stk. 2, bemyndiger således ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte nærmere regler om befordringsgodtgørelse til gruppe 1-sikrede personer ved behandling hos alment praktiserende læge her i landet samt i de situationer, hvor gruppe 1-sikrede personer måtte have ret til tilskud til ydelser ved alment praktiserende læge efter § 168, stk. 1.

Bemyndigelsen påtænkes udmøntet ved ændring af bekendtgørelse nr. 1266 af 15. december 2012 om befordring eller befordringsgodtgørelse (herefter befordringsbekendtgørelsen). Bemyndigelsen vil blive udmøntet således, at en gruppe 1-sikret person, der i dag måtte have ret til befordringsgodtgørelse i forbindelse med behandling hos den praktiserende læge, kan få tilsvarende befordringsgodtgørelse, hvor personen i medfør af sundhedslovens § 168, stk. 1, modtager tilskud fra regionsrådet til behandling hos alment praktiserende læge i et andet EU/EØS-land. Godtgørelsen vil blive ydet på samme vis, som hvor behandlingen finder sted hos den valgte læge i Danmark og således med et beløb svarende til befordringsudgiften med det efter forholdene billigste forsvarelige befordringsmiddel og forudsætter befordringsudgifter til og fra behandlingsstedet på mindst 25 kr. Godtgørelsen kan ikke overstige personens faktiske befordringsudgifter.

Med henblik på at sikre, at der fortsat ydes tilsvarende befordringsgodtgørelse og ud fra samme kriterier, vil det ved bekendtgørelse blive præciseret, at befordringsgodtgørelse fra kommunalbestyrelsen forudsætter, at behandlingen er foretaget hos den valgte læge. Den foreslåede præcisering svarer til den nuværende praksis efter § 170, stk. 1, hvoraf det fremgår, at kommunalbestyrelsen i sygdomstilfælde yder godtgørelse for nødvendig befordring til og fra alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af § 59, stk. 1, og som modtager social pension, hvis personen modtager behandling for regionens regning efter denne lov.

I visse situationer har gruppe 1-sikrede personer, som enten er bosat på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis, eller som af registreringsmæssige årsager ikke kan tilmeldes en læge, adgang til at søge behandling hos enhver alment praktiserende læge, jf. § 2, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 1238 af 5. december 2006 om behandling hos læge i praksissektoren. Med henblik på at sikre hensigtsmæssig afgrænsning af den pågældende persons valg af læge, bl.a. henset til rettigheder om grænseoverskridende sundhedsydelser i medfør af direktiv 2011/24/EU i forhold til ret til tilskud til ydelser i praksissektoren, foreslås det, at der med hjemmel i den foreslåede § 170, stk. 2, vil blive fastsat regler om, at den pågældende personkreds har ret til godtgørelse af deres befordringsudgifter som minimum svarende til befordringsudgiften til den nærmest beliggende alment praktiserende læge, der ikke er forhindret i at yde lægehjælp. Med adgang til at fastsætte nærmere regler herom vil hensynet til at sikre persongruppens ret til valg af alment praktiserende læge blive iagttaget, samtidig med at persongruppen ikke uilsigtet og uden begrænsninger kan foretage lægebesøg hos alment praktiserende læge i alle EU/EØS-lande med de potentielt uforholdsmæssigt store udgifter til godtgørelse af befordringsudgifter.

Med den foreslåede ændring af § 170, stk. 2, 2. pkt., der med forslaget bliver stk. 3, 2. pkt., foreslås det, at ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om befordringsgodtgørelse til speciallæge, som på regionsrådets regning foretages i et andet EU/EØS-land, jf. sundhedslovens § 168, stk. 1. Med den foreslåede ændring vil der i befordringsbekendtgørelsen blive fastsat bestemmelser om befordringsgodtgørelse til personer, som i medfør af sundhedslovens § 168, stk. 1, modtager tilskud fra regionsrådet til behandling hos speciallæge i et andet EU/EØS-land. Det bemærkes, at det i § 7 i befordringsbekendtgørelsen er fastlagt, at befordringsgodtgørelse til speciallæge kun ydes i forbindelse med besøg hos den speciallæge inden for vedkommende speciale, der har konsultation nærmest ved patientens opholdssted. Hvis denne speciallæge er forhindret i at yde lægehjælp, ydes der befordringsgodtgørelse til den nærmeste, som ikke er forhindret. Søger patienten fjernere beliggende speciallæge, kan der ydes befordringsgodtgørelse med det beløb, patienten havde ret til, hvis denne havde søgt den nærmest beliggende speciallæge. Denne begrænsning tilsigtes også at omfatte personer, som i medfør af sundhedslovens § 168, stk. 1, modtager tilskud fra regionsrådet til behandling hos speciallæge i et andet EU/EØS-land.

Med udgangspunkt i den i dag faste praksis foreslås desuden en tilføjelse i § 171, stk. 1, således at det præciseres, at regionsrådenes befordringsforpligtelse til sygehusbehandling til personer, der modtager pension efter de sociale pensionslove, også omfatter befordring til sygehusbehandling i andre EU/EØS-lande, som med nærværende lovforslag påtænkes reguleret i den foreslåede § 89 a.

Dette er i overensstemmelse med den nuværende praksis, hvor der ydes befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling, som foretages på regionsrådets regning i andet EU/EØS-land, svarende til befordringsudgiften til det sygehus, patienten ville være henvist til efter regionsrådets visitationskriterier. Med henblik på at kunne fastsætte nærmere regler herom som på det øvrige befordringsområde foreslås der en ændring af § 171, stk. 2, således at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om omfang og vilkår for befordringsgodtgørelse for personer, som på regionsrådets regning vælger sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land.

Det foreslåede nye punktum i § 171, stk. 3, har til formål at sikre, at regionsrådet yder befordringsgodtgørelse til befordring i ambulance eller særligt sygekøretøj (liggende befordring) til personer, der har ret til dette efter 1. pkt., og som også har ret til refusion efter § 89 a.

Med den foreslåede nye bestemmelse i stk. 4 bemyndiges ministeren til at fastsætte nærmere regler om godtgørelse efter stk. 3. Det forventes bl.a. fastsat, at godtgørelsen som minimum kan svare til befordringsudgiften til det behandlingssted i Danmark, hvortil vedkommende ville være berettiget til befordring efter gældende regler, jf. § 172, stk. 3, 1. pkt. Det forventes desuden fastsat, at godtgørelsen ydes med et beløb svarende til befordringsudgiften med det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel og ikke kan overstige personens faktiske befordringsudgifter.

Den foreslåede ændring af § 172, 1. pkt., præciserer kommunalbestyrelsens forpligtelse til at yde befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning efter endt behandling på sygehus, også hvor genoptræningen med kommunalbestyrelsens tilskud foretages i et andet EU/EØS-land. Der vil således blive ydet befordringsgodtgørelse som minimum svarende til det behandlingssted, som patienten ville være henvist til efter kommunalbestyrelsens visitationskriterier.

Til nr. 4

Den foreslåede ændring af § 262, stk. 1, er en konsekvens af den foreslåede ændring af § 171, stk. 1, således at det

Annette Lind (S) fmd. Flemming Møller Mortensen (S) Poul Andersen (S) Karen J. Klint (S) Jeppe Bruus (S)

Daniel Toft Jakobsen (S) Orla Hav (S) Camilla Hersom (RV) Marlene Borst Hansen (RV) Liv Holm Andersen (RV)

Jonas Dahl (SF) Eigil Andersen (SF) Özlem Sara Cekic (SF) Stine Brix (EL) Per Clausen (EL) Hans Andersen (V) nfm.

Martin Geertsen (V) Jane Heitmann (V) Sophie Løhde (V) Hans Christian Schmidt (V) Eyvind Vesselbo (V)

Finn Thranum (V) Liselott Blixt (DF) Jens Henrik Thulesen Dahl (DF) Karina Adsbøl (DF) Mette Hjerminde Dencker (DF)

Simon Emil Ammitzbøll (LA) Thyra Frank (LA) Benedikte Kiær (KF)

præciseres, at befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land efter den foreslåede § 89 a afholdes af opholdsregionen, som det er tilfældet i forbindelse med befordring eller befordringsgodtgørelse til øvrig sygehusbehandling.

Den foreslåede ændring af § 263 er en konsekvens af den foreslåede ændring af § 172, 1. pkt., hvorved det fastlægges, at befordringsgodtgørelse til genoptræning efter endt sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land efter regler fastsat i medfør af sundhedslovens § 168, stk. 1, afholdes af bopælskommunen, som det er tilfældet i forbindelse med befordring eller befordringsgodtgørelse til øvrig genoptræning efter endt sygehusbehandling.

Den foreslåede ændring af § 262, stk. 1, er en konsekvens af den foreslåede ændring af § 171, stk. 1, således at det præciseres, at befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land efter den foreslåede § 89 a afholdes af opholdsregionen, som det er tilfældet i forbindelse med befordring eller befordringsgodtgørelse til øvrig sygehusbehandling.

Den foreslåede ændring af § 263 er en konsekvens af den foreslåede ændring af § 172, 1. pkt., hvorved det fastlægges, at befordringsgodtgørelse til genoptræning efter endt sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land efter regler fastsat i medfør af sundhedslovens § 168, stk. 1, afholdes af bopælskommunen, som det er tilfældet i forbindelse med befordring eller befordringsgodtgørelse til øvrig genoptræning efter endt sygehusbehandling.

Til nr. 5

De foreslåede ændringer af sundhedslovens § 271, stk. 1, nr. 4, og stk. 4, som er strafbestemmelser, er konsekvensændringer af de foreslåede bestemmelser i § 157, stk. 7 og 8, om Sundhedsstyrelsens inddatering af oplysninger om borgers køb af lægemidler i et andet EU/EØS-land i FMK.

Til nr. 6 og 7

Med de foreslåede ændringer af § 4, stk. 2, bemyndiges ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte regler om ikrafttrædelsestidspunktet for Sundhedsstyrelsens inddatering af oplysninger i FMK. Ordningen forventes at træde i kraft i løbet af 2. halvår af 2014, hvor den tekniske løsning forventes at være klar.

Inuit Ataqatigiit, Siumut, Sambandsflokkurin og Javnaðarflokkurin havde ikke medlemmer i udvalget.

Venstre, Danmarks Liberale Parti (V)	47	Det Konservative Folkeparti (KF)	8
Socialdemokratiet (S)	45	Inuit Ataqatigiit (IA)	1
Dansk Folkeparti (DF)	22	Siumut (SIU)	1
Radikale Venstre (RV)	16	Sambandsflokkurin (SP)	1
Socialistisk Folkeparti (SF)	15	Javnaðarflokkurin (JF)	1
Enhedslisten (EL)	12	Uden for folketingsgrupperne (UFG)	1
Liberal Alliance (LA)	9		

Oversigt over bilag vedrørende L 33

Bilagsnr.	Titel
1	Høringssvar og høringsnotat til lovforslag om patientrettigheder
2	Slides fra den tekniske gennemgang af lovforslaget
3	Udkast til tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget
4	Revideret udkast til tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget
5	Tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget
6	Orientering om høringsmateriale vedr. udkast til bekendtgørelse om de regionale patientkontorers opgaver og funktioner, fra ministeren for sundhed og forebyggelse
7	Ændringsforslag fra ministeren for sundhed og forebyggelse
8	Udkast til betænkning
9	Korrigerende til ændringsforslag 4), fra ministeren for sundhed og forebyggelse
10	2. udkast til betænkning

Oversigt over spørgsmål og svar vedrørende L 33

Spm.nr.	Titel
1	Spm. om behandlingenens karakter, hvis andre EU/EØS landes borgere ønsker at modtage f.eks. misbrugsbehandling i Danmark, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
2	Spm. om, hvilke behandlinger i udlandet der kræver forhåndstilsagn, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
3	Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at de danske læger også kan se, hvilken medicin patienten har købt i udlandet, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
4	MFU spm., om implementeringen af EU-direktivet 2011/24/EU sker i overensstemmelse med EU-direktivet 2011/24/EU kapitel III, artikel 8, stk. 2, litra a (ii), til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
5	MFU spm. om, hvor mange behandlinger der enten er højt specialiserede eller er omkostningskrævende, men ikke begge dele, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
6	MFU spm. om, hvor længe danske patienter har kunnet modtage og få godtgjort behandling på et valgfrit hospital eller en valgfri klinik i de andre medlemsstater i EU, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
7	Spm. om, hvordan hhv. væsentlige økonomiske konsekvenser og konsekvenser for opretholdelse af et stabilt tilbud af ydelser kan være afgrænsende for de varer og tjenesteydelser, der er tilskudsberettigede, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
8	Spm. om, hvordan man i dag udmønter reglerne for adgang til eksperimentel kræftbehandling i udlandet, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå

- 9 Spm. om at sende udvalget en oversigt over de emner, der ifølge høringsnotatet vil skulle afklares i bekendtgørelser, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 10 Spm. om at sikre, at afregning af udgifter til behandling skal ske mellem regionen og det behandlingssted, som en dansk patient har søgt i udlandet, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 11 Spm. om at redegøre for, hvilke krav om vejledning på andre sprog end dansk der vil være som følge af vedtagelsen af lovforslaget, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 12 Spm. om ministerens talepapir fra det lukkede samråd den 20/11-13, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 13 Spm. om at sikre, at der i forbindelse med forhåndsgodkendelser etableres ens retningslinjer i regionerne, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 14 Spm. om at sikre, at regionernes vejledning af borgerne har som det primære formål at hjælpe borgeren til at få det bedste mulige samlede patientforløb, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 15 Spm. om at sikre, at det primære fokus i regionernes håndtering af lovens muligheder er på det gode patientforløb m.v., til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå

Oversigt over samrådsspørgsmål vedrørende L 33

**Samråds-
spm.nr.**

Titel

- A Samrådsspm. om en drøftelse af lovforslaget, til ministeren for sundhed og forebyggelse

Bilag 2

Nogle af udvalgets spørgsmål til ministeren for sundhed og forebyggelse og dennes svar herpå

Spørgsmålene og ministerens svar herpå er optrykt efter ønske fra udvalget.

Spørgsmål nr. 1:

»Kan ministeren bekræfte, at hvis andre EU/EØS landes borgere ønsker at modtage f.eks. misbrugsbehandling i Danmark, vil de udelukkende blive tilbudt den sundhedsfaglige del af behandlingen, selvom der er tale om en integreret sundhedsfaglig og socialfaglig behandling på baggrund af både sundhedsloven og serviceloven? Og vil ministeren bekræftende fald redegøre for årsagerne til dette? «

Svar:

Lægelig stofmisbrugsbehandling er en sundhedsydelse, som er omfattet af direktivet, og som personer fra andre EU/EØS-lande som følge af direktivets principper om grænseoverskridende sundhedsydelser med L 33 skal gives adgang til. Som det gælder for lovforslaget generelt, skal en stofmisbruger fra et andet EU/EØS-land betale for en sådan lægelig stofmisbrugsbehandling i Danmark.

L 33 implementerer direktivet inden for mit ressort. Dvs. i lovgivningen inden for sundhedsområdet. Efter lovforslaget kan en stofmisbruger fra fx Malmø, der udelukkende har behov for lægelig stofmisbrugsbehandling, som udgangspunkt få denne behandling fra en kommune i Københavnsområdet mod betaling.

Social-, børne- og integrationsministeren har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indledningsvist fremhævet, at EU-borgere med lovligt ophold i landet kan modtage ydelser efter serviceloven, og de vil dermed efter en konkret individuel vurdering kunne modtage social stofmisbrugsbehandling i henhold til servicelovens § 101 under samme vilkår som andre borgere.

Herudover oplyser social-, børne- og integrationsministeren, at servicelovens ydelser til stofmisbrugere, fx individuelle samtaler, gruppebehandling, socialrådgivning, social færdighedstræning m.v., ikke omfattes af patientmobilitetsdirektivet. Der henvises til, at direktivet handler om sundhedsydelser, der leveres af sundhedsprofessionelle til patienter for at vurdere, bevare eller genetablere deres sundhedstilstand, jf. artikel 3, litra a. Serviceloven retter sig derimod mod den nedsatte fysiske og især psykiske funktionsevne og sociale problemer som følge af misbruget.

Videre oplyser social-, børne- og integrationsministeren, at det er centralt for den sociale behandling, at den skal tage udgangspunkt i en helhedsorienteret og individuel indsats, som fastsættes efter en konkret, individuel vurdering af den enkelte stofmisbrugers behov. Det er således centralt, at samtlige ydelser er nøje afstemt med borgerens generelle sociale situation, herunder hidtidige livsforløb, og at afgørelsen herom træffes i den pågældendes lokale miljø.

Efter servicelovens § 141 skal kommunalbestyrelsen tilbyde at udarbejde en handleplan til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktions evne eller personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forberede de personlige udviklingsmuligheder. I vejledningen til serviceloven (vejledning nr. 1, pkt. 26) er det angivet, at det på stofmisbrugsbehandlingsområdet af flere grunde vil være hensigtsmæssigt, at der udarbejdes handleplaner for stofmisbrugerne for at opnå en sammenhængende indsats.

Som det fremgår af servicelovens § 141, stk. 3, skal der i handleplanen angives formålet med indsatsen for den pågældende borger, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen samt andre særlige forhold om boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler mv.

En del af indsatsen omfatter også en efterbehandling, dvs. en opfølgende indsats efter den primære behandling, som har til formål at sikre, at borgeren ikke falder tilbage i misbrug og følger sin behandlings-

plan. Her kan det være forskellige typer af indsatser som tilknytning til et værested, hjælp til bolig, gældsproblemer, psykiske problemer. Eller det kan være tiltag i retning mod at gå i gang med uddannelse eller beskæftigelsesrettede tilbud.

På den baggrund finder social-, børne- og integrationsministeren det heller ikke hensigtsmæssigt at udstrække direktivets principper til også at omfatte sociale foranstaltninger. Heller ikke hvor de indgår i et samspil med en anden indsats omfattet af direktivet, herunder lægelig behandling for stofmisbrug.

Jeg kan henholde mig til det af social-, børne- og integrationsministeren oplyste og bekræfte, at der konkret kan være en stærk indbyrdes afhængighed mellem den lægelige stofmisbrugsbehandling og den socialfaglige indsats på stofmisbrugsområdet.

Hvor det konkret er nødvendigt at supplere lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven med en socialfaglig indsats efter serviceloven, for at den lægelige behandling kan have positiv effekt, så kan kommunen efter lovforslaget konkret afvise at tilbyde lægelig stofmisbrugsbehandling til den pågældende patient.

Spørgsmål nr. 2:

»Hvor kan patienter læse præcise oplysninger om til hvilke behandlinger i udlandet, der kræves forhåndstilsagn, så den enkelte patient kan være sikker på at få refusion, når behandlingen er afsluttet? «

Svar:

Indledningsvis vil jeg gerne fremhæve, at det vil være mit faste råd til en patient, der ønsker behandling i andre EU/EØS-lande, at patienten inden afrejse kontakter sin region eller sin kommune, så patienten får klarhed over sin situation. Det er der mulighed for, uanset om man er forpligtet til at søge forhåndsgodkendelse eller ej.

I forhold til information om rettigheder m.v. fremgår det af lovforslaget, at Patientombuddet vil få til opgave at udarbejde generelt informationsmateriale til borgere og andre interessenter, f.eks. forsikrings-selskaber om borgernes rettigheder og forpligtelser i forbindelse med søgning og modtagelse af sundhedsydelse i udlandet, hvortil der ønskes offentligt tilskud. Endvidere skal Patientombuddet udarbejde generelt informationsmateriale om klage- og erstatningsregler målrettet udenlandske patienter, som måtte ønske behandling i Danmark m.v. Hertil kommer, at ministeriet snarest muligt efter lovforslagets vedtagelse vil opdatere ministeriets pjece »Når du er henvist til sygehus«.

I forhold til mere specifik information om, hvorvidt en sygehusbehandling er omfattet af kravet om forhåndsgodkendelse, vil dette fremgå af en liste, som Sundhedsstyrelsen udarbejder og offentliggør, og som også vil fremgå af Patientombuddets informationsmateriale. Af listen vil det i overensstemmelse med lovforslagets bemærkninger fremgå, at der skal søges om forhåndsgodkendelse, hvor

1) Sygehusbehandlingen kræver planlægning med det formål at sikre, at der i Danmark er en tilstrækkelig og vedvarende adgang til et afbalanceret udbud af behandling af høj kvalitet, eller ud fra et ønske om at styre omkostningerne og i videst muligt omfang undgå ethvert spild af økonomiske, tekniske og menneskelige ressourcer, og behandlingen indebærer enten sygehusindlæggelse mindst en nat, eller kræver brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr.

2) Behandlingen udgør en særlig risiko for patienten eller befolkningen.

3) Behandlingen ydes af en sundhedstjenesteyder, der i det enkelte tilfælde kan give anledning til alvorlig og konkret bekymring for så vidt angår kvaliteten og sikkerheden af sundhedsydelsen, med undtagelse af sundhedsydelse, der er underlagt en EU-lovgivning, der sikrer et mindsteniveau for sikkerhed og kvalitet.

Afgrænsning af området for forhåndsgodkendelse i sygehusvæsenet, jf. nr. 1, forventes at ske ved henvisning til de fastsatte specialfunktioner, jf. sundhedslovens kapitel 64. Således vil Sundhedsstyrelsens plan for den specialiserede behandling i Danmark finde anvendelse i afgrænsningen af, om der skal ansø-

ges om forhåndstilladelse til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land. Det bemærkes, at planen er inddeelt i specialevejledninger for de enkelte specialer, som alle er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Hertil kommer, at det desuden vil fremgå af Sundhedsstyrelsens liste, at sygehusbehandlinger, som indebærer hospitalsindlæggelse af patienten i mindst en nat, vil være omfattet af kravet om forhåndsgodkendelse.

Som beskrevet i lovforslaget er der desuden mulighed for at fastlægges supplerende områder, hvor sygehusbehandling vil være omfattet af kravet om forhåndsgodkendelse. Sundhedsstyrelsen er i dialog med Danske Regioner om, hvorvidt der – inden for direktivets betingelser – på nuværende tidspunkt er behov for forhåndsgodkendelseskrav på yderligere områder.

Spørgsmål nr. 3:

»Fælles Medicin Kort (FMK) er ved at være udbredt til sygehuse og praksissektor i Danmark af hensyn til kvalitet og patientsikkerhed. Det betyder, at den behandlende læge hurtigt kan få overblik over hvilken medicin, patienten bruger. Hvordan vil ministeren sikre, at de danske læger også kan se hvilken medicin, patienten har købt i udlandet? «

Svar:

Jeg er enig i, at det er vigtigt, at sundhedsfaglige personer kan have fuld tillid til oplysningerne i det Fælles Medicinkort (FMK), og at oplysningerne bliver så fyldestgørende som muligt. På den måde kan registret leve op til sit formål om at være lægers redskab til at sikre kvaliteten og sikkerheden af borgernes medicinanvendelse.

Jeg vil derfor fremsætte et ændringsforslag til L 33, hvormed der fastsættes regler om, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med behandlingen af en borgers ansøgning om tilskud til et lægemiddel købt i et andet EU/EØS-land – udover indberetning til det Centrale Tilskudsregister (CTR) – også foretager indberetning af borgerens medicinkøb til FMK for at sikre, at oplysningerne om borgernes medicinering i FMK bliver så fyldestgørende som muligt.

Spørgsmål nr. 4:

»Ministeren bedes forholde sig til, om implementeringen af EU-direktivet 2011/24/EU sker i overensstemmelse med EU-direktivet 2011/24/EU kapitel III, artikel 8, stk. 2, litra a (ii), hvor det oplyses, at »forhåndsgodkendelse kræves ved behandlinger, som kræver brug af højt specialiseret OG omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr«, når det i bemærkningerne til L33 – lovforslagets enkelte bestemmelser – i § 1, til nr. 12, står at »Omfattet af forhåndsgodkendelse vil som nævnt være specialfunktionerne, dvs. regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner«, hvor regionsfunktioner er defineret: »Ved regionsfunktioner forstås funktioner, som har en vis kompleksitet, er relativt sjældent forekommende og/ELLER kræver en del ressourcer«? «

Svar:

Som det fremgår af lovforslaget, vil der med hjemmel i den foreslåede § 89 a blive fastsat regler om, i hvilke situationer forhåndsgodkendelse er påkrævet, og kriterier for, hvorvidt et regionsråd kan afslå dette. Afgrænsning af området for forhåndsgodkendelse i sygehusvæsenet forventes at tage udgangspunkt i specialeplanens specialfunktioner, jf. sundhedslovens kapitel 64, og sygehusbehandlinger, som indebærer hospitalsindlæggelse af patienten i mindst en nat.

Således vil Sundhedsstyrelsens plan for den specialiserede behandling i Danmark finde anvendelse i afgrænsningen af, hvorvidt der skal ansøges om forhåndstilladelse til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land. Planen er inddelt i specialevejledninger for de enkelte specialer, og materialet er offentligt tilgængeligt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Omfattet af forhåndsgodkendelse vil være specialfunktionerne, dvs. regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. Ved regionsfunktioner forstås funktioner, som har en vis kompleksitet, er relativt sjældent forekommende og/eller kræver en del ressourcer, herunder f.eks. samarbejde med flere andre specialer. En regionsfunktion varetages typisk i hver region. Ved højt specialiserede funktioner forstås funktioner, som har en stor kompleksitet, og som er sjældent forekommende eller kræver mange ressourcer, f.eks. samarbejde med flere andre specialer. En højt specialiseret funktion varetages typisk 1-3 steder i landet.

Det er min opfattelse, at de af Sundhedsstyrelsen fastsatte specialfunktioner, dvs. både regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, er omfattet af direktivets krav for forhåndsgodkendelse, jf. art. 8 (2), litra a (ii).

Det vurderes altså, at sundhedsydelse omfattet af specialeplanens regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner både kræver brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur, eksempelvis specialiseret ekspertise hos det sundhedsfaglige personale, eller omkostningskrævende medicinsk udstyr, eksempelvis ift. scannere og andre apparater.

Spørgsmål nr. 7:

»Med henvisning til L 33 og ministerens svar på SUU alm. del spørgsmål 856 (2012-2013) bedes ministeren oplyse, hvordan hensyn til hhv. »Væsentlige økonomiske konsekvenser« og »Konsekvenser for opretholdelse af et stabilt tilbud af ydelser«, skal forstås. Vil ministeren angive nogle eksempler på, hvordan hhv. væsentlige økonomiske konsekvenser og konsekvenser for opretholdelse af et stabilt tilbud af ydelser kan være afgrænsende for de varer og tjenesteydelser, der er tilskudsberettigede, og vil ministeren desuden redegøre for, hvordan ministeren vil undgå, at de to hensyn fortolkes vidt forskelligt i forskellige regioner? «

Svar:

I forbindelse med mit svar af 3. september 2013 på spørgsmål nr. 856 (SUU alm. del) oplyste jeg under ad a), at danske sikrede borgere efter den gældende bekendtgørelse nr. 1098 af 19. november 2008 har adgang til tilskud efter sundhedsloven til varer og tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU/EØS-land (ydelsesbekendtgørelsen).

Bekendtgørelsen er udstedt med hjemmel i sundhedsloven på baggrund af afgørelser fra EU-domstolen.

Videre fremgår det af mit svar på spørgsmål nr. 856 (SUU alm. del), at afgrænsningen af de varer og tjenesteydelser, der er tilskudsberettigede efter ydelsesbekendtgørelsen, er fastsat med støtte i EU-domme ud fra blandt andet følgende hensyn:

- Væsentlige økonomiske konsekvenser
- Konsekvenser for opretholdelse af et stabilt tilbud af ydelser

I forbindelse med mit svar på spørgsmål nr. 856 (SUU alm. del) oplyste jeg endvidere under ad b), at i forbindelse med den danske implementering af Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser (patientmobilitetsdirektivet) er der bl.a. blevet foretaget en revurdering af, hvilke sundhedsydelser købt eller modtaget i et andet EU/EØS-land danske sikrede skal have ret til tilskud til i medfør af ydelsesbekendtgørelsen.

Dette er ligeledes beskrevet i afsnit 2.2.2.1. i de almindelige bemærkninger til L 33.

Som led i denne revurdering er der taget stilling til, om der er sundhedsydelser i sundhedsloven, som ikke skal være tilskudsberettigede for den enkelte borger, når den pågældende type sundhedsydelse leveres eller modtages i et andet EU/EØS-land.

Som led i revurderingen er der taget udgangspunkt i, at Danmark i medfør af direktivets art. 7, stk. 9, kan begrænse muligheden for at yde tilskud til sundhedsydelser modtaget eller leveret i et andet EU/EØS-land ud fra tvingende almene hensyn. Det kan f.eks. være krav til planlægningen med det formål at sikre,

at der på den pågældende medlemsstats område er en tilstrækkelig og vedvarende adgang til et afbalance- ret udbud af behandling af høj kvalitet, eller ud fra et ønske om at styre omkostningerne og i videst muligt omfang undgå ethvert spild af økonomiske, tekniske og menneskelige ressourcer

Med udgangspunkt i denne bestemmelse forventes den nye bekendtgørelse således ikke at omfatte til- skud til behandling på de odontologiske landsdels- og videnscentre af hensyn til at fastholde et tilstrække- ligt patientunderlag og erfaringsgrundlag og med henblik på at sikre, at der også fremover vil være ad- gang til en sådan specialiseret behandling af høj kvalitet i Danmark.

Jeg vil derfor ultimo 2013 udstede en ny ydelsesbekendtgørelse, hvor der er sket en betydelig udvidelse af de sundhedsydelser i primærsektoren, der er modtaget eller leveret i et andet EU/EØS-land, og som er tilskudsberettigede for borgeren.

Kommuner og regioner vil således blive forpligtede til at yde tilskud til de sundhedsydelser, der er nævnt i den kommende nye ydelsesbekendtgørelse, og som er leveret eller modtaget i andet EU/EØS- land.

Jeg kan afslutningsvis tilføje, at udviklingen følges løbende, og at der – hvor der måtte vise sig at være grundlag herfor på baggrund af ovennævnte hensyn – vil kunne ske ændringer i bekendtgørelsen i forhold til hvilke ydelser efter sundhedsloven, som købt eller leveret i et andet EU/EØS-land, der skal ydes til- skud til.

Spørgsmål nr. 9:

»Vil ministeren sende udvalget en oversigt over de emner, der ifølge høringsnotatet vil skulle afklares i bekendtgørelser? «

Svar:

I forbindelse med den danske implementering af direktiv 2011/24/EU vil der, som nævnt i bemærkning-erne til L 33, ske en række tilretninger af allerede udstedte bekendtgørelser, ligesom enkelte nye be- kendtgørelser vil blive udarbejdet.

Nedenfor er en oversigt over de bekendtgørelser, som pt. er under revision:

– Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v.

(forventes at ophæve bekendtgørelse nr. 1439 af 23. december 2012)

– Bekendtgørelse om tilskud til sundhedsydelser uden for sygehusvæsenet købt i eller leveret fra andre EU/EØS-lande

(forventes at ophæve bekendtgørelse nr. 1098 af 19. november 2008)

– Bekendtgørelse om de regionale patientkontorers opgaver og funktioner (forventes at ophæve bekendt- gørelse nr. 1750 af 21. december 2006)

– Bekendtgørelse om befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven (forventes at ophæve bekendtgørelse nr. 1266 af 15. december 2012)

– Bekendtgørelse om Lægemiddelstyrelsens elektroniske registrering af de enkelte borgeres medicino- plysninger. (forventes at ophæve bekendtgørelse nr. nr. 436 af 11. maj 2011)

– Bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren (forventes udarbejdet som ændringsbe- kendtgørelse til bekendtgørelse nr. 1238 af 5. december 2006)

– Bekendtgørelse om det Centrale TilskudsRegister (CTR) (forventes udarbejdet som ændringsbekendt- gørelse til bekendtgørelse nr. 474 af 29. april 2013)

– Bekendtgørelse om recepter (forventes udarbejdet som ændringsbekendtgørelse til bekendtgørelse nr. 361 af 23. april 2012)

Nedenfor er en oversigt over de udkast til nye bekendtgørelser, som pt. er under udarbejdelse:

- Bekendtgørelse om adgang til kommunale og regionale sundhedsydelse, der ikke er sygehusbehandling, til personer fra andre EU/EØS-lande, Færøerne og Grønland
- Bekendtgørelse om ret til ydelser i sundhedsloven til visse personer med bopæl i et andet EU/EØS-land

Foruden at der i høringsnotatet er tilkendegivet steder, hvor der på baggrund af høringssvarene er foretaget justeringer af selve lovforslaget, ses følgende punkter tilkendegivet i forhold til høringsnotatet for så vidt angår ændring af bekendtgørelser, vejledning, information m.v.:

- S. 3. Det tilkendegives, at ministeriet en kommende vejledning vil præcisere, at det som betingelse for gruppe 1-sikredes ret til tilskud til speciallægehjælp i et andet EU/EØS fortsat gælder, at henvisningen – hvis den er afgivet af en læge i det danske sundhedsvæsen – skal være afgivet af vedkommendes valgte alment praktiserende læge, hvor der stilles krav herom efter dansk ret.
- S. 5. Det tilkendegives, at ministeriet ved bekendtgørelse vil præcisere hvad kvitteringen for et lægemiddel købt i et andet EU/EØS-land skal angive, ligesom der vil blive fastsat nærmere regler for, hvad der skal medsendes ved ansøgning om tilskud til lægemidler købt i et andet EU/EØS-land.
- S. 9. Det tilkendegives, at det ved bekendtgørelse vil blive præciseret, at det er en betingelse for at få tilskud til et lægemiddel, der i Danmark har generelt klausuleret tilskud, at lægen har skrevet ”tilskud” på recepten og dermed erklæret, at patienten opfylder tilskudsklausulen for det ordinerede lægemiddel. Hertil kommer andre justeringer i forhold til samme område.
- S. 10. Det tilkendegives, at § 30, stk. 3, i bekendtgørelsen om ret til sygehusbehandling m.v. forventes præciseret således, at det bliver udgangspunktet, at henvisningskrav bliver en betingelse for refusion, som regionsrådet dog konkret kan dispensere fra.
- S. 10. Det tilkendegives, at det ved bekendtgørelse vil blive præciseret, at direktivet ikke finder anvendelse på tildeling og adgang til organer med henblik på organtransplantationer, jf. art. 3, stk. 3, litra b).
- S. 11. Det tilkendegives, at det vil blive overvejet, hvorvidt der er behov for at udbyde vilkårene for sygehusbehandling.
- S. 12. Det tilkendegives, at krav til dokumentation fra borgere fra andre EU/EØS-lande vil blive præciseret i bekendtgørelser eller vejledninger.
- S. 16. Det er tilkendegivet, at bekendtgørelsen om de regionale patientkontorers opgaver vil blive revideret.
- S. 16. Det er tilkendegivet, at Patientombuddet vil udarbejde overordnet informationsmateriale til borgere og andre interessenter. Det er desuden tilkendegivet, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vil vurdere, om der bliver behov for yderligere vejledninger, som særligt er rettet mod sundhedspersoner og patientkontorer.
- S. 20. Det er tilkendegivet, at Patientombuddet vil offentliggøre afgørelser i klagesager vedr. refusion af udgifter til behandling i et andet EU/EØS-land med henblik på at støtte opbygningen af en ensartet praksis i regioner og kommuner og med henblik på at informere patienter. Det er desuden tilkendegivet, at ministeriet vil drøfte muligheden for at offentliggøre afgørelser vedr. refusion med Danske Regioner og KL.

Jeg vil gerne benytte lejligheden til at bemærke, at det i høringsnotatet angivne naturligvis ikke er udtømmende for de ændringer, der skal gennemføres, og at det således løbende overvejes, hvorvidt der er behov for yderligere justeringer i forbindelse med implementeringen af direktiv 2011/24/EU.

Spørgsmål nr. 10:

»Vil ministeren tage initiativ til at sikre, at afregning af udgifter til behandling skal ske mellem regionen og det behandlingssted, som en dansk patient har søgt i udlandet, så man undgår, at patienter selv skal afholde udgifter til behandling i udlandet, som først kan refunderes efter behandlingen? Jf. høringssvar fra Ældresagen, Danske Patienter og Danske Handicaporganisationer.«

Svar:

Den danske implementering af direktiv 2011/24/EU indebærer, at en dansk patient, der søger behandling i et andet EU/EØS-land selv skal lægge ud for behandlingen. Jeg har ikke planer om at ændre på dette udgangspunkt, bl.a. da regionsrådet og kommunalbestyrelsen efterfølgende bør have mulighed for at påse, at patienten er berettiget til tilskud ud fra de nærmere fastsatte kriterier, som beskrevet i bemærkningerne til L 33.

De nærmere regler om refusion, herunder udbetaling m.v., forventes at fastsætte, at der for at modtage refusion skal indsendes en specificeret og kvitteret regning og oplysninger til brug for udbetalingen. Såfremt det på sigt måtte være sygehuse eller klinikker, eksempelvis i grænseregioner, der i et mere regelmæssigt omfang måtte modtage patienter fra Danmark, er jeg indstillet på at justere på reglerne i nødvendigt omfang, således at der kan udarbejdes smidige, individuelle løsninger, hvor der er behov herfor, og hvor parterne er enige herom.

Spørgsmål nr. 11:

»I høringsnotatet til L 33, fremgår det på side 15, at Danske Regioner har anført, at patienter skal kunne betjenes af bl.a. sundhedspersonale og patientkontorer på flere sprog. Samtidig oplyser ministeriet i høringsnotatet, at medlemsstaterne kan vælge at give information på andre sprog end dem, der er de officielle sprog i den pågældende medlemsstat. Vil ministeren redegøre for hvilke krav om vejledning på andre sprog end dansk, der vil være som følge af vedtagelsen af L 33? «

Svar:

De regionale patientkontorer, der sammen med Patientombuddet, får til opgave at fungere som nationale kontaktpunkter pålægges ikke med L 33 særlige forpligtelser til at yde vejledning til patienter fra andre EU/EØS-lande på andre sprog end dansk.

Jeg har dog en forventning om, at man i et vist omfang kan yde rådgivning på i hvert fald engelsk, ligesom man må formode, at der i hvert fald for så vidt angår patientkontorerne i grænseregionerne vil være et betydeligt kendskab til nabolandenes sprog.

Hvad angår sundhedspersonalets kommunikation med patienterne i en behandlingssituation kan der være behov for tolkning ligesom i dag ved behandling af patienter, der ikke behersker dansk eller et andet sprog, som personalet forstår. Der vil kunne opkræves betaling herfor.

Spørgsmål nr. 13:

»Hvordan vil ministeren sikre, at der i forbindelse med forhåndsgodkendelser etableres ens retningslinjer i regionerne? «

Svar:

Ved bekendtgørelse vil der blive fastsat nærmere regler om regionsrådenes behandling af ansøgninger om forhåndsgodkendelse, og kriterier for afslag vil fremgå heraf, hvor særligt kriteriet om, hvorvidt behandling kan leveres rettidigt af regionen vil være af betydning.

Patienterne vil kunne klage til Patientombuddet, hvis regionerne ikke meddeler forhåndsgodkendelse i tilfælde, hvor de er forpligtede til det. Som beskrevet i lovforslaget får Patientombuddet tillige til opgave at fungere som et koordinerende kontaktpunkt, bl.a. med henblik på at sikre vidensdeling på tværs af regionerne og sikre ensartet praksis m.v. Hertil kommer, at regionsrådene forventes løbende at ville udveksle erfaringer om deres praksis og retningslinjer.

Hvorvidt et regionsråd godkender en ansøgning om forhåndsgodkendelse til sygehusbehandling, vil bero på en konkret vurdering med udgangspunkt i bl.a. patientens situation og det ønskede behandlingstilbud.

Det bemærkes, at der ikke vil være regler eller retningslinjer, der hindrer regionerne i at give patienterne bedre vilkår, end det følger af reglerne og direktivet. Der vil således ikke være retningslinjer, der hindrer en region i at meddele forhåndstilsagn til refusion i tilfælde, hvor man ikke er forpligtet til det. Det mener jeg heller ikke, der bør være.

Spørgsmål nr. 14:

»Hvordan vil ministeren sikre, at regionernes vejledning af borgerne har som det primære formål at hjælpe borgeren til at få det bedst mulige samlede patientforløb? «

Svar:

Patienter, der ønsker information og vejledning om blandt andet rettigheder i forbindelse med behandling i andre EU/EØS-lande, har mulighed for dette ved de regionale patientkontorer. Hertil kommer, at Patientombuddet udarbejder generelt informationsmateriale til borgere om rettigheder m.v. i forbindelse med søgning og modtagelse af sundhedsydelse i EU/EØS-lande, hvortil der ønskes offentligt tilskud.

Jeg lægger til grund, at regionsrådene og kommunalbestyrelserne, som ved lov er forpligtet til at levere offentlige sundhedsydelser, generelt arbejder for at sikre borgerne de bedst mulige patientforløb, og jeg forventer, at dette også vil gøre sig gældende, hvor patienten eventuelt måtte have interesse for at modtage behandling i andre EU/EØS-lande.