Kopi SPOL LMK KOMSU Int kt ✓ vedl. ✓

Lis Flødstrup

Fra: Jette Vind Blichfeldt
Sendt: 10. oktober 2007 13:39
Til: Lis Flødstrup
Emne: VS: Danske Regioners bemærkninger til ændringsforslag i sundhedsloven m.fl.
Vedhæftede filer: CaseNo07-2814_#710712_v1_Danske Regioners bemærkninger til ændringsforslag i sundhedsloven m.fl..DOC

Kære Lis

Vil du distribuere dette høringssvar til Sven Erik og Lene C samt til SPOL, LMK, KOMSU og Int. kt.

Venlige hilsener
Jette
lok. 69459

Fra: Carina Bock, CBO [mailto:CBO@regioner.dk]
Sendt: 10. oktober 2007 13:26
Til: Jette Vind Blichfeldt
Cc: Flemming Nielsen; Hanne Paag; Hanne Søndergaard; Jane Kraglund; Jens Elkjær; Kirsten Nielsen; Kjeld Martinussen; Lars Kinnerup; Lars Onsberg Henriksen; lvp@rm.dk; Lone Dueholm; Maj-Britt Juhl Poulsen; Merete Lange; Morten Rand Jensen; Niels Mortensen; Per Christiansen; Peter Larsen; Simon Andersen; Svend Hartling; Trine Ravn; Region Hovedstaden; Thorkild Rotenberg, THR; Pernille Moll, PMO; Lisbeth Nielsen, LIN; Niels Knuth Federspiel, NKF; Tommy Kjelsgaard, TK
Emne: Danske Regioners bemærkninger til ændringsforslag i sundhedsloven m.fl.

Kære Jette Vind Blichfeldt

Hermed fremsendes Danske Regioners høringssvar vedr. ændringsforslag til sundhedsloven m.fl.

Med venlig hilsen

Carina Bock
Fuldmægtig
Kontoret for Sundhedspolitik

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

T 35 29 81 06
F 35 29 83 37

E cbo@regioner.dk

Officiel post bedes sendt til
regioner@regioner.dk

www.regioner.dk

IM REGSU j.nr. 2006-1200-122
10 OKT. 2007

NOTAT

DANSKE REGIONER

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Danske Regioners bemærkninger til ændringsforslag i sundhedsloven m.fl.

Danske Regioner har fået sendt udkast til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab i høring.

På grund af tidsfristen har det ikke været muligt at behandle ændringsforslagene politisk. Derfor skal Danske Regioner forbeholde sig retten til at komme med yderligere bemærkninger efterfølgende.

Med hensyn til økonomien forventes det, at regionerne kompenseres i forbindelse med de efterfølgende DUT-forhandlinger.

Udvidede udrednings- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge.

Danske Regioner finder det positivt, at psykisk syge børn og unge ligestilles med mennesker med somatiske sygdomme om ret til hurtig udredning og behandling.

Målgruppen

Målgruppen for lovforslaget er personer, som ikke er fyldt 19 år. Samtidig anbefaler Sundhedsstyrelsen, at børne- og ungdomspsykiatriens målgruppe er børn og unge i alderen op til 18 år.

Regionerne har brugt en stor del af 2007 på at udarbejde psykiatriplaner. Regionerne har i dette arbejde taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Danske Regioner finder, at lovforslaget bør følge Sundhedsstyrelsens anbefalede målgruppe for børne- og ungepsykiatrien. Alternativt vil regionerne skulle opbygge procedurer i voksenpsykiatrien til at sikre de 18-19-årige udrednings- og behandlingsret.

Henvisning

Ifølge bemærkningerne til lovforslaget kan henvisning til udredning komme fra praktiserende læge, pædagogiske og/ eller psykologiske rådgivning samt anden henvisningsinstans.

Der er i lovforslaget uklarhed om regionernes mulighed for at stille krav til dokumentationen og oplysningerne bag en given henvisning. Danske Regioner anbefaler, at der i bemærkningerne til lovforslaget optages et afsnit om dels henvisningernes oplysningsgrundlag og indhold dels kommunernes forpligtelse til at sørge herfor.

Endelig synes det med forslaget uklart, hvad "anden henvisningsinstans" kan være. Danske Regioner skal efterlyse en uddybning heraf i lovbemærkningerne.

Undersøgelse og behandling

Lovforslaget skarpe sondring mellem undersøgelse og behandling vil give problemer. Eftersom udredning og behandling i faglig sammenhæng anses for værende to forhold, der er yderst integrerede, må det anføres, at det ikke er meningsfyldt klinisk at arbejde med to forskellige garantier, da der således risikeres nogle uhensigtsmæssige brud i forløbet, der ellers ikke ville opstår.

Den forventede fastsættelse af separat takstbetaling for udredning og behandling vil samtidig risikere at skabe en uhensigtsmæssig incitamentsstruktur som bl.a. ikke belønner sammenhængende behandlingsforløb.

Det er Danske Regioners anbefaler, at indfasningen ikke skeer ved at adskilles af udredning og behandling men via at nedsætte fristen for ret til behandling f.eks. år 1: 6 måneder, år 2: 4 måneder år 3: 2 måneder.

Lovforslaget (§ 87 b stk.3) indebærer en ret for patienter, som er blevet undersøgt på et godkendt privatejet sygehus eller klinik til at blive behandlet på det pågældende sygehus eller klinik, hvis behandlingen kan tilbydes i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen. Dette indebærer, at regionernes

sygehusvæsen er frataget muligheden for at tage stilling til den pågældende patients behandlingsbehov og muligheden for behandling i regionen eller evt. i praksissektoren, men desuagtet er forpligtet til at finansiere behandlingen i privatejet sygehus eller klinik. Forslaget indebærer en risiko for overbehandling og vil kunne medføre unødige udgifter for regionerne til behandling i privat regi. Danske Regioner finder dette uhensigtsmæssigt og udgiftsdrivende.

Indfasning

Lovforslaget indfaser ret til undersøgelse og ret til behandling over 2 år. Lovforslaget bygger samtidig på en forventning om, at det børne- og ungdomspsykiatriske speciale over 2 år skal udvide sin behandlingskapacitet fra i dag at behandle ca. 1 pct. af en børneårgang til i 2009 at tilbyde undersøgelse og behandling af 1½ pct. Det svarer til en udvidelse af specialet på 50 pct. Det er Danske Regioners vurdering, at børne- og ungdomspsykiatrien vil få vanskeligt ved at imødekomme dette krav. Foreningen forslår at denne ret indfases over 3-4 år.

Godkendelse

Det fremgår af bemærkninger, at regionerne i forening har pligt til at indgå aftale med de sygehuse, klinikker mv., som ønsker det, forudsat de nødvendige faglige kompetencer er til stede. Det fremgår imidlertid ikke entydigt, hvorvidt udrednings- og behandlingsopgaverne skal ske under ansvar af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, på linie med behandlingsansvaret i den regionale behandlingspsykiatri. I forhold til de forestående indgåelse af aftaler med private udbydere bør dette afklares entydigt.

I forlængelse heraf skal Danske Regioner pointere, at ikrafttrædelsestidspunktet vil give regionerne praktiske problemer med at gennemføre de nødvendige forberedelser, og Danske Regioner forudser problemer med at få de forudsatte aftaler med privatejede sygehuse, klinikker mv., som regionerne skal henvise til, hvis undersøgelse og behandling ikke kan tilbydes, på plads inden ikrafttrædelsestidspunktet.

Danske Regioner noterer, at regionerne skal indgå aftaler med sygehuse, klinikker mv. i forening. Samtidig er der i bemærkninger vedr. aftalesygehuse formuleringer vedrørende patienternes rettigheder til at søge behandling på et aftalesygehus, selvom patientens bopælsregion ikke har en aftale med det pågældende sygehus. Det forudsættes blot, at en anden region har indgået aftale. Danske Regioner er uforstående heroverfor, da forudsætnin-

gen om at aftaler indgås af regionerne i forening ikke levner mulighed for, at regionerne enkeltvis kan indgå aftaler eller undlade at indgå aftaler.

DRG-takster i psykiatrien

Danske Regioner synes, det er betænkeligt, at der med dette lovforslag reelt sker en introduktion af DRG-takster i psykiatrien. DRG-takster har haft afgørende betydning i somatikken i en årrække, men til trods for at DRG-systemet har været anvendt i flere år og fra 2007, bruges mere vidtgående end tidligere, har systemet ikke vist sig stabilt nok til at fungere som et reelt styringsgrundlag for regioner og sygehuse. Danske Regioner ser derfor gerne, at det nuværende takstsystem og dataleveringerne fra de centrale sundhedsmyndigheder viser sig driftsikre, før et nyt takstsystem på et nyt område indføres.

Betænkeligheden forstærkes ydermere af den kendsgerning, at takster på psykiatriområdet er ubetrådt grund, ikke kun i Danmark, men i hele verdenen. Eventuelle initiativer i denne retning bør derfor ske nænsomt og med mulighed for at omgøre beslutningerne, hvis takstsystemet viser sig at give helt skæve og utilsigtede incitamenter i forhold til den psykiatriske behandling.

Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene.

Kontaktpersonordningen er en del af økonomiaftalen for 2005 mellem amterne/H:S. Regionernes fokus på behandlingskvalitet og kvalitetsudvikling omfatter patientens oplevelse af kvalitet, kontinuitet og tryghed. Regionerne arbejder derfor målrettet med kontaktpersonordningen, der i den seneste kvartalsopgørelse fra september 2007 viser en dækningsgrad på landsplan for ordningen på over 80%. For at øge dækningsgraden arbejder Danske Regioner med at præcisere kontaktpersoners ansvar og de vejledninger der beskriver ordningen. Med lovforslaget bliver dette en opgave for ministeriet, som Danske Regioner gerne bidrager til.

Danske Regioner finder intentionen i lovforslaget positiv ud fra et patientperspektiv. Danske Regioner vil anmode om, at lovforslagets udformning tager højde for de aktiviteter, der allerede er igangsat på området, og de erfaringer man har gjort sig. Det skal indledningsvis påpeges, at patienternes behov for en kontaktperson er meget varierende.

Det er derfor hensigtsmæssigt, at der efterlades rum til, at den enkelte kontaktpersons opgaver og funktioner kan afhænge af det enkelte patientforløb og dermed tilrettelægges lokalt. Det fremgår ikke af bemærkningerne til

lovforslaget, hvorvidt autoriserede sundhedspersoners delegationsret, til andet personale, er gældende. Delegation af arbejdsopgaver fritager efter gældende praksis ikke sundhedspersonen for ansvar. Det er væsentligt, at loven i denne sammenhæng understreger, at kontaktpersonen kan være direkte involveret eller medvirkende i den sundhedsfaglige ydelse.

Danske Regioner mener, at en detaljeret lovgivning på området kan fremtvinge ufleksible løsninger uden den fornødne effekt på patienternes oplevelse af kontinuitet. Det synes for eksempel i langt de fleste tilfælde ikke relevant, at personer med en eller to ambulante kontakter skal have tildelt en kontaktperson.

Ordningen kunne med fordel omfatte udvalgte patientgrupper frem for alle patienter, hvis behandling strækker sig over mere end én dag. Når ordningen omfatter alle patientgrupper, er der risiko for, at den mister afgørende fokus og relevans og derved udvandes utilsigtet. Derfor anbefaler Danske Regioner, at der fokuseres målrettet på tildeling af kontaktpersoner til udvalgte patientgrupper.

Danske Regioner anser det for vigtigt, at det løbende monitoreres, hvorvidt lovforslaget er implementeret på sygehusene. Grundlaget for opgørelserne er de nuværende IT-systemer, hvor det kan volde vanskeligheder at foretage opgørelserne af en tildelt kontaktperson 24 timer efter behandlingens påbegyndelse.

Danske Regioner anbefaler derfor, at en kontaktperson skal være tildelt senest dagen efter påbegyndt behandling eller alternativt, at dækningsgraden opgøres ud fra, hvorvidt en kontaktperson er tildelt senest dagen efter påbegyndt behandling.

I bemærkningerne til loven kan man få det indtryk, at kontaktpersonordningen skal gælde på tværs af afdelinger, dvs. at samme sundhedsperson skal bevare ansvaret for patienten, når denne for eksempel flyttes fra en kirurgisk afdeling til en medicinsk afdeling på samme hospital. Det kan volde problemer i forhold til implementeringen under den gældende hospitalsstruktur, idet ansvaret for og viden om patientens aktuelle behandling henhører hos den modtagne afdeling. Behovet for en kontaktperson er som tidligere påpeget meget varierende. Således kræves en nærmere afklaring af kontaktpersoners ansvar.

Det bør endvidere afklares, hvilket formelt ansvar for patienten, der af lovforslaget juridisk følger med at varetage rollen som kontaktperson, ud over det ansvar, der følger af kontaktpersonens formelle uddannelse og faglige ansvar. Spørgsmålet er, om kontaktpersonen kan pådrage sig ansvar for mangler i koordineringen af et patientforløbet, som kontaktpersonen ikke personligt har været direkte involveret i. Som eksempel kan nævnes det ansvar en kontaktperson på stamafdelingen har for patientens besøg på røntgenafdelingen, i laboratoriet eller lignende. (Jf. Danske Regioners notat: Kontaktpersoners ansvar).

Kontaktpersoner i psykiatrien
Lovforslagets § 90 a. stk. 3 Kontaktpersoner er autoriserede sundhedspersoner, som medvirker ved behandling af patienten.

I psykiatrien arbejder bl.a. pædagoger og socialrådgivere, der fuldt ud lever op til de i loven beskrevne formål med kontaktpersoner. Disse faggrupper kan på samme niveau som sygeplejersker og læger varetage de opgaver og funktioner, som kontaktpersonordningen kræver.

Danske Regioner anbefaler derfor, at der indføres en bemærkning vedr. dette i loven.

Derudover er der en række bemærkninger til detaljerne i lovforslaget:
Det er uklart, hvornår patienten skal tildeles en kontaktperson. Er det efter § 90 a, hvor der står, at patienten skal tilbydes en kontaktperson, når behandlingsforløbet strækker sig over mere end én dag eller er det efter § 90 a, stk. 2, hvor der står senest 24 timer "efter behandlingens påbegyndelse"? (jf. problematikken vedr. opgørelse af kontaktpersonordningen i de eksisterende it-systemer).

Vedr. punkt 3.2.2. Baggrund m.v.: Der er uoverensstemmelse mellem den måde dækningsgradens retningslinier opgøres på og den konkrete ordlyd i lovforslaget. Lovforslaget siger (stk. 2): Regionsrådet skal mundtligt og skriftligt oplyse patienten om kontaktpersonens navn og funktion senest 24 timer efter behandlingens påbegyndelse. Ifølge dækningsgraden er retningslinierne: At der ved indlæggelse er udpeget en kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen. Der vil forekomme forløb, hvor indlæggelsestidspunktet og behandlingens påbegyndelse ikke vil være det samme tidspunkt.

Ligeledes står der i lovforslaget: Regionsrådet tilbyder en eller flere kontaktpersoner til en patient, der modtages til behandling på regionens sygehuse, hvis behandlingsforløbet strækker sig over mere end en dag.

- Det er uklart, hvorvidt mere end en dag skal tolkes som sammenhængende dage – er det muligt, at mere end én dag kan tolkes som værende to eller flere usammenhængende dage?
- Det er også uklart, hvordan ambulante besøg betragtes i denne sammenhæng, især i relation til ordlyden i dækningsgradens retningslinier, hvor der står anført "*At der for ambulante patienter med mere end et ambulant besøg er udpeget en kontaktperson*".

I relation til dækningsgradens retningslinier, er det uklart, indenfor hvilken tidsperiode mere end et ambulant besøg betragtes som ét behandlingsforløb.

Af lovforslaget fremgår det ikke, hvordan der skal ageres, hvis patienten ikke ønsker en tilbudt kontaktperson. Det bør i denne forbindelse tydeliggøres, om patienten kan afvise den konkrete kontaktperson eller funktionen. Hvis patienten kan afvise funktionen, ses der vanskeligheder i den måde eksempelvis den psykiatriske behandling er organiseret på, idet den bygger på, at enhver patient har en kontaktperson inden for plejepersonalet og en ansvarlig læge, og hvis patienten kan afvise en konkret person, hvordan skal hospitalerne så forholde sig til det.

Det fremgår af punkt 4 (de økonomiske konsekvenser), at merudgifter til indførelse af kontaktpersoner for alle patienter under indlæggelse og i ambulant forløb vil medføre en merudgift på 20 mio. kr. Danske Regioner tager forbehold for de økonomiske virkninger for regionerne af lovforslaget.

Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne.

Danske Regioner finder helt overordnet, at lovforslaget lægger op til en fornuftig arbejdsdeling mellem de generelle, sundhedsmæssige behandlingstilbud i praksissektoren i regionerne og de lokale, kommunale tilbud om træning m.v. til ældre og handicappede. Der er valgt en løsning, som fjerner mulige incitamenter til "kassetænkning" og samtidig sikrer sammenhæng mellem behandlingstilbuddene i sundhedssektoren. Med den udtalte grad af valgfrihed sikres det også, at patientens behov og ønsker sættes i centrum, ligesom valgfrihed skaber rum for en sund konkurrence mellem tilbuddene i praksissektoren og i regioner og kommuner. Denne konkurrence kan potentielt bidrage til at øge fokus på patienternes ønsker og behov og sætte patienten i centrum.

Danske Regioner er især enig i, at den almindelige fysioterapi med egenbetaling fastholdes i praksissektoren under regionernes myndighedsansvar. Almindelig fysioterapi indgår i det samlede patientforløb og skal ses i sammenhæng med de øvrige behandlingstilbud i sygehus- og praksissektoren. Når fysioterapipraksis bevares i regionalt regi på linje med den øvrige praksissektor sikres samtidig, at den proces i retning af øget faglig udvikling og kvalitetssikring af praksissektoren bl.a. via øget brug af IT og implementering af Den Danske Kvalitetsmodel, som er påbegyndt og planlagt til at finde sted i de kommende år, også kommer til at omfatte de klinikker, som drives af praktiserende fysioterapeuter.

Danske Regioner kan også tilslutte sig, at myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi overgår til kommunerne. Det giver både faglig og økonomisk god mening at samle ansvaret for vederlagsfri vedligeholdelsestræning af handicappede og personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne på samme myndighed, ligesom der kan være en synergi for kommunerne i at få medansvar for den indsats, der ydes i fysioterapipraksis. Danske Regioner vil prioritere højt at bidrage til at få etableret og konsolideret det samarbejde mellem regioner og kommuner bl.a. via sundhedsaftaler, som bliver en forudsætning for fortsat vellykket drift og udvikling af det samlede fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren.

Dog finder Danske Regioner, at ændringen forudsættes gennemført med meget kort varsel, der ikke levner megen tid til forberedelse af omlægningen.

Danske Regioner finder det derfor afgørende for en smidig gennemførelse af ændringen, at kommunerne forpligtes til meget hurtigt at tage konkret stilling til arbejdsdeling, samarbejdsstruktur m.v. efter overtagelsen af nye opgaver vedrørende vederlagsfri fysioterapi, samt om deres eventuelle ønsker m.h.t. regionens varetagelse af afregningsfunktionen for vederlagsfri fysioterapi på kommunens vegne.

Det bør endvidere hurtigst muligt afklares, om der fortsat skal varetages en kontrolfunktion vedrørende ydelsesniveauet i den vederlagsfri fysioterapi, og i givet fald hvem der skal varetage den, og om tidligere besluttede højestegrænser fortsat vil have gyldighed.

Ydermere efterspørges en tilkendegivelse om, hvorledes de kompetencer, der i fysioterapioverenskomsten er tillagt de regionale samarbejdsudvalg, skal håndteres for så vidt angår den vederlagsfrie fysioterapi, herunder bl.a.

behandling af serviceklager. I lovforslagets bemærkninger s. 19 indiceres, at man forestiller sig et fælles samarbejdsudvalg mellem regioner, kommuner og fysioterapeuter.

På praksisområdet er der med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) etableret en konstruktion, hvor de tre offentlige parter: staten, kommunerne og regionerne, har ansvaret for at gennemføre de overenskomstforhandlinger, der regulerer praksissektoren.

Danske Regioner finder, at det af hensyn til sammenhæng og koordination i behandlingen af en patient er nødvendigt med et lokalt samarbejde mellem region og kommuner i regionen. Derudover er det hensigtsmæssigt, at der på interesseorganisationsniveau – altså Danske Regioner og KL – er sikret samarbejde om planlægning, koordination og udvikling af den samlede praksissektor. På den baggrund er Danske Regioner enig i, at det fortsat bør være RLTN, der indgår overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkår for de pågældende ydelser. Den foreslåede model, hvor beslutninger, der vedrører vederlagsfri fysioterapi, giver KL's medlemmer i nævnet 3 stemmer hver, synes fornuftig, idet det fremover vil være KL, der skal afholde samtlige udgifter til behandlingen af patienter, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi.

Lovforslaget er uklart med hensyn til placering af planlægningskompetencen på fysioterapiområdet. I det omfang opgaverne skal varetages af de samme praktiserende fysioterapeuter, må planlægningen af henholdsvis vederlagsfri og tilskudsberettiget fysioterapi nødvendigvis skulle være tæt koordineret. Lovforslagets bemærkninger s. 18 indicerer, at kommunerne selvstændigt skal kunne regulere antallet af ydernumre til vederlagsfri fysioterapi. Dette forekommer uigennemtænkt i forhold til overenskomstens nuværende planlægningsbestemmelser, og der synes ikke at være intention om at ændre disse

Danske Regioner finder, at kommunernes mulighed for at vælge at lade den vederlagsfri fysioterapi varetage i kommunale institutioner, indebærer risiko for, at praktiserende fysioterapeuter i nogle kommuner efterlades med en betydelig overkapacitet, hvilket kan medføre stigende aktivitet for den tilskudsberettigede fysioterapi. Dette kan helt eller delvis opvejes af den udvidede adgang til vederlagsfri fysioterapi for patienter med forudsigeligt tab af funktionsevne, men kun hvis denne behandling i de samme områder placeres hos praktiserende fysioterapeuter. Der vil være behov for at følge udviklingen på området tæt. Der kan i nogle kommuner vise sig behov for at

reducere kapaciteten hos praktiserende fysioterapeuter. Det bør i lovforslaget tages højde herfor, således at kommuner, der i betydeligt omfang vælger selv at varetage den vederlagsfri fysioterapi, tillægges et medansvar for de økonomiske konsekvenser af at gennemføre en kapacitetsreduktion hos praktiserende fysioterapeuter.

For så vidt angår økonomien er det angivne estimat vedrørende regionernes administrative udgifter til varetagelse af praksisområdets fysioterapi opgjort for området som helhed. Danske Regioner skal dog gøre opmærksom på, at administrationen af fysioterapiområdet er tilrettelagt som en helhed, og at administration af den tilskudsberettigede fysioterapi ikke kan varetages for en forholdsmæssig del af de nuværende udgifter. Bl.a. vil udgiften til drift af IT-systemer, statistikudarbejdelse m.m. langt fra blive forholdsmæssigt reduceret.

Vedrørende den nye gruppe patienter i "den 3. vej":

Danske Regioner savner endvidere ministeriets stillingtagen til, om den nye gruppe patienter med progressiv sygdom, som kan modtage vederlagsfri fysioterapi primært i form af holdtræning, også skal kunne henvises til ridefysioterapi.

Danske Regioner finder det rimeligt ud fra et administrativt synspunkt, at den nye gruppe patienter i udgangspunktet kan henvises til holdtræning, og at der stilles krav om en undtagelsesredegørelse såfremt patienten henvises til individuel, vederlagsfri behandling i begrænset omfang.

I øvrigt skal opmærksomheden henledes på en misvisende formulering i bemærkningernes afsnit 3.3.2, 5. afsnit, hvor "funktionsevnen" bør erstattes af "funktionsevnetabet".

Præcisering af hjemmel til at kræve, at enkelttilskud til håndkøbslægemiddel betinges af, at lægemidlet ordineres på recept.

Danske Regioner har ingen bemærkninger til dette ændringsforslag.

Medicinprofilen.

Danske Regioner er positive overfor, at der med lovforslaget skabes rammer for etablering af et opdateret, enstrenget informationsgrundlag for den enkelte borgers medicinanvendelse. Lovforslaget skaber mulighed for integrering af medicinprofilens oplysninger i de elektroniske journalsystemer i begge sektorer, hvilket må anses som en nødvendig betingelse for informationernes anvendelse i daglig praksis. Det er vigtigt, at systemet udarbejdes,

så det kan håndtere de særlige krav, der er vedr. dosisdispensering. Fx skal systemet kunne håndtere seponeringsrecepter, når et lægemiddel ikke længere skal dosispakkes til borgeren.

Lovforslaget indeholder en bemyndigelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet til at opstille formkrav til indberetninger i Medicinprofilen. Danske Regioner forventer i lighed med tidligere at blive inddraget i udarbejdelsen af disse formkrav til fremsendelse og indholdet af elektroniske recepter m.v.

Bemyndigelse til at fastsætte regler om alkoholmisbrugeres mulighed for at vælge imellem alkoholbehandlingstilbud.
Danske Regioner har ingen bemærkninger til dette ændringsforslag.

Præcisering af kredsen af sundhedspersoner, der er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn og Patientklagenævnets kompetence.
Danske Regioner har ingen bemærkninger til dette ændringsforslag.

Autoriserede sundhedspersoners adgang til frivillig indskrænkning af virksomhedsområde.
Danske Regioner har ingen bemærkninger til dette ændringsforslag.

Lægers ret til ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer med stofmisbrug
Danske Regioner har ingen bemærkninger til dette ændringsforslag.