

**Forslag
til
Lov om ændring af sundhedsloven**

(Præcisering af delegationsbestemmelser, private ambulanceberedskaber, befordringsordninger, diæter m.v. til medlemmer af patientinddragelsesudvalg, personkreds i sundhedshuse m.v., offentliggørelse af påbud om sundhedsmæssige krav)

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014, som ændret ved § 1 i lov nr. 1536 af 27. december 2014, lov nr. 1537 af 27. december 2014, § 1 i lov nr. 542 af 29. april 2015, § 6 i lov nr. 523 af 29. april 2015 og § 7 i lov nr. 742 af 1. juni 2015 foretages følgende ændringer:

1. I § 87, stk. 4, ændres "Regionsrådene i forening" til: "Danske Regioner".

2. I § 87 indsættes efter stk. 4 som nyt stykke:

"Stk. 5. Regionsrådene kan bemyndige Danske Regioner til på deres vegne at indgå aftaler med privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet efter stk. 4."

Stk. 5 bliver herefter stk. 6.

3. I § 87 i, stk. 1, ændres "regionsrådene i forening" til: "Danske Regioner".

4. I § 87 i, stk. 2, 2.pkt., ændres "Regionerne i forening" til: "Danske Regioner".

5. § 169 affattes således:

"§ 169. Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om regionsrådenes tilrettelæggelse af den præhospitale indsats, herunder ambulanceberedskabet."

6. I § 169 indsættes som stk. 2 og 3:

"Stk. 2. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om ambulancers bemanning, udstyr og indretning, herunder regler for uddannelse af ambulancemandskabet.

Stk. 3. Sundheds- og ældreministeren kan i særlige tilfælde dispensere fra regler fastsat i medfør af stk. 1 og 2. Ministeren kan fastsætte nærmere vilkår for dispensationen."

7. I § 170, stk. 1, ændres "i sygdomstilfælde godtgørelse for nødvendig befordring" til: "befordring eller befordringsgodtgørelse".

8. I § 170, stk. 2., ændres befordringsgodtgørelse" til: "befordring og befordringsgodtgørelse".

9. I § 170, stk. 3, 1. pkt., ændres "i sygdomstilfælde godtgørelse til de i stk. 1 nævnte personer for nødvendig befordring" til: "befordring eller befordringsgodtgørelse til de i stk. 1 nævnte personer".

10. I § 170, stk. 3, 2. pkt., ændres "befordringsgodtgørelse" til: "befordring og befordringsgodtgørelse".

11. Efter § 171, stk. 1, indsættes som nyt stykke:

"Stk. 2. Regionsrådet yder befordring eller befordringsgodtgørelse til personer, som er henvist til diagnostisk undersøgelse på sygehus, jf. § 79, til brug for udredning hos alment praktiserende læge, jf. § 60, eller hos praktiserende speciallæge, jf. § 64."

Stk. 2 - 4 bliver herefter stk. 3 - 5.

12. I § 171, stk. 2, der bliver stk. 3, indsættes efter "sygehusbehandling": "og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge"

13. I § 171, stk. 3, der bliver stk. 4, indsættes efter "sygehusbehandling": "og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge".

14. I § 171, stk. 4, der bliver stk. 5, ændres "stk. 3" til "stk. 4".

15. Efter § 204, stk. 3, indsættes som nyt stykke:

"Stk. 4. Regionsrådet kan beslutte at yde diæter, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og udgiftsgodtgørelse efter reglerne i § 16 a i lov om kommunernes styrelse til medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene. Et medlem af patientinddragelsesudvalgene er ikke forpligtet til at modtage diæter, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste eller udgiftsgodtgørelse, der ville tilkomme den pågældende efter 1. pkt."

Stk. 4 bliver herefter stk. 5.

16. § 205 a, stk. 1, affattes således:

"§ 205 a. Regionsrådet kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1 og 2, klinikker, der leverer almen medicinske ydelser efter udbud, jf. § 227, stk. 3, andre leverandører af sundhedsydelser m.v. og til brug for udførelse af kommunale sundhedsydelser."

17. § 205 b, stk. 1, affattes således:

"§ 205 b. Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1 og 2, klinikker, der leverer almen medicinske ydelser efter udbud, jf. § 227, stk. 3, andre leverandører af sundhedsydelser m.v. og til brug for udførelse af regionale sundhedsydelser."

18. I § 215 b, indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:

"Stk. 3. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler for sygehuse, klinikker, praksis eller lignende om offentliggørelse af Sundhedsstyrelsens afgørelser efter stk. 1."

19. I § 262, stk. 1, 1. pkt., indsættes efter "§ 89 a": "og til diagnostiske undersøgelser efter §§ 82 a og 86, § 89, stk. 1, og § 89 a."

20. I § 272, stk. 2, indsættes som 2. pkt.:

"Sundhedsstyrelsen kan ligeledes i forskrifter om offentliggørelse af afgørelser, der udstedes i medfør af § 215 b, stk. 3, fastsætte bestemmelser om straf i form af bøde for overtrædelse af bestemmelserne i forskriften."

§ 2

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. juli 2016.

Stk. 2. § 215 b, stk. 3, i sundhedsloven som affattet ved denne lovs § 1, nr.18, finder tilsvarende anvendelse for afgørelser, der er truffet før den 1. juli 2016, og som fortsat er gældende, når de administrative forskrifter udstedt af Sundhedsstyrelsen træder i kraft.

§ 3

Stk. 1. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Lovens § 1, nr. 18 og 20 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Indledning

- 1.1. Lovforslagets baggrund og formål
 - 1.1.1. Delegationskompetence til aftaleindgåelse under det udvidede fri sygehusvalg
 - 1.1.2. Regler for private ambulanceberedskaber, som ikke er en del af regionernes præhospitale beredskab
 - 1.1.3. Præcisering af sundhedslovens befordringsordninger
 - 1.1.3.1. Befordring til egen læge og praktiserende speciallæge
 - 1.1.3.2. Myndighedsansvar for befordring til diagnostiske undersøgelser
 - 1.1.4. Diæter m.v. til medlemmer af patientinddragelsesudvalgene
 - 1.1.5. Udvidelse af personkredsen i sundhedshuse
 - 1.1.6. Offentliggørelse af påbud om sundhedsmæssige krav

2. Hovedpunkter

- 2.1. Delegationskompetence til aftaleindgåelse under det udvidede fri sygehusvalg
 - 2.1.1. Gældende ret
 - 2.1.2. Overvejelser og forslag
- 2.2. Regler for private ambulanceberedskaber, som ikke er en del af regionernes præhospitale beredskab
 - 2.2.1. Gældende ret
 - 2.2.1.1. Sundhedsstyrelsens tilsyn
 - 2.2.1.2. Patienterstatning
 - 2.2.2. Overvejelser og forslag
 - 2.2.2.1. Sundhedsstyrelsens tilsyn
 - 2.2.2.2. Patienterstatning
- 2.3. Præcisering af sundhedslovens befordringsordninger
 - 2.3.1. Gældende ret
 - 2.3.1.1. Befordring til egen læge og praktiserende speciallæge
 - 2.3.1.2. Myndighedsansvar for befordring til diagnostiske undersøgelser
 - 2.3.2. Overvejelser og forslag
 - 2.3.2.1. Befordring til egen læge og praktiserende speciallæge
 - 2.3.2.2. Myndighedsansvar for befordring til diagnostiske undersøgelser
- 2.4. Diæter m.v. til medlemmer af patientinddragelsesudvalgene
 - 2.4.1. Gældende ret
 - 2.4.2. Overvejelser og forslag
- 2.5. Udvidelse af personkredsen i Sundhedshuse
 - 2.5.1. Gældende ret
 - 2.5.2. Overvejelser og forslag
- 2.6. Offentliggørelse af påbud om sundhedsmæssige krav
 - 2.6.1. Gældende ret
 - 2.6.1.1. Det generelle tilsyn og påbud til offentlige og private sygehuse m.v.
 - 2.6.1.1.1. Baggrunden for hjemmel til påbud til behandlingssteder omfattet af sundhedslovens § 215 b
 - 2.6.1.1.2. Betingelser for påbud til behandlingssteder omfattet af sundhedslovens § 215 b
 - 2.6.1.1.3. Påbud til behandlingssteder omfattet af sundhedslovens § 215 b som forvaltningsretlig afgørelse
 - 2.6.1.1.4. Offentliggørelse af påbud til behandlingssteder omfattet af sundhedslovens § 215 b
 - 2.6.1.1.5. Hjemmel til straf for manglende efterlevelse af påbud til behandlingssteder

- 2.6.1.2. Øvrige regler om offentliggørelse af tilsynssager og klagesager
- 2.6.1.2.1. Tilsyn med kosmetiske behandlingssteder, private sygehuse, klinikker og praksis samt plejehjem m.v.
- 2.6.1.2.2. Individtilsynet
- 2.6.1.2.3. Kritik til sundhedsvæsenet eller sundhedspersoner
- 2.6.2. Overvejelser og forslag
- 2.6.2.1. Offentliggørelse af påbud til offentlige og private sygehuse m.v. om sundhedsmæssige krav
- 2.6.2.2. Persondata
- 2.6.2.3. Straf
- 3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige**
- 4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.**
- 5. Administrative konsekvenser for borgerne**
- 6. Miljømæssige konsekvenser**
- 7. Forholdet til EU-retten**
- 8. Hørte myndigheder og organisationer**
- 9. Sammenfattende skema**

1. Indledning

Alle borgere i Danmark skal kunne have tillid til, at der er lige adgang til en hurtig og ordentlig behandling. En af forudsætningerne for dette er, at de myndigheder, der har ansvaret for de mange forskelligartede opgaver, der hver især bidrager til et velfungerende sundhedsvæsen, skal have klare regler at administrere ud fra. Klare regler giver gennemsigtighed for både borgere og myndigheder, og gennemsigtighed giver tillid.

Med lovforlaget præciseres regionernes mulighed for at delegere kompetencen til at indgå aftaler med private sygehuse, klinikker m.v. om varetagelse af behandling under det udvidede fri sygehusvalg til Danske Regioner. Endvidere tydeliggøres i sundhedsloven den hidtidige praksis, hvorved der med udtrykket "regionsrådene i forening" menes Danske Regioner.

Med lovforslaget udvides hjemmelen til at fastsætte regler for regionernes ambulanceberedskab til også at omfatte private ambulanceberedskaber, som ikke er en del af regionernes præhospitale beredskab.

Det foreslås desuden, at der etableres hjemmel til, at regionsrådene kan yde diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste og øvrig udgiftsgodtgørelse til medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene.

Endvidere foreslås det, at personkredsen, der kan bebo de lokaler og leje det udstyr, som regioner og kommuner kan tilvejebringe og udleje efter bestemmelserne i sundhedslovens §§ 205 a - 205 c, udvides, bl.a. med henblik på at sikre leverance af sundhedsydelser af høj faglig kvalitet til borgere i alle egne af landet og effektiv udnyttelse af ledig kapacitet.

Endvidere præciseres kommunernes mulighed for at yde befordring til patienter til egen læge eller til praktiserende speciallæge som alternativ til befordringsgodtgørelse, og det foreslås – i overensstemmelse med den mest udbredte praksis – udtrykkeligt at fastsætte, at det er regionernes ansvar at yde befordring eller godtgørelse af udgifter til befordring til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge.

Herudover foreslås, at Sundhedsstyrelsen i sundhedsloven bemyndiges til at fastsætte regler om, at offentlige eller private sygehuse m.v. skal offentliggøre påbud om sundhedsmæssige krav, jf. sundhedslovens § 215 b, stk. 1.

Det er fundet hensigtsmæssigt at fremsætte disse ændringer samlet i et lovforslag, idet der med forslagene bliver bedre muligheder for både borgere og myndigheder for at navigere på sundhedsområdet.

Følgende dele af lovforslaget er genfremsættelse af lovforslag nr. L 127 (FT 2014-2015), der som følge af udskrivelse af valg til Folketinget ikke blev 3. behandlet:

- Delegationskompetence til aftaleindgåelse under det udvidede fri sygehusvalg.
- Præcisering af sundhedslovens befordringsordninger.
- Offentliggørelse af påbud om sundhedsmæssige krav

De enkelte forslag gennemgås nærmere nedenfor.

1.1. Lovforslagets baggrund og formål

1.1.1. Delegationskompetence til aftaleindgåelse under det udvidede fri sygehusvalg

Efter § 87, stk. 1, i sundhedsloven, som ændret ved lov nr. 1401 af 23. december 2012, kan personer, som er henvist til sygehus, vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, en af de klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 2 måneder efter, at patienten er udredt, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter. Når personen er henvist til behandling af alvorlig sygdom, er fristen 1 måned.

Videre kan personer, som har fået tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus, jf. § 87, stk. 3, vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis regionsrådet ændrer datoen.

Retten til udvidet frit sygehusvalg gælder også for personer, der er henvist til en diagnostisk undersøgelse til brug for udredning hos alment praktiserende læger eller praktiserende speciallæger, hvis bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde den diagnostiske undersøgelse ved sine sygehuse eller samarbejds-sygehuse. Denne ret indtræder også i forbindelse med diagnostiske undersøgelser til brug for speciallæger i Team Danmarks sportsmedicinske team i forbindelse med behandling af indplacerede eliteidrætsudøvere i Team Danmark, jf. 82 a.

§ 87, stk. 4, i sundhedsloven, som ændret ved lov nr. 1401 af 23. december 2012 om ret til hurtig udredning i sygehusvæsenet og differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg m.v., fastlægger, at 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 og § 82 a.

Siden det udvidede fri sygehusvalgs indførelse i 2002 har det været forventet og velkendt, at aftalerne med de private sygehuse m.v. bliver indgået af Danske Regioner (tidligere Amtsrådsforeningen) på vegne af regionsrådene/amtsrådene i forening.

Adgang til at delegere en offentlig myndighedsopgave til en privat forening bør imidlertid have en klar hjemmel i lovgivningen. Folketingets Ombudsmand har i forbindelse med en konkret sag rejst spørgsmål om hjemlen til, at Danske Regioner indgår de omhandlede aftaler. På den baggrund foreslås det præciseret, at regionsrådene kan bemyndige Danske

Regioner til på deres vegne at indgå aftaler med private sygehuse, klinikker m.v. i overensstemmelse med hidtidig praksis.

Det foreslås endvidere, at udtrykket regionsrådene i forening konsekvent ændres til "Danske Regioner" med det formål at tydeliggøre en årelang praksis i sundhedsloven.

1.1.2. Regler for private ambulanceberedskaber, som ikke er en del af regionernes præhospitale beredskab

I forbindelse med større arrangementer som fx hestevæddeløb, sportsarrangementer, udendørs koncerter m.v., indgår arrangørerne undertiden aftale med private ambulanceberedskaber om at være til stede med en bemandet ambulance. Arrangørerne ønsker på den måde hurtigt at kunne stille hjælp til rådighed for deltagere i arrangementet, hvis uheldet skulle være ude. Disse private ambulanceberedskaber er ikke omfattet af de regler, som gælder for ambulanceberedskaber stillet til rådighed som led i regionernes præhospitale beredskab.

På baggrund af en konkret sag, har Sundheds- og Ældreministeriet overvejet, hvordan det kan sikres, at en person, som modtager hjælp fra et sådant privat ambulanceberedskab, også får en hjælp, som lever op til de standarder mht. uddannelse m.v., som er kravet for offentlige ambulancer.

Det foreslås på den baggrund, at sundhedslovens § 169 ændres med henblik på, at der kan fastsættes regler for private ambulanceberedskaber, som ikke er en del af regionernes præhospitale beredskab. Det foreslås, at der kan fastsættes regler om ambulancernes bemanning, udstyr og indretning samt om ambulancemandskabets uddannelse. Det foreslås samtidigt, at der fastsættes bestemmelse om, at ministeren i særlige tilfælde kan dispensere fra bestemmelserne fastsat i medfør af § 169, stk. 1 og 2.

1.1.3. Præcisering af sundhedslovens befordringsordninger

1.1.3.1. Befordring til egen læge og praktiserende speciallæge

Efter sundhedsloven ydes befordring eller godtgørelse af udgifter til befordring til visse patientgrupper til sygehusbehandling samt genoptræning efter endt sygehusbehandling. De nærmere regler herom er fastsat i bekendtgørelse om befordring og befordringsgodtgørelse.

I medfør af sundhedslovens § 170, stk. 1 og 2, yder kommunalbestyrelsen godtgørelse af udgifter til befordring til alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge. Der er efter bestemmelsens umiddelbare ordlyd ikke mulighed for i stedet for godtgørelse at tilbyde befordring, f.eks. ved offentlige trafikselskaber eller private virksomheder.

I forbindelse med sygehusbehandling og genoptræning kan det enkelte regionsråd eller den enkelte kommunalbestyrelse derimod vælge, om det/den selv befordrer patienten eller yder godtgørelse af patientens egne befordringsudgifter.

I forlængelse heraf har mange kommunalbestyrelser også valgt at tilbyde befordring til patienter til praktiserende læge og speciallæge, og KL har derfor udtrykt ønske om præcisering af retstilstanden på området.

På denne baggrund præciserer lovforslaget kommunalbestyrelsernes mulighed for at yde befordring til alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge.

1.1.3.2. Myndighedsansvar for befordring til diagnostiske undersøgelser

Kommunalbestyrelsen yder godtgørelse af udgifter til befordring til alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge, mens regionsrådet yder befordring eller godtgørelse af udgifter til befordring til sygehusbehandling. Regionsrådene har gennem årene i vidt omfang ydet befordring eller godtgørelse af udgifter til befordring til diagnostiske undersøgelser, som finder sted på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge efter reglerne om befordring til sygehus.

Fsva. befordring til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge kan der opstå tvivl, om hvorvidt ansvaret herfor påhviler regionen eller kommunen. Med lovforslaget foreslås det – i overensstemmelse med den mest udbredte praksis – fastsat udtrykkeligt i sundhedslovens § 171 (som et nyt stk. 2), at det påhviler regionsrådet at yde befordring eller godtgørelse af udgifter til befordring til diagnostiske undersøgelser på sygehus, som gennemføres til brug for udredning hos alment praktiserende læge, jf. § 60, eller hos praktiserende speciallæge, jf. § 64.

1.1.4. Diæter m.v. til medlemmer af patientinddragelsesudvalg

Med en ændring af sundhedsloven i 2013 skal der i hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som systematisk skal inddrages i drøftelsen af emner, der ligger inden for praksisplanerne for almen praksis' emneområder. Udvalget kan i øvrigt drøfte og kommentere emner, som udvalget finder, er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

Patientinddragelsesudvalgene består i hver region af 8 medlemmer, som udpeges blandt repræsentanter fra Danske Patienter, Danske Handicaporganisationer, Regionsælderrådet og Ældre Sagen. Der har fra såvel repræsentanter fra de nævnte foreninger som fra regional side været efterspurgt hjemmel til, at medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene kan ydes diæter, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og i et vist omfang også yderligere udgiftsgodtgørelse. På den baggrund foreslås det i loven at etablere hjemmel til at yde diæter m.v. som efterspurgt af foreningerne og regionerne.

1.1.5. Udvidelse af personkredsen, der kan bebo sundhedshuse m.v.

Efter de gældende bestemmelser i sundhedslovens § 205 a kan regionsrådet tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227 i sundhedsloven, og til brug for udførelse af kommunale sundhedsydelser. Kommunalbestyrelsen kan efter bestemmelsen i sundhedslovens § 205 b ligeledes tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, og til brug for udførelse af regionale, ambulante sygehusydelser.

I nogle egne af landet har det vist sig vanskeligt at fylde de sundhedshuse, som er etableret i henhold til bestemmelserne i sundhedslovens §§ 205 a og 205 b, med de grupper af sundhedsprofessionelle m.v., herunder særligt alment praktiserende læger, der virker efter overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1. Det foreslås derfor at udvide den personkreds, der kan bebo de lokaler, som regioner og kommuner stiller til rådighed, til også at omfatte f.eks. sundhedsprofessionelle uden ydernummer, f.eks. tandteknikere, bandagister, ergoterapeuter m.fl.

1.1.6 Offentliggørelse af påbud om sundhedsmæssige krav

I 2014 vedtog Folketinget ændringer af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed på baggrund af forslag fremsat af ministeren for sundhed og forebyggelse om offentliggørelse af Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter fra tilbagevendende lovbestemte tilsyn (lov nr. 519 af 26. maj 2014).

Med disse ændringer blev Sundhedsstyrelsen bemyndiget til at fastsætte regler, hvorefter private sygehuse og klinikker, hvor der udføres lægelig patientbehandling, private klinikker, hvor der udføres kosmetisk behandling, samt plejehjem m.v. forpligtes til på deres hjemmeside og på behandlingsstedet at offentliggøre Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter fra de tilbagevendende lovbestemte tilsyn.

Formålet med disse ændringer var at øge gennemsigtigheden på disse områder og at sikre patienter et veloplyst grundlag i forbindelse med valg af privat sygehus, kosmetisk behandlingssted eller plejehjem m.v. Herved sikredes ensartede regler for offentlighedens adgang til oplysninger om resultaterne af Sundhedsstyrelsens tilbagevendende lovbestemte tilsyn.

Under Folketingets behandling af ovennævnte forslag tilkendegav ministeren for sundhed og forebyggelse i den kommende folketingssamling at ville fremsætte lovforslag om, at offentlige og private sygehuse, der får påbud af Sundhedsstyrelsen om opfyldelse af sundhedsmæssige krav, skal offentliggøre disse samtidig med Sundhedsstyrelsens offentliggørelse (svar på spørgsmål 2 (SUU L 126 (FT 2013-2014))).

Med udgangspunkt i tilsvarende overvejelser om øget gennemsigtighed og ønsket om at sikre et veloplyst grundlag i forbindelse med valg af offentligt eller privat sygehus m.v. foreslås det, at Sundhedsstyrelsen bemyndiges til administrativt at fastsætte nærmere regler om, at et sygehus, en klinik, en praksis eller lignende, der i henhold til sundhedslovens § 215 b får et påbud om opfyldelse af nærmere bestemte sundhedsmæssige krav, skal offentliggøre påbuddet på sin hjemmeside og gøre det umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet.

2. Hovedpunkter

2.1. Delegationskompetence til aftaleindgåelse under det udvidede fri sygehusvalg

2.1.1. Gældende ret

§ 87, stk. 4, i sundhedsloven, som ændret ved lov nr. 1401 af 23. december 2012 om ret til hurtig udredning i sygehusvæsenet og differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg m.v., fastlægger, at "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 § 87, stk. 1 og 3 og § 82 a.

Regionsrådene har forvaltet denne bestemmelse på en sådan måde, at Danske Regioner fremstår og må betragtes som egentlig aftalepart på vegne af de fem regioner. I standardkontrakten for aftaleindgåelse under det udvidede fri sygehusvalg med de private sygehuse, klinikker m.v. lægges det til grund, at Danske Regioner er aftalepart, som bl.a. har en række kompetencer og forpligtelser, ligesom det generelt er Danske Regioner, der som aftalepart skal orienteres om forhold af betydning for kontrakten.

Bestemmelsen i sundhedslovens § 87, stk. 4, indebærer, at aftaler med private sygehuse, klinikker m.v. om varetagelse af behandling af patienter, som er henvist til sygehus og omfattet af udvidet frit sygehusvalg, skal indgås mellem på den ene side den pågældende

private aktør og på den anden side alle fem regionsråd "i forening", det vil sige som én samlet part.

Der er hverken i gældende eller tidligere lovbestemmelser eller i den administrative regulering i bekendtgørelse taget eksplicit stilling til, hvad der forstås ved "regionsrådene i forening", eller til regionsrådenes mulighed for at delegere kompetencen til at indgå aftaler til en privat forening, herunder Danske Regioner.

Af § 5 g i lov nr. 143 af 25. marts 2002 om ændring af lov om sygehusvæsenet, som indførte det udvidede fri sygehusvalg og dermed de daværende amtsråds forpligtelse til at indgå aftaler med private sygehuse og klinikker m.v. om varetagelsen heraf, fremgår følgende: "Amtskommunerne 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...". Af bemærkningerne til det fremsatte lovforslag fremgår ingen nærmere stillingtagen til de daværende amtsråds adgang til at delegere kompetencen til at indgå disse aftaler til en privat forening – dengang Amtsrådsforeningen – idet det af bemærkningerne vedr. den offentlige aftalepart alene fremgår, at "Det foreslås, at aftaleparten fra det offentlige side bliver amtskommunerne og H:S i fællesskab."

Det er imidlertid Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at det allerede dengang var forståelsen, at amtskommunerne i forening i praksis betød Amtsrådsforeningen.

Af de efterfølgende ændringslove og af forarbejderne hertil fremgår, at det i hvert fald siden 2006 har stået klart, at aftaler under det udvidede frie sygehusvalg indgås af Danske Regioner på vegne af de fem regionsråd.

Således fremgår det f.eks. af afsnit 2.3 i bemærkningerne til forslaget til lov nr. 1556 af 20. december 2006, at "regionsrådene i forening - i praksis Danske Regioner - 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 [...]".

2.1.2. Overvejelser og forslag

Det generelle forvaltningsretlige udgangspunkt er, at delegation af myndighedskompetence til private kræver lovhjemmel, også selvom der som med Danske Regioner er tale om en privat forening, som har offentlige myndigheder som medlemmer.

Folketingets Ombudsmand har i forbindelse med en konkret sag rejst spørgsmål om hjemlen til, at Danske Regioner indgår de omhandlede aftaler.

Regeringen finder, at en opretholdelse af gældende praksis vil sikre en fortsat samling af viden og ekspertise på området samt forhindre en spredning af sagsbehandlingen på fem enheder.

Lovforslaget har derfor til hensigt at tilvejebringe et sikkert lovgrundlag for, at de fem regionsråd kan bemyndige Danske Regioner til på deres vegne at indgå aftaler med private sygehuse, klinikker m.v. om behandling af patienter under det udvidede fri sygehusvalg.

Delegation af denne kompetence til at indgå aftaler med private sygehuse og klinikker m.v. om behandling af patienter under det udvidede fri sygehusvalg forudsætter således, at de fem regionsråd i forening vælger at delegere denne kompetence til Danske Regioner.

Borgernes samt de private sygehuses, klinikkens m.v. retstilling er uændret med forslaget. Der foretages derfor hverken ændringer i private sygehuses, klinikkens m.v. ret til at indgå

aftale med regionerne under det udvidede fri sygehusvalg eller i borgernes ret til i forbindelse med overskridelse af behandlingsfristen, jf. sundhedslovens § 87, stk. 1 og 2, at vælge behandling på et aftalesygehus.

Videre foretages der heller ikke ændringer i borgernes klageadgang over regionsrådets afgørelse om udvidet frit sygehusvalg, jf. § 6, nr. 4, i klage- og erstatningsloven, jf. lovbe- kendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011.

Lovhjemlen er i det foreliggende tilfælde nødvendiggjort af, at regionsrådene har pligt og de private udbydere ret til, at der indgås en aftale om behandling af patienter under det udvidede fri sygehusvalg, hvorfor der i forhold til de private udbydere er tale om udførelse af en myndighedsopgave.

Danske Regioner udfører også andre opgaver på vegne af regionsrådene. I disse situationer er det således ikke forudsat, at private kan have ret til at indgå en aftale. Der er derfor med aftaleindgåelsen ikke tale om myndighedsudøvelse, men derimod ageren på et privat marked, hvorfor der ikke er behov for hjemmel til delegation.

2.2. Regler for private ambulanceberedskaber, som ikke er en del af regionernes præhospitale beredskab

2.2.1. Gældende ret

Efter sundhedslovens § 169 kan ministeren fastsætte nærmere regler om regionsrådenes tilrettelæggelse af den præhospitale indsats og ambulancetjeneste, herunder regler for uddannelse af ambulancemandskabet.

Disse regler er fastsat i bekendtgørelse nr. 1150 af 9. december 2011 om planlægningen af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale mv. (ambulancebekendtgørelsen).

Ifølge bestemmelserne i ambulancebekendtgørelsen skal ambulancen bemannes med mindst to personer. Heraf skal en person have gennemgået uddannelsen til ambulancebehandler eller tilsvarende uddannelse. I øvrigt skal ambulancemandskabet have gennemgået uddannelsen til ambulanceassistent.

Bekendtgørelsen fastsætter endvidere bestemmelser om uddannelsen til ambulanceassistent, ambulancebehandler og ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner).

I bekendtgørelsen er fastsat bestemmelser om ambulancernes indretning og udrustning, herunder at ambulancerne skal indrettes og udstyres, så man kan yde den i bekendtgørelsen anførte ambulancehjælp.

Disse regler omfatter **alene** ambulanceberedskaber, som stilles til rådighed for regionernes præhospitale beredskab. Der er således ikke fastsat regler om indretning, udstyr og bemanning for ambulanceberedskaber, når disse ikke indgår i en regions præhospitale beredskab.

2.2.1.1. Sundhedsstyrelsens tilsyn

Sundhedsstyrelsen fører både et generelt tilsyn og et individtilsyn på sundhedsområdet.

Ifølge sundhedslovens § 213 skal Sundhedsstyrelsen som led i det generelle tilsyn følge sundhedsforholdene og holde sig orienteret om den til enhver tid værende faglige viden

på sundhedsområdet. Sundhedsstyrelsen kan som led i pligten til at følge med i sundhedsforholdene afgive vejledende udtalelser om, hvad der i en bestemt henseende inden for sundhedsområdet er gældende ret eller foreligger pligt til. I medfør af det generelle tilsyn kan Sundhedsstyrelsen varetage hensyn til patientsikkerheden i forhold til risikovirksomheder og risikoområder.

Det er tvivlsomt, om privat ambulancevirksomhed, der ikke er en del af det præhospitale beredskab, er omfattet af Sundhedsstyrelsens generelle tilsyn.

Ifølge sundhedslovens § 215 om individtilsyn fører Sundhedsstyrelsen tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet. Det følger endvidere af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 med senere ændringer, at autoriserede sundhedspersoner er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn efter sundhedslovens § 215.

Alle autoriserede sundhedspersoner, der udøver patientbehandling, og disses medhjælp, samt persongrupper uden sundhedsfaglig autorisation, der udøver patientbehandling inden for sundhedsvæsenet, er således omfattet af Sundhedsstyrelsens individtilsyn. Der er både i sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed fastsat nærmere regler om Sundhedsstyrelsens muligheder for at iværksætte tilsynsforanstaltninger over for personer omfattet af individtilsynet.

Ambulancepersonale uden sundhedsfaglig autorisation, der udfører ambulancearbejde, der ikke er en del af det præhospitale beredskab, og som ikke handler efter lægelig delegation, er ikke omfattet af Sundhedsstyrelsens individtilsyn.

Ifølge sundhedslovens § 215 b kan Sundhedsstyrelsen, hvis de sundhedsmæssige forhold på et sygehus, i en klinik, i en praksis eller lignende kan bringe patientsikkerheden i fare, give påbud til disse. Der kan i påbud opstilles sundhedsmæssige krav til den pågældende virksomhed eller gives påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.

Det er forudsat, at påbudshjemlen i sundhedslovens § 215 b i hvert fald kan anvendes til at sikre, at de forhold, som Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med, jf. bl.a. sundhedslovens § 213 og 215, udføres patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.

I det omfang privat ambulancevirksomhed ikke er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn efter sundhedslovens § 213 eller § 215, vil Sundhedsstyrelsen heller ikke have mulighed for at give påbud til denne virksomhed, jf. sundhedslovens § 215 b.

2.2.1.2. Patienterstatning

Patienter, som kommer til skade inden for det danske sundhedsvæsen, kan i visse tilfælde få erstatning efter patienterstatningsordningen for både fysisk og psykisk behandlingsskade.

Dækningsområdet for patienterstatningsordningen er fastsat i § 19 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Det følger af § 19, stk. 1, nr. 2, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, at der ydes erstatning efter reglerne i lovens kapitel 3 til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign., som er foretaget af sundhedspersoner og andet personale som led i den præhospitale indsats efter sundhedsloven.

Af § 29, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet følger, at pligt til at yde erstatning efter lovens kapitel 3 har driftsansvarlige for offentlige sygehuse og den præhospitale indsats efter sundhedsloven.

Skader sket i forbindelse med behandling m.v. i privat ambulanceberedskab, som ikke virker efter aftale med regionsrådet, er ikke omfattet af patienterstatningens dækningsområde.

2.2.2. Overvejelser og forslag

På baggrund af en konkret sag er det overvejet, hvordan det kan sikres, at den person, som modtager hjælp fra et privat ambulanceberedskab, også får en hjælp, som lever op til den standard mht. uddannelse m.v., som er kravet for offentlige ambulancer.

Det foreslås ved § 1, nr. 6, med en ny bestemmelse i § 169, at sundheds- og ældreministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om ambulancers bemanning, udstyr og indretning, herunder regler for uddannelse af ambulancemandskabet. Disse regler skal være gældende for alle ambulancer uanset, om de varetager opgaver for regionernes præhospitale beredskab eller for private.

Bemyndigelsen vil bl.a. blive anvendt til at fastsætte bestemmelser om ambulancers bemanning, udstyr og indretning, samt uddannelse af ambulancemandskabet svarende til de bestemmelser, som gælder i dag for offentlige ambulancer.

En særlig problemstilling i forhold til ambulanceberedskaber, som ikke indgår i regionernes præhospitale beredskab er, at mandskabet ikke nødvendigvis kender regionens visitationsretningslinjer og derfor kan have vanskeligt ved at indbringe patienten til det rigtige sygehus. En sådan fejl disponering mht. valg af sygehus vil betyde, at der går længere tid, inden patienten kommer under behandling på sygehuset.

Bemyndigelsen vil derfor blive anvendt til at fastsætte en bestemmelse om, at i det omfang et ambulanceberedskab varetager opgaver, som ikke udføres for et regionsråd, og som kan indbefatte behov for akut indlæggelse af en patient uden forudgående lægelig visitation, skal det tilstedeværende ambulancemandskab forud for opgavens påbegyndelse være bekendt med den pågældende regions visitationsretningslinjer samt have aftalt det nærmere samarbejde med regionens præhospitale leder. En sådan bestemmelse findes for så vidt angår afholdelse af motorløb på bane, jf. § 13 i bekendtgørelse nr. 659 af 11. juni 2010 om afholdelse af motorløb på bane.

Nogle private ambulancefirmaer, som ikke indgår i en regions præhospitale beredskab, har bemalet deres køretøjer og klædt personalet, således at såvel køretøj som personale kan forveksles med regionens ambulancer og ambulancepersonale. Dette kan indgive befolkningen en falsk tryghed, når udstyr og personale ikke opfylder ambulancebekendtgørelsens regler. Det overvejes derfor også i medfør af bemyndigelsen at præcisere, at det er en forudsætning for at benytte betegnelsen ambulance, at køretøj og bemanning opfylder bekendtgørelsens bestemmelser.

Der er ikke i dag fastsat en særlig hjemmel til at dispensere fra regler fastsat i medfør af § 169. Praksis har imidlertid vist, at der fra tid til anden har været behov for i konkrete tilfælde at dispensere fra regler fastsat i medfør af § 169. Der foreslås derfor en præcisering af hjemmelsgrundlaget for dispensation, således at der indsættes en bestemmelse om, at sundheds- og ældreministeren i særlige tilfælde bemyndiges til at dispensere fra regler

fastsat i medfør af § 169, stk. 1 og 2. Ministeren foreslås bemyndiget til at fastsætte nærmere vilkår for dispensationen.

2.2.2.1. Sundhedsstyrelsens tilsyn

Når der som noget nyt inden for sundhedsområdet fastsættes offentligretlige regler, der også skal gælde for privat ambulancevirksomhed, der ikke er en del af det præhospitale beredskab, ændres grundlaget for vurdering af, om denne type virksomhed er undergivet Sundhedsstyrelsens generelle tilsyn, jf. sundhedslovens § 213.

Med de regler for privat ambulancevirksomhed, der ikke er en del af det regionale præhospitale beredskab, der herefter vil blive udstedt i henhold til lov, fastsættes der almindeligt gældende forskrifter for, hvilke betingelser inden for sundhedsområdet det offentlige stiller til udøvelsen af denne type virksomhed. Udøveren af privat ambulancevirksomhed, der ikke er en del af det regionale præhospitale beredskab, forpligtes herefter ud fra hensynet til patientsikkerheden til at opfylde en række nærmere bestemte krav.

Det er således herefter Sundheds- og Ældreministeriets vurdering, at privat ambulancevirksomhed bliver omfattet af Sundhedsstyrelsens generelle tilsyn, og at Sundhedsstyrelsen som led i pligten til at følge med i sundhedsforholdene kan afgive vejledende udtalelser om, hvad der i en bestemt henseende i forhold til de regler, der vil blive fastsat på området, er gældende ret eller foreligger pligt til.

Endvidere vil Sundhedsstyrelsen i forhold til virksomheder, der udøver privat ambulancevirksomhed, som bliver omfattet af de nye regler, kunne give påbud, jf. sundhedslovens § 215 b, i det omfang betingelserne i øvrigt er opfyldt.

2.2.2.2. Patienterstatning

Den foreslåede ændring i lovforslagets § 1, nr. 6, medfører ikke, at skader sket i forbindelse med behandling m.v. i privat ambulanceberedskab omfattes af patienterstatningens dækningsområde som anført i § 19, stk. 1, nr. 2, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Denne bestemmelse skal ikke fortolkes udvidende, da den alene omfatter den præhospitale indsats fastsat efter de gældende regler i sundhedsloven, hvilket vil sige regionsrådets præhospitale indsats.

Dette skal sammenholdes med ordlyden af § 29, stk. 1, nr. 2, hvorefter det er den *driftsansvarlige*, der er erstatningsansvarlig for skader sket i den præhospitale indsats. Med *driftsansvarlig* er traditionelt tænkt på regioner og kommuner – og ikke private firmaer.

Sundheds- og Ældreministeriet overvejer p.t., om patienterstatningens dækningsområde skal udvides. Spørgsmålet om skader sket i forbindelse med behandling m.v. i privat ambulanceberedskab fremover skal omfattes af dækningsområdet, vil derfor indgå i den samlede analyse af mulig udvidelse af dækningsområdet samt finansieringen heraf.

2.3. Præcisering af sundhedslovens befordringsordninger

2.3.1. Gældende ret

Efter sundhedsloven ydes befordring eller befordringsgodtgørelse til visse patientgrupper til alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge, sygehusbehandling samt genoptræning efter endt sygehusbehandling.

2.3.1.1. Befordring til praktiserende læge og praktiserende speciallæge

I medfør af sundhedslovens § 170 yder kommunalbestyrelsen i sygdomstilfælde godtgørelse til visse patientgrupper for udgifter til befordring til alment praktiserende læge, jf.

stk. 1, og praktiserende speciallæge, jf. stk. 3, 1. pkt. Efter bestemmelsens ordlyd har kommunalbestyrelsen dermed ikke mulighed for selv at varetage befordringen af patienterne til egen læge eller praktiserende speciallæge. De nærmere regler herom er fastsat i medfør af sundhedslovens § 170, stk. 2 og stk. 3, 2. pkt., som er udmøntet i bekendtgørelse nr. 959 af 29. august 2014 om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven (herefter: befordringsbekendtgørelsen).

I forbindelse med sygehusbehandling og genoptræning efter endt behandling på sygehus yder hhv. regionsrådet og kommunalbestyrelsen, jf. sundhedslovens §§ 171 og 172, enten befordring eller befordringsgodtgørelse til visse patientgrupper.

Det enkelte regionsråd eller den enkelte kommunalbestyrelse kan dermed selv vælge, om det/den selv befordrer patienten eller yder godtgørelse af patientens befordringsudgifter til og fra behandling.

I flere kommuner er det dog allerede gældende praksis at tilbyde befordring til patienter til praktiserende læge og speciallæge.

2.3.1.2. Myndighedsansvar for befordring til diagnostiske undersøgelser

Kommunalbestyrelsen yder, jf. sundhedslovens § 170, stk. 1 og 3, godtgørelse af udgifter til befordring til alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge, mens regionsrådet, jf. sundhedslovens § 171, stk. 1, yder befordring eller godtgørelse af udgifter til befordring til sygehusbehandling. Regionsrådene har gennem årene i vidt omfang ydet befordring eller godtgørelse af udgifter til befordring til diagnostiske undersøgelser, som finder sted på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge efter reglerne om befordring til sygehus.

Fsva. befordring til diagnostiske undersøgelser kan der opstå tvivl, om ansvaret herfor påhviler regionen eller kommunen, og der er derfor behov for en præcisering af sundhedslovens regler herom.

2.3.2. Overvejelser og forslag

2.3.2.1. Befordring til praktiserende læge og praktiserende speciallæge

Regeringen ønsker at understøtte regelforenkling og mere fokuseret ressourceanvendelse i den offentlige sektor. Befordring er i mange tilfælde både den for borgeren letteste og den for kommunalbestyrelsen mest omkostningseffektive måde at yde befordring på.

Sundhedslovens bestemmelser om, at kommunalbestyrelserne kun har mulighed for at yde godtgørelse af udgifter til befordring til praktiserende læge er uensartet i forhold til hjemlen til regionernes og kommunernes muligheder og forpligtelser i forbindelse med hhv. sygehusbehandling og genoptræning efter endt behandling på sygehus. Denne situation skaber – både for borgerne og for kommunalbestyrelserne – uklarhed om hjemmelsgrundlaget.

Kommunalbestyrelserne har allerede mulighed for at yde befordring til genoptræning efter endt sygehusbehandling. Kommunalbestyrelsernes mulighed for at også at yde befordring til praktiserende læger og praktiserende speciallæger understøtter således ovenstående målsætning, da det skaber mulighed for øget samkørsel og reduktion af evt. tomgangskørsel samt for fælles udbud til trafikelskaber eller private virksomheder til varetagelsen af opgaven.

Forskellen forekommer udelukkende historisk betinget, som følge af, at ordningen i forlængelse af selve adgangen til praktiserende læge og speciallæge frem til lov om offentlig sygesikrings ikrafttræden i 1973, jf. lov nr. 311. af 9. juni 1971, var organiseret i sygekasser, som refunderede medlemmers udgifter, herunder befodringsudgifter.

Derfor foreslås en tilføjelse til sundhedslovens § 170, som skaber en udtrykkelig lovhjemmel til kommunalbestyrelsernes mulighed for enten at tilbyde befodrning eller godtgørelse af udgifter til befodrning til praktiserende læge og praktiserende speciallæge.

Den enkelte kommunalbestyrelse har selv mulighed for at vælge, hvorvidt den vil efterkomme sine befodringsforpligtelser til praktiserende læge eller praktiserende speciallæge i form af selv (evt. gennem offentlige trafikskaber eller private virksomheder) at tilbyde befodrning mellem patientens bopæl og den praktiserende læge eller praktiserende speciallæge.

Formuleringerne i sygdomstilfælde og nødvendig befodrning, som fremgår af sundhedslovens § 170, stk. 1 og stk. 3, 1 pkt., er i øvrigt overflødige, da den kommunale forpligtelse til at yde befodringsgodtgørelse indbefatter alle tilfælde, hvor gruppe 1-sikrede patienter, der er omfattet af sundhedslovens § 59, stk. 1, og som modtager social pension, modtager lægehjælp i praksissektoren på regionsrådets regning efter sundhedsloven. For at præcisere gældende ret udgår de to formuleringer derfor af de nævnte bestemmelser.

Forslaget indebærer ikke ændringer i, hvilke målgrupper der er berettiget til befodrning, eller på hvilke vilkår befodrningen i øvrigt ydes, hvis kommunalbestyrelsen vælger at yde befodrning i stedet for godtgørelse.

Der foretages ikke ændringer i patienternes adgang til i medfør af § 5, nr. 9, i klage- og erstatningslov (lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011) at påklage kommunalbestyrelsens afgørelse vedr. befodrning eller befodringsgodtgørelse til Patientombuddet.

Sundhedslovens § 170, stk. 2 og stk. 3, 2. pkt., som bemyndiger sundheds- og ældreministeren til at fastsætte nærmere regler om godtgørelse af udgifter til befodrning (og med lovændringen også befodrning) til alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge vil med lovændringen også blive udmøntet i de nødvendige konsekvensrettelser af bekendtgørelse om befodrning og befodringsgodtgørelse efter sundhedsloven, således at bestemmelserne i denne også hjemler mulighed for, at kommunalbestyrelsen yder enten befodrning eller befodringsgodtgørelse.

Ved anvendelse af fritvalsordningerne til alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge vil der fortsat, jf. befodringsbekendtgørelsens § 4, stk. 2 og § 7, kun kunne ydes godtgørelse svarende til den nærmest beliggende læge eller speciallæge, som ikke er forhindret i at yde lægehjælp. Dette princip ligger ligeledes i forlængelse af principperne bag sundhedslovens befodringsordninger i forbindelse med fritvalsordningerne til sygehus og genoptræning efter endt sygehusbehandling.

2.3.2.2. Myndighedsansvar for befodrning til diagnostiske undersøgelser

Regionsrådene har gennem årene i vidt omfang tilbudt befodrning eller godtgørelse af udgifter til befodrning til diagnostiske undersøgelser efter reglerne om befodrning til sygehus. Eftersom ydelsen er fysisk placeret på sygehusene, finder regeringen det mest hensigtsmæssigt at fastholde denne praksis.

Der foreslås på den baggrund udtrykkeligt at fastsætte i sundhedslovens § 171, (som et nyt stk. 2), at det - i overensstemmelse med den mest udbredte praksis - påhviler regions-

rådet at yde befordring eller godtgørelse af udgifter til befordring til diagnostiske undersøgelser, der finder sted på sygehus, men som anvendes til brug for udredning i praksissektoren.

2.4. Diæter m.v. til medlemmer af patientinddragelsesudvalg

2.4.1. Gældende ret

Med en ændring af sundhedsloven i 2013 (Lov nr. 904 af 4. juli 2013) skal der, jf. sundhedslovens § 204, stk. 3, i hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget systematisk inddrager i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer. Udvalget kan i øvrigt drøfte og kommentere emner, som udvalget finder, er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud. Sundhedslovens § 204, stk. 4, bemyndiger sundheds og ældreministeren til at fastsætte nærmere regler om bl.a. patientinddragelsesudvalgene.

Ovenstående bemyndigelsesbestemmelse er udmøntet i bekendtgørelse nr. 257 af 19. marts 2014 om patientinddragelsesudvalg. Medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene, som i hver region består af 8 medlemmer, udpeges blandt repræsentanter fra Danske Patienter, Danske Handicaporganisationer, Regionsældrerådet og Ældre Sagen. Funktionsperioden for udvalgets medlemmer følger kommunalbestyrelsernes og regionsrådet valgperiode. Regionen tager initiativ til, at der udpeges medlemmer til udvalget. Regionen tager endvidere initiativ til, at de udpegede medlemmer indkaldes til et konstituerende møde i udvalget. Udvalget forestår herefter selv tilrettelæggelsen og afholdelsen af møder i resten af funktionsperioden. Regionsrådet sekretariatsbetjener og stiller mødefaciliteter til rådighed for udvalget. Der afholdes møde mindst 1 gang om året, eller når mindst 1 af udvalgets medlemmer fremsætter begæring herom.

Regelkomplekset (lov og bekendtgørelse) vedrørende patientinddragelsesudvalgene indeholder ikke hjemmel til, at der kan ydes diæter, tabt arbejdsfortjeneste m.v. til medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene. Med en ændring af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (lov nr. 546 af 6. juni 2007 om ændring af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område), blev der etableret hjemmel til, at medlemmerne af ældrerådene, som er oprettet i henhold til denne lov, kan modtage diæter m.v. Det fremgår af § 31, stk. 3, i lov om retssikkerhed og administration, at kommunalbestyrelsen yder diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste og udgiftsgodtgørelse efter reglerne i § 16 a i lov om kommunernes styrelse til ældrerådets medlemmer. Det fremgår af § 31, stk. 4, at et medlem af rådet ikke er forpligtet til at modtage diæter eller udgiftsgodtgørelse, der tilkommer den pågældende efter stk. 3.

2.4.2. Overvejelser og forslag

Regeringen finder, at inddragelse af patienter og pårørende er vigtig for at sikre behandling og pleje af høj kvalitet. Det gælder både i det umiddelbare behandlingsrum mellem patient, pårørende og de sundhedsprofessionelle, men det gælder også i forhold til planlægning og tilrettelæggelse af sundhedsvæsnets ydelser. Regeringen finder, at patientinddragelsesudvalgene har en vigtig funktion i forhold til arbejdet i sundhedskoordinationsudvalgene og praksisplanudvalgene.

Regeringen ønsker med forslaget at etablere hjemmel til, at regionsrådene kan beslutte at yde medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene diæter, erstatning for dokumenteret

tabt arbejdsfortjeneste og udgiftsgodtgørelse efter reglerne i § 16 a i lov om kommunernes styrelse. Med den foreslåede bestemmelse får regionsrådene mulighed for, men ikke pligt til, at yde medlemmerne af udvalgene diæter m.v.

I dag er der ikke hjemmel til at udbetale diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste og udgiftsgodtgørelse til medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene.

Sundheds- og Ældreministeriet har modtaget henvendelser fra patientforeninger m.v. og fra regionalt hold, der har efterspurgt hjemmel til, at medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene kan ydes diæter, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og i et vist omfang også yderligere udgiftsgodtgørelse. På den baggrund foreslås det i loven at etablere hjemmel til at yde diæter m.v. som efterspurgt af foreningerne og regionerne. Fra regional side er det blevet oplyst, at der før indførelsen af lovgivningen om patientinddragelsesudvalg har fundet brugerinddragelse sted i det regionale arbejde, og at der til dette arbejde i et vist omfang har været ydet diæter m.v.

2.5. Udvidelse af personkredsen i sundhedshuse

2.5.1. Gældende ret

Det fremgår af sundhedslovens § 205 a, at regionsrådet kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, og til brug for udførelse af kommunale sundhedsydelser.

Det fremgår af sundhedslovens § 205 b, at kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, og til brug for udførelse af regionale, ambulante sygehuseydelser.

Udlejning af lokaler og udstyr m.v. efter ovennævnte bestemmelser skal ske på markedsvilkår og i overensstemmelse med regionens sundhedsplan, jf. § 206.

Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal, jf. § 205 c, koordinere de aktiviteter, der er omfattet af §§ 205 a og 205 b.

Bestemmelserne i sundhedslovens §§ 205 a – 205 c blev oprindeligt indsat ved lov nr. 531 af 12. juni 2009. På daværende tidspunkt blev der alene etableret hjemmel til at tilvejebringe og udleje lokaler. Med lov nr. 603 af 18. juni 2012 blev adgangen udvidet til også at omfatte tilvejebringelse og udlejning af udstyr.

2.5.2. Overvejelser og forslag

Efter de gældende bestemmelser i §§ 205 a og 205 b i sundhedsloven kan tilvejebringelse og udlejning af lokaler og udstyr alene ske til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, og til brug for enten kommunale sundhedsydelser eller regionale, ambulante sygehuseydelser.

I nogle egne af landet har det vist sig vanskeligt at fylde de sundhedshuse, som er etableret i henhold til bestemmelserne i sundhedslovens §§ 205 a og 205 b, med de grupper af sundhedsprofessionelle m.v., herunder særligt alment praktiserende læger, der virker efter overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1.

Det foreslås derfor at udvide den personkreds m.v., der kan bebo de lokaler og leje det udstyr, som regioner og kommuner stiller til rådighed, til også at omfatte f.eks. sundhedsprofessionelle uden ydernummer, f.eks. tandteknikere, bandagister, ergoterapeuter m.fl.

Lovgivningsinitiativet skal bl.a. ses som et led i regeringens målsætning om at skabe udvikling i hele landet med en offensiv regional- og landdistriktspolitik. Regeringen ønsker vækst og udvikling i alle dele af Danmark.

I aftalen mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2016 fremgår det, at parterne er enige om at arbejde for udvikling af almen praksis, og at de som led heri understøtter etablering af større lægehuse og sundhedshuse, hvor de praktiserende læger arbejder sammen med f.eks. andre praksisgrupper, sygehusfunktioner og kommunale sundhedstilbud, som et nært og sammenhængende tilbud med ensartet høj kvalitet. Det fremgår af aftalen, at der opslås en pulje til læge- og sundhedshuse i 2017.

Med lovforslaget styrkes hjemmelsgrundlaget for fælles regionale og kommunale initiativer om etablering og udlejning af lokaler og udstyr m.v., som kan medvirke til en lokalt tilpasset udvikling af tilbuddene i sundhedsvæsenet. Det er regeringens vurdering, at lovforslaget vil medvirke til at sikre en udvikling af sundhedsvæsenet, hvor der skabes mulighed for en bedre sammentænkning af kommunale sundhedstilbud, sygehusfunktioner og praksissektor, og således at borgerne modtager effektive, sammenhængende tilbud. Lovforslaget vil desuden understøtte, at de puljemidler, der i 2017 opslås til læge- og sundhedshuse, jf. økonomiaftalen på det regionale område, i højere grad kan tilpasses lokale behov med hensyn til ydere m.v. i sundhedsvæsenet.

2.6. Offentliggørelse af påbud om sundhedsmæssige krav

2.6.1. Gældende ret

Der er allerede i dag på en række områder fastsat regler om offentliggørelse af Sundhedsstyrelsens tilkendegivelser og afgørelser som led i tilsynet med sundhedspersoner og behandlingssteder.

2.6.1.1. Det generelle tilsyn og påbud til offentlige og private sygehuse m.v.

For så vidt angår det generelle tilsyn fremgår det af sundhedslovens § 213, stk. 1, (lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014 med senere ændringer), at Sundhedsstyrelsen skal følge sundhedsforholdene og holde sig orienteret om den til enhver tid værende faglige viden på sundhedsområdet. Endvidere skal Sundhedsstyrelsen orientere vedkommende myndighed i fornødent omfang, når styrelsen bliver bekendt med overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet, jf. sundhedslovens § 213, stk. 2, 1. pkt.

Pr. 1. juli 2013 fik Sundhedsstyrelsen med vedtagelsen af sundhedslovens § 215 b mulighed for at give påbud til sygehuse, klinikker og praksis el.lign. Der henvises til lov nr. 361 af 9. april 2013 om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed og sundhedsloven (Midlertidig autorisationsfratagelse ved manglende medvirken ved tilsyn og mulighed for Sundhedsstyrelsen for at stille sundhedsmæssige krav til behandlingssteders virksomhed).

Det følger af sundhedslovens § 215 b, stk. 1, at hvis de sundhedsmæssige forhold på et sygehus, i en klinik, i en praksis el.lign. kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Sundhedsstyrelsen give påbud til disse, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvis.

2.6.1.1.1. Baggrunden for hjemmel til påbud til behandlingssteder omfattet af sundhedslovens § 215 b

Sundhedsstyrelsen har under tiden oplevet, at de muligheder, som styrelsen har for som led i tilsyn at påvirke konkrete sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed, ikke altid er tilstrækkelige til at sikre, at de sundhedsmæssige forhold på et konkret behandlingssted m.v. er patientsikkerhedsmæssigt forsvarlige.

Formålet med § 215 b er således at give Sundhedsstyrelsen mulighed for at sikre patientsikkerheden i de situationer, hvor konkrete sundhedspersoner ikke skønnes at have tilstrækkelig kompetence til eller mulighed for at foranledige de nødvendige foranstaltninger påset.

2.6.1.1.2. Betingelser for påbud til behandlingssteder omfattet af sundhedslovens § 215 b

Det er en forudsætning for Sundhedsstyrelsens adgang til ved påbud at opstille sundhedsmæssige krav til et behandlingssteds m.v. virksomhed, at virksomheden grundet sundhedsmæssige forhold eller tilrettelæggelsen af sundhedsmæssige forhold kan bringe patientsikkerheden i fare. Sundhedsstyrelsen skal således foretage et sundhedsfagligt skøn med henblik på vurdering af, om den måde, som virksomheden udføres på i en given sammenhæng, kan bringe patientsikkerheden i fare på grund af de sundhedsmæssige forhold. Det er således ikke hjemmel for Sundhedsstyrelsen til at stille sundhedsmæssige krav til et behandlingssteds virksomhed, hvis denne udføres på en måde, som efter Sundhedsstyrelsens opfattelse er uhensigtsmæssig, men som ikke bringer patientsikkerheden i fare.

Det centrale for Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige skønsmæssige vurdering af, om de sundhedsmæssige forhold på det givne behandlingssted bringer patientsikkerheden i fare, vil være, om patientbehandlingen lever op til acceptabel faglig standard. Omdrejningspunktet vil i den sammenhæng være, om patientbehandlingen lever op til kravet i § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed om omhu og samvittighedsfuldhed.

2.6.1.1.3. Påbud til behandlingssteder omfattet af sundhedslovens § 215 b som forvaltningsretlig afgørelse

Sundhedsstyrelsens påbud, hvorved der opstilles sundhedsmæssige krav til et behandlingssteds virksomhed, er en afgørelse i almindelig forvaltningsretlig forstand. Heraf følger blandt andet, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udstedelse af et påbud efter sundhedslovens § 215 b skal påse forvaltningslovens sagsbehandlingsregler overholdt, herunder for eksempel partshøring og begrundelse.

Forud for Sundhedsstyrelsens meddelelse af påbud forventes typisk at foregå en dialog mellem styrelsen og det pågældende behandlingssted. Sundhedsstyrelsens tilkendegivelser eller indskærpelser som led i dialogen i forbindelse med tilsyn med offentlige eller private sygehuse m.v. om overholdelse af gældende ret, som ikke er et påbud, vil i almindelighed ikke have karakter af afgørelser i forvaltningsretlig forstand. Det forudsættes herved, at der i forbindelse med sådanne tilkendegivelser eller indskærpelser ikke sker en ensidig fastsættelse af, hvad der er eller skal være gældende ret i den pågældende sammenhæng.

2.6.1.1.4. Offentliggørelse af påbud til behandlingssteder omfattet af sundhedslovens § 215 b

Sundhedsstyrelsen offentliggør omtalte påbud til sygehuse m.v. jf. sundhedslovens § 215 b, stk. 2. Offentliggørelse sker på Sundhedsstyrelsens hjemmeside og på sundhed.dk.

Afgørelser om påbud, som Sundhedsstyrelsen offentliggør, vil være rettet mod den person, det selskab eller den myndighed, der er ansvarlig for udførelsen af behandlingen på det behandlingssted, som påbuddet vedrører.

Nærmere bestemte sundhedsmæssige krav til et behandlingssted, der er indeholdt i et påbud, vil være gældende, indtil kravene ophæves. Ophævelse vil ske, når de påtalte forhold er bragt i orden. Når et påbud ophæves, er det ikke længere omfattet af kravet om offentliggørelse og skal derfor fjernes fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside og sundhed.dk.

Sundhedsstyrelsen vil ved offentliggørelse af påbud på Sundhedsstyrelsens hjemmeside og sundhed.dk ikke offentliggøre påbuddet i dets fulde ordlyd. Der vil således blive udarbejdet en særlig tekst til brug for offentliggørelsen, som vil være rensat for personfølsomme oplysninger.

2.6.1.1.5. Hjemmel til straf for manglende efterlevelse af påbud til behandlingssteder

Manglende overholdelse af Sundhedsstyrelsens påbud, jf. sundhedslovens § 215 b, kan – medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning – straffes med bøde, jf. sundhedslovens § 272, stk. 1.

2.6.1.2. Øvrige regler om offentliggørelse af tilsynssager og klagesager

Det følger af sundhedsloven, at Sundhedsstyrelsen skal føre både et generelt tilsyn og et individtilsyn på sundhedsområdet. Sundhedsstyrelsen har som led i tilsynet mulighed for at iværksætte forskellige tilsynsforanstaltninger. Der er fastsat nærmere regler om offentliggørelse af tilsynsrapporter, tilsynsforanstaltninger m.v. Ligeledes offentliggøres visse afgørelser i patientklagesystemet

Der foreslås med dette lovforslag ikke ændringer i disse regler. Reglerne beskrives kortfattet med henblik på at give et samlet overblik over reglerne om offentliggørelse af klagesager og tilsynssager.

2.6.1.2.1. Tilsyn med kosmetiske behandlingssteder, private sygehuse, klinikker og praksis samt plejehjem m.v.

Ifølge § 71 og § 72 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011, som senest ændret ved § 2 i lov nr. 1536 af 27. december 2014) registrerer Sundhedsstyrelsen og fører tilsyn med sundhedspersoner, der udfører kosmetisk behandling.

Sundhedsstyrelsen har i bekendtgørelse nr. 834 af 27. juni 2014 om kosmetisk behandling (kosmetikbekendtgørelsen) fastsat nærmere regler om kosmetisk behandling, herunder om kosmetiske behandlingssteders pligt til at offentliggøre Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter. Det følger således af kosmetikbekendtgørelsens § 26, stk. 3, at den registrerede læge skal offentliggøre Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende det seneste tilsyn let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside og umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet i samme periode, som tilsynsrapporten er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Ifølge sundhedslovens § 215 a. registrerer Sundhedsstyrelsen og fører tilsyn med private sygehuse, klinikker og praksis, hvor der udføres lægelig patientbehandling (bortset fra almen praksis, kosmetiske klinikker, laboratorievirksomhed og hvor der udføres lægelig behandling i ubetydeligt omfang).

Sundhedsstyrelsen har i bekendtgørelse nr. 835 af 27. juni 2014 om registrering af og tilsyn med visse private sygehuse, klinker og praksis fastsat regler om de registrerede behandlingssteders pligt til at offentliggøre Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter. Det følger således af bekendtgørelsens § 21, stk. 3, at det registrerede behandlingssted skal offentliggøre Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende det seneste tilsyn let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, og at rapporten skal være umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet i samme periode som rapporten er offentlig tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Ifølge sundhedslovens § 219, stk. 1, fører Sundhedsstyrelsen tilsyn med de sundhedsmæssige forhold på nærmere bestemte plejehjem m.v.

Sundhedsstyrelsen har i bekendtgørelse nr. 228 af 3. marts 2015 om offentliggørelse af resultatet af Sundhedsstyrelsens tilsyn med plejehjem m.v. fastsat regler om plejhjems m.v. og kommuners pligt til at offentliggøre Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter. Det følger således af bekendtgørelsens § 5 og § 6, at plejhjemmet og kommunen skal offentliggøre Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende det seneste tilsyn let tilgængeligt på henholdsvis plejhjemmets m.v. og kommunens hjemmeside, og at rapporten skal være umiddelbart tilgængelig på henholdsvis plejhjemmet m.v. og i kommunen i samme periode som rapporten er offentlig tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Kosmetikbekendtgørelsens § 26, stk. 3, er udstedt med hjemmel i § 71, stk. 6, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. § 21, stk. 3, i bekendtgørelse om registrering af og tilsyn med visse private sygehuse, klinker og praksis er udstedt med hjemmel i sundhedslovens § 215 a, stk. 8, 5. pkt. Plejhjemsbekendtgørelsens § 5 og § 6 er udstedt med hjemmel i sundhedslovens § 219, stk. 6, 2. pkt.

Sundhedslovens § 215 a, stk. 8, 5. pkt., og § 219, stk. 6, 2. pkt., samt § 71, stk. 6, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed er ændret ved lov nr. 519 af 26. maj 2014. Sundhedsstyrelsen er herved bemyndiget til at fastsætte regler om offentliggørelse af tilsynsrapporter. Hensynet bag disse offentliggørelsesordninger er at medvirke til en mere gennemsigtig sundhedssektor, hvor information om kvaliteten af de enkelte behandlingssteders behandling i højere grad bliver offentligt tilgængelig. Herved bliver borgernes stilling over for sundhedsvæsenet yderligere styrket, idet borgeren bliver i stand til at træffe et kvalificeret valg, når der skal vælges en sundhedsperson og et kosmetisk behandlingssted. Det medvirker til at sikre, at borgerne får den service og kvalitet, de har brug for og efterspørger. Ligeledes indebærer et krav om øget offentliggørelse, at borgerne og medierne får indsigt i tilsynsmyndighedernes arbejde, ligesom øget offentliggørelse vil bidrage til øget behandlingskvalitet.

2.6.1.2.2. Individthilsynet

For så vidt angår individthilsynet følger af sundhedslovens § 215, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen skal føre tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsens tilsyn omfatter primært sundhedspersoner på offentlige og private behandlingssteder, herunder i egen praksis.

Sundhedsstyrelsen offentliggør i h.t. § 13 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed afgørelser om faglige påbud, samt afgørelser og domme om midlertidig eller endelig fratagelse af autorisation eller indskrænkning af virksomhedsområde og om fratagelse eller indskrænkning af retten til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler efter § 7, stk. 2, §§ 6-9 og 12, § 36 og § 51 i loven. Også afgørelser om skærpet tilsyn offentliggøres, jf. sundhedslovens § 215, stk. 2. Endvidere skal en sundhedspersons

egen autorisationsfraskrivelse eller virksomhedsindskrænkning i h.t. § 5 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed offentliggøres.

Der er fastsat nærmere regler om offentliggørelse i kapitel 2 i bekendtgørelse nr. 1445 af 15. december 2010 om offentliggørelse af afgørelser m.v. i klage- og tilsynssager på sundhedsområdet.

2.6.1.2.3. Kritik til sundhedsvæsenet eller sundhedspersoner

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Patientombuddet behandler klager fra patienter over henholdsvis autoriserede sundhedspersoners eller sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed og overholdelse af nærmere bestemte patientrettigheder, jf. § 1 og § 2 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 som senest ændret ved § 8 i lov nr. 742 af 1. juni 2015).

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Patientombuddet kan træffe afgørelse om, hvorvidt den sundhedsfaglige behandling m.v. udøvet af henholdsvis en konkret sundhedsperson eller sundhedsvæsenet har været kritisabel.

For så vidt angår patienters klager over den sundhedsfaglige virksomhed og overholdelse af nærmere bestemte patientrettigheder, der udøves af privatpraktiserende tandlæger omfattet af overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Tandlægeforeningen, træffer regionstandlægenævnene afgørelse, jf. § 1 og § 2 i bekendtgørelse nr. 1340 af 18. december 2012 om afgrænsning af Sundhedsvæsenets Disciplinærnavns virksomhed og behandlingen af klager over privatpraktiserende tandlæger. Afgørelser truffet af regionstandlægenævnene kan påklages til Landstandlægenævnet.

Visse afgørelser truffet af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, de regionale tandlægenævne eller Landstandlægenævnet offentliggøres. Med hjemmel i § 17 i lov om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er udstedt bekendtgørelse nr. 1445 af 15. december 2010 om offentliggørelse af afgørelser m.v. i klage- og tilsynssager på sundhedsområdet.

Hensynet bag ordningerne med offentliggørelse af Sundhedsstyrelsens tilsynsforanstaltninger m.v. og visse afgørelser i patientklagesystemet er sammenfaldende med de hensyn, der ligger bag ovennævnte hjemler for Sundhedsstyrelsen til at fastsætte regler om offentliggørelse af tilsynsrapporter vedrørende kosmetiske behandlingssteder, private sygehuse, klinikker og praksis samt plejehjem m.v.

2.6.2. Overvejelser og forslag

Det er efter regeringens opfattelse hensigtsmæssigt løbende at arbejde for en mere gennemsigtig sundhedssektor, hvor information om kvaliteten af de enkelte behandlingssteders behandling i højere grad bliver offentligt tilgængelig. Herved bliver borgernes stilling over for sundhedsvæsenet yderligere styrket, idet borgeren bliver i stand til at træffe et kvalificeret valg, når der skal vælges en sundhedsperson og et behandlingssted. Det medvirker til at sikre, at borgerne får den service og kvalitet, de har brug for og efterspørger. Ligeledes indebærer et krav om øget offentliggørelse, at borgerne og medierne får indsigt i tilsynsmyndighedernes arbejde, ligesom øget offentliggørelse vil bidrage til øget behandlingskvalitet.

2.6.2.1. Offentliggørelse af påbud til offentlige og private sygehuse m.v. om sundhedsmæssige krav

Det foreslås, at Sundhedsstyrelsen i sundhedsloven bemyndiges til at fastsætte regler om, at påbud til et sygehus, en klinik, en praksis eller lignende om sundhedsmæssige krav, jf.

sundhedslovens § 215 b, stk. 1, skal offentliggøres. Der henvises til den i lovforslagets § 1, nr. 18, foreslåede tilføjelse til sundhedslovens § 215 b, stk. 3.

Herved bemyndiges Sundhedsstyrelsen til at fastsætte regler om, at et sygehus, en klinik, en praksis el.lign. skal offentliggøre Sundhedsstyrelsens påbud, jf. sundhedslovens § 215 b, stk. 1, hvori der er opstillet krav til behandlingsstedets sundhedsfaglige virksomhed, eller hvor der er givet påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist. Sundhedsstyrelsen bemyndiges også til at fastsætte nærmere regler om, at påbuddet skal være let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, og at påbuddet skal være umiddelbart tilgængeligt på selve behandlingsstedet. Sundhedsstyrelsen kan også fastsætte regler om, at behandlingsstedet skal offentliggøre påbuddet i den form, som det er offentliggjort af Sundhedsstyrelsen, og hvor eventuelt fortrolige oplysninger er slettet. Den periode, som et krav om offentliggørelse af påbuddet på behandlingsstedets hjemmeside omfatter, vil ikke blive længere end den periode, hvor påbuddet desuden er offentliggjort af Sundhedsstyrelsen. Der kan ikke stilles krav om, at det enkelte behandlingssted skal have en hjemmeside.

2.6.2.2. Persondata

De afgørelser om påbud, der skal offentliggøres, vil være rettet mod den person, det selskab eller den myndighed, der er ansvarlig for udførelsen af behandlingen på det behandlingssted, som påbuddet vedrører. Et påbud kan således indeholde oplysninger, der kan henføres til personer, som er ansvarlige for driften af det behandlingssted, som påbuddet vedrører. Et påbud kan også tænkes at indeholde oplysninger om f.eks. helbredsmæssige forhold for personer, der er blevet behandlet på det pågældende behandlingssted. Det forudsættes, at sådanne oplysninger slettes helt fra det påbud, som offentliggøres af Sundhedsstyrelsen, og som behandlingsstedet også skal offentliggøre.

Det skal i denne sammenhæng bemærkes, at en forpligtelse for et behandlingssted til at offentliggøre et påbud kan opfattes som indgribende for en eventuel fysisk person, som påbuddet kan henføres til. Oplysninger i et påbud om, at der af hensyn til patientsikkerheden stilles krav til et bestemt behandlingssteds sundhedsmæssige forhold, ses dog ikke at være en fortrolig oplysning. Offentliggørelse ses derfor at kunne ske inden for rammerne af persondatalovens § 6, stk. 1, nr. 5 eller 6.

Som led i overvejelserne af behovet for at fastsætte en pligt for behandlingssteder til at offentliggøre påbud er der foretaget en vurdering af de modstående hensyn, som taler henholdsvis for og imod.

Offentliggørelse af et påbud kan opfattes som indgribende for en eventuel fysisk person, som påbuddet kan henføres til. Heroverfor står behovet for varetagelse af de væsentlige samfundsmæssige hensyn, som ligger til grund for kravet om offentliggørelse, herunder ønsket om at skabe en mere gennemsigtig sundhedssektor, hvor patienters muligheder for at træffe kvalificerede valg af behandlingssteder tilgodeses.

Som led i vurderingen er der endvidere lagt vægt på, at der allerede i sundhedslovens § 215 b, stk. 2, er pligt for Sundhedsstyrelsen til at offentliggøre påbud, samt at der med hjemmel i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet allerede er fastsat krav om offentliggørelse af afgørelser i patientklagesager, af Sundhedsstyrelsens tilsynsforanstaltninger, samt at der er krav om offentliggørelse af tilsynsrapporter som led i tilsyn med kosmetiske behandlingssteder, private sygehuse, klinikker og praksis samt plejehjem m.v.

Hensynet bag disse offentliggørelsesordninger er at bidrage til en mere gennemsigtig sundhedssektor, hvor information om kvaliteten af den enkelte sundhedspersons behandling bliver offentligt tilgængelig. Hensyn bag offentliggørelsesordningerne er endvidere, at borgernes stilling over for sundhedsvæsenet bliver styrket, idet borgeren bliver i stand til at træffe et kvalificeret valg, f.eks. når der skal vælges praktiserende læge eller tandlæge. Dette sikrer, at borgerne får den service og kvalitet, de har brug for og efterspørger.

Endelig er offentliggørelsesordningerne begrundet i hensynet til, at borgerne og medierne får indsigt i klageorganernes og tilsynsmyndighedernes arbejde og i baggrunden for vurderingen af sundhedspersoners fejl, ligesom offentliggørelsen vil bidrage til øget behandlingskvalitet. De hensyn, der ligger bag de gældende regler om offentliggørelse på tilsyns- og patientklageområdet, er således sammenfaldende med de væsentlige samfundsmæssige hensyn, der ligger bag forslaget om, at private og offentlige behandlingssteder skal offentliggøre Sundhedsstyrelsens påbud.

Som led i vurderingen er der endelig lagt vægt på, at modtageren af Sundhedsstyrelsens påbud i vid udtrækning har rådighed over, hvor længe påbuddet skal være offentliggjort. Sundhedsstyrelsen vil således skulle ophæve påbuddet, når de i påbuddet fastsatte krav til varetagelse af patientsikkerheden er opfyldt.

2.6.2.3. *Straf*

Det foreslås, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udmøntning af bemyndigelsen i sundhedslovens § 215 b, stk. 3, til i forskrifter at fastsætte regler om offentliggørelse af påbud til private og offentlige sygehuse m.v. også bemyndiges til at fastsætte bestemmelser om straf i form af bøde for overtrædelse af de fastsatte bestemmelser om offentliggørelse. Hjemmel til at fastsætte regler om straf i form af bøde foreslås indsat i sundhedslovens § 272, stk. 2, jf. lovforslaget § 1, nr. 20.

Der er behov for en hjemmel til at kunne påføre de behandlingssteder, der ikke offentliggør Sundhedsstyrelsens påbud, en sanktion i form af bøde.

Med muligheden for bødestraf for manglende offentliggørelse sikres et yderligere incitament for behandlingsstederne til at offentliggøre tilsynsrapporterne, hvilket styrker borgernes stilling over for sundhedsvæsenet, når der skal vælges et behandlingssted.

Det følger af sundhedslovens § 276, at der kan pålægges selskaber m.v. (juridiske personer) strafansvar efter reglerne i straffelovens 5. kapitel. Heraf følger, at der kan fastsættes regler om straf for juridiske personer etableret på privatretligt grundlag og offentlige myndigheder, herunder regioner med ansvar for sygehuse m.v.

Det er forventningen, at muligheden for bødestraf vil have en præventiv effekt, således at den blotte mulighed for bødestraf vil tilskynde til at sikre offentliggørelse, og at det kun undtagelsesvis vil være nødvendigt at indlede sager om bødestraf.

Hvis Sundhedsstyrelsen bliver opmærksom på, at et behandlingssted ikke har offentliggjort påbuddet, vil styrelsen i overensstemmelse med proportionalitetsprincippet søge at bringe behandlingsstedet til at offentliggøre tilsynsrapporten frivilligt, før styrelsen indgiver anmeldelse til politiet om overtrædelse af den strafbelagte offentliggørelsespligt.

På den baggrund er det vurderingen, at bødestraf ikke er en uforholdsmæssigt indgribende sanktion i forhold til behandlingssteder, der ikke overholder forpligtelsen til selv at offentliggøre Sundhedsstyrelsens påbud.

3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

3.1. Lovforslagets § 1, nr. 1 – 4, nr. 7 – 14 og nr. 19.

Forslagene vedrørende delegationskompetence under det udvidede fri sygehusvalg samt om præcisering af sundhedslovens befordringsordninger præciserer gældende ret og har derfor ikke økonomiske eller administrative konsekvenser for det offentlige.

3.2. Lovforslagets § 1, nr. 5 – 6.

Forslaget om regler for private ambulanceberedskaber uden aftale med regionerne vurderes samlet set ikke at have økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige.

3.3. Lovforslagets § 1, nr. 16 – 17.

Med lovforslagets § 1, nr. 16 og 17 udvides den kreds, som kan bebo de lokaler og leje det udstyr, som regioner og kommuner kan tilvejebringe og udleje efter bestemmelserne i sundhedslovens §§ 205 a - 205 c, bl.a. med henblik på at sikre leverance af sundhedsydelser af høj faglig kvalitet til borgere i alle egne af landet og effektiv udnyttelse af ledig kapacitet.

Det kan forventes, at en udvidelse af personkredsen, der kan leje lokaler og udstyr, som regioner og kommuner stiller til rådighed, jf. lovforslagets § 1, nr. 16 og 17, vil betyde bedre kapacitetsudnyttelse af de lokaler og det udstyr, som stilles til rådighed, og dermed potentielt mindreudgifter for regioner og kommuner.

3.4. Lovforslagets § 1, nr. 15, nr. 18. og nr. 20.

Med lovforslagets § 1, nr. 15 etableres der hjemmel til at regionsrådene kan yde diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste og øvrig udgiftsgodtgørelse til medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene.

Det vil være op til det enkelte regionsråd at beslutte, hvorvidt hjemlen til at yde diæter m.v. skal anvendes. I de regioner, hvor hjemlen anvendes kan det ikke udelukkes, at det kan påføre regionerne en vis udgift. Dette må dog forventes at være af beløbsmæssig meget beskeden karakter.

Med lovforslagets § 1, nr. 18, bemyndiges Sundhedsstyrelsen til administrativt at fastsætte regler om, at styrelsens påbud efter sundhedslovens § 215 b til et sygehus, en klinik, en praksis el.lign. skal offentliggøres på behandlingsstedets hjemmeside, samt at påbuddet skal være umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet.

Opfyldelse af denne forpligtigelse vil påføre den myndighed, der har driftsansvaret for det pågældende behandlingssted, en vis udgift eller administrative konsekvenser. Dette må dog forventes at være af meget beskeden karakter.

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

4.1. Lovforslagets § 1, nr. 1 – 4, nr. 7 – 17 og nr. 19

Forslagene vedrørende delegationskompetence under det udvidede fri sygehusvalg samt om præcisering af sundhedslovens befordringsordninger præciserer gældende ret og har derfor ikke økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.

Forslagene vedrørende regionsrådendes udbetaling af diæter m.v. til patientinddragelsesudvalgene samt regionsråds og kommunalbestyrelses mulighed for at tilvejebringe og

udleje lokaler og udstyr til en større kreds af leverandører af sundhedsydelser vil ikke have erhvervsøkonomiske konsekvenser.

4.2. Lovforslagets § 1, nr. 5 – 6.

Forslaget om regler for private ambulanceberedskaber udenfor regionernes præhospitale beredskab ventes at have mindre erhvervsøkonomiske konsekvenser.

Lovforslaget har ikke konsekvenser i forhold til skatter, afgifter, gebyrer m.v.

De erhvervsøkonomiske konsekvenser vil være øvrige efterlevelsomkostninger. Konsekvenserne vil vedrøre udgifter til anskaffelser eller ansættelse af medarbejdere med anden uddannelsesmæssig baggrund end det, de har i dag, i det omfang man ikke allerede opfylder de regler, som gælder for offentlige ambulanceberedskaber.

Det vurderes, at der er under 10 virksomheder i Danmark, som udbyder ambulanceberedskab i et eller andet omfang, uden at beredskabet indgår i regionernes præhospitale beredskab. Det er forventningen, at hovedparten af disse virksomheder allerede vil opfylde gældende bekendtgørelse som følge af, at dette er et krav efter bekendtgørelse nr. 659 af 11. juni 2010 om afholdelse af motorløb på bane.

I det omfang de private ambulanceberedskaber ikke allerede opfylder reglerne på frivillig basis, kan der blive udgifter som følge af krav om uddannelse samt anskaffelse af udstyr, såfremt man ønsker at udøve virksomhed som ambulanceberedskab. Alternativt kan man udøve virksomhed med liggende patienttransport eller udøve førstehjælpsvirksomhed.

Da det forventes, at de private ambulanceberedskaber for hovedpartens vedkommende allerede opfylder bestemmelserne vurderes det, at der alene vil blive tale om mindre erhvervsøkonomiske konsekvenser, og at der vil være tale om udgifter på under 10 mio. kr. på samfundsplan. Det er forventningen, at der hovedsageligt vil være tale om omstillingsomkostninger og i mindre grad i løbende efterlevelsomkostninger.

For de virksomheder, som ikke allerede opfylder bekendtgørelsens bestemmelser, vil der være en positiv effekt i og med, at de i fremtiden kan varetage opgaver omfattet af reglerne om afholdelse af motorløb på bane. Tilsvarende kan de påtage sig ad hoc opgaver for regionernes præhospitale beredskaber.

Konsekvenserne af at der stilles krav til private ambulanceberedskaber, som ikke indgår i regionernes præhospitale beredskab, kan være, at beredskabet indrettes, så det opfylder bestemmelserne. De ekstra udgifter, der bliver herved, vil formentligt blive overvæltet i priserne. Det vil være ens for alle og formentligt ikke betyde noget konkurrencemæssigt. En anden konsekvens kan være, at nogle vælger at undlade at kalde sig ambulanceberedskab og i stedet anvende en anden betegnelse. Herved kan disse beredskaber konkurrere med en lavere pris i forhold til køberne, men samtidigt også med et lavere serviceniveau.

Det vurderes, at der alene bliver mindre administrative omkostninger for erhvervslivet som følge af arbejdet med at sikre, at virksomheden lever op til de stillede krav. Disse udgifter vil være meget begrænsede, når virksomheden har omstillet sig til de nye krav.

4.3. Lovforslagets § 1, nr. 18 og nr. 20.

Med lovforslagets § 1, nr. 18, bemyndiges Sundhedsstyrelsen til administrativt at fastsætte regler om, at styrelsens påbud efter sundhedslovens § 215 b til et sygehus, en klinik, en praksis el.lign. skal offentliggøres på behandlingsstedets hjemmeside, samt at tilsynsrapporten skal være umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet.

Opfyldelse af denne forpligtigelse vil påføre behandlingsstedet en vis udgift eller administrative konsekvenser. Dette må dog forventes at være af beløbsmæssig meget beskeden karakter.

5. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

6. De miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

7. Forholdet til EU-retten

Med forslaget videreføres gældende ret, der i overensstemmelse med EU-retten principper om fri bevægelighed for tjenesteydelser, som ligeledes (jf. EF-Domstolens dom af 12. juli 2001 (C 157/99)), som udgangspunkt omfatter sygehusydelser, som giver tilsvarende adgang til, at sygehuse i andre EU/EØS-lande (i udlandet) kan indgå aftale med Danske Regioner om varetagelse af behandling under det udvidede fri sygehusvalg.

8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslag har i perioden fra den 11. september 2015 til den 9. oktober 2015 været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.: Advokatrådet, Ambulix, Ankestyrelsen, Beredskabsstyrelsen, BIOS, BPK – Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker, Danmarks Optikerforening, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Ambulanceråd, Dansk Ambulancetjeneste ApS, Dansk Erhverv, Dansk Handicapforbund, Dansk Industri, Dansk IT – Råd for IT- og persondatasikkerhed, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Psykolog Forening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Retsmedicin, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandlægeforening, Dansk Tandplejerforening, Danske Bandagister, Danske Bioanalytikere, Danske Dental Laboratorier, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Datatilsynet, De Offentlige Tandlæger, Det Centrale Handicapråd, Det Ethiske Råd, Erhvervsstyrelsen, Ergoterapeutforeningen, Falck A/S, Finanstilsynet, Fire & Traume Life Support, FOA, Forbrugerombudsmanden, Forbrugerrådet, Foreningen af Kliniske Diætister, Foreningen af Radiografer i Danmark, Foreningen af Speciallæger, Forsikring og Pension, Færøernes Landsstyre, Grønlands Selvstyre, Ignis et Aqua ApS, Jordemoderforeningen, KL, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Kristelig Arbejdsgiverforening, Kristelig fagbevægelse, Københavns Brandvæsen, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter, Lægeforeningen, Organisation af Lægevidenskabelige Selskaber, Patientforeningen i Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Patientforsikringen, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlægers Organisation, Psykolognævnet, Radiograf Rådet, Redningsringen Lemvig A/S, Regionernes Lønnings- og Takstnævn, REKO A/S, Rescue-safe ApS, Responce A/S, Retspolitisk Forening, Rigsombudsmanden på Færøerne, Rigsombudsmanden på Grønland, Rigspolitiet, Samsø Redningskorps ApS, Yngre Læger, 3F, Ældresagen og Ærø Redningskorps.

Udkastet har desuden været offentliggjort på høringsportalen.

9. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/ mindreudgifter	Negative konsekvenser/ merudgifter
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Det kan forventes, at den udvidelse af personkred- sen, der kan leje lokaler og	Med lovforslagets § 1, nr. 15 etableres der hjemmel til at regionsrådene kan beslutte at

	<p>udstyr, som regioner og kommuner stiller til rådighed, jf. lovforslagets § 1, nr. 16 og 17, vil betyde bedre kapacitetsudnyttelse af de lokaler og det udstyr, som stilles til rådighed, og dermed potentielt mindre udgifter for regioner og kommuner.</p>	<p>yde diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste og øvrig udgiftsgodtgørelse til medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene.</p> <p>Det vil være op til det enkelte regionsråd at beslutte, hvorvidt hjemlen til at yde diæter m.v. skal anvendes. I de regioner, hvor hjemlen anvendes kan det ikke udelukkes, at det kan påføre regionerne en vis udgift. Dette må dog forventes at være af beløbsmæssig meget beskednen karakter.</p> <p>Opfyldelse af den i § 1, nr. 18, foreslåede forpligtigelse til offentliggørelse af påbud vil påføre den for et behandlingssted ansvarlige myndighed en vis udgift. Dette må dog forventes at være af beløbsmæssig meget beskednen karakter.</p>
Administrative konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	<p>Med lovforslagets § 1, nr. 15 etableres der hjemmel til at regionsrådene kan beslutte at yde diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste og øvrig udgiftsgodtgørelse til medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene.</p> <p>Det vil være op til det enkelte regionsråd at beslutte, hvorvidt hjemlen til at yde diæter m.v. skal anvendes. I de regioner, hvor hjemlen anvendes kan det ikke udelukkes, at det kan påføre regionerne en visse administrative konsekvenser af beskednen karakter.</p> <p>Det kan ikke udelukkes, at en opfyldelse af den i § 1, nr. 15, foreslåede forpligtigelse for regionen til at udbetale diæter m.v. til medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene kan påføre regionerne visse øko-</p>

		<p>nomiske konsekvenser. Dette må dog forventes at være af meget beskednen karakter.</p> <p>Opfyldelse af den i § 1, nr. 18, foreslåede forpligtigelse til offentliggørelse af påbud vil påføre den for et behandlingssted ansvarlige myndighed visse administrative konsekvenser. Disse må dog forventes at være af meget beskednen karakter.</p>
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	<p>Fastsættelse af bestemmelser i medfør af den i § 1, nr. 6 foreslåede hjemmel, kan evt. give en positiv effekt i og med, at virksomhederne i fremtiden kan varetage opgaver omfattet af reglerne om afholdelse af motorløb på bane. Tilsvarende kan de påtage sig ad hoc opgaver for regionernes præhospitale beredskaber.</p>	<p>Fastsættelse af bestemmelser i medfør af den i § 1, nr. 6 foreslåede hjemmel vil medføre mindre erhvervsøkonomiske konsekvenser i form af øvrige efterlevelseseomkostninger. Konsekvenserne vil vedrøre mindre udgifter til anskaffelser eller ansættelse af medarbejdere med anden uddannelsesmæssig baggrund end det, de har i dag, i det omfang virksomhederne ikke allerede opfylder de regler, som gælder for offentlige ambulanceberedskaber. Det er forventningen at hovedparten af virksomhederne allerede lever op til den nuværende ambulancebekendtgørelses bestemmelser. Det er forventningen, at udgifterne vil være under 10 mio. kr. på samfundsplan.</p> <p>Opfyldelse af den i § 1, nr. 18, foreslåede forpligtigelse til offentliggørelse af påbud vil påføre behandlingsstedet en vis udgift. Dette må dog forventes at være af beløbsmæssigt meget beskednen karakter.</p>
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	<p>Fastsættelse af bestemmelser i medfør af den i § 1, nr. 6 foreslåede hjemmel forventes alene at medføre mindre administrative omkostninger for erhvervslivet som følge af arbejdet med at sikre, at virksomheden lever op til de stil-</p>

		<p>lede krav. Disse udgifter vil være meget begrænsede, når virksomheden har omstillet sig til de nye krav.</p> <p>Opfyldelse af den i § 1, nr. 18, foreslåede forpligtigelse til offentliggørelse af påbud vil påføre behandlingsstedet visse administrative konsekvenser. Disse må dog forventes at være af meget beskednen karakter.</p>
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Ingen	

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1, 3 og 4

De foreslåede ændringer i sundhedslovens § 87, stk. 4, og i § 87 i, stk. 1 og 2, 2. pkt., indebærer en tydeliggørelse af en årelang praksis, hvorved der med udtrykket regionsrådene i forening i realiteten menes Danske Regioner. Ændringerne har således ikke til hensigt at ændre på den retstilstand, at regionsrådene i medfør af sundhedslovens § 87, stk. 4, delegerer deres kompetence til Danske Regioner til at indgå aftaler med privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet om behandling af patienter under det udvidede fri sygehusvalg.

Til nr. 2

Det generelle forvaltningsretlige udgangspunkt er, at delegation af myndighedskompetence til private kræver lovhjemmel, også selvom der som med Danske Regioner er tale om en privat forening, som har offentlige myndigheder som medlemmer.

Den foreslåede bestemmelse i sundhedslovens § 87, stk. 5, skaber således en udtrykkelig hjemmel for regionsrådene til at bemyndige Danske Regioner til på vegne af de fem regionsråd at indgå aftaler med private sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet om behandling af patienter under det udvidede fri sygehusvalg.

Det forudsættes således, at de fem regionsråd i forening som hidtidig praksis delegerer denne kompetence til Danske Regioner, idet Danske Regioner indgår sådanne aftaler i medfør af sundhedslovens § 87, stk. 4.

Borgernes samt de private sygehuses, klinikkers m.v. retstilling er uændret med forslaget, ligesom ændringen ikke berører Danske Regioners mulighed for at varetage opgaver på vegne af de enkelte regionsråd i øvrigt.

Der henvises desuden til afsnit 2.1.2. i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 5 og 6

Med bestemmelsen nyaffattes § 169, stk. 1, således at hjemmelen til at fastsætte bestemmelser om uddannelsen af ambulancemandskabet flyttes til et nyt stk. 2. Samtidigt præciseres det, at ambulanceberedskabet indgår som en del af regionens præhospitale beredskab.

Med det foreslåede nye stk. 2 i § 169 bemyndiges ministeren til at fastsætte nærmere regler om ambulancernes bemanning, udstyr og indretning, herunder regler for uddannelse af ambulancemandskabet. Med denne bestemmelse bemyndiges ministeren til at fastsætte bestemmelser, som gælder både for ambulancer, der indgår i regionernes præhospitale beredskab, og for ambulancer, som ikke indgår heri. Det betyder, at der kan fastsættes ens krav til alle køretøjer, som betegnes som ambulancer, og til deres bemanning, uanset hvem de arbejder for. Det vurderes hensigtsmæssigt i forhold til borgerne, som kan have vanskeligt ved at vurdere, hvem der i en given situation står bag den hjælp, de tilbydes.

Der vil blive fastsat bestemmelser, som svarer til de bestemmelser, der i dag gælder for ambulanceberedskaber, som stilles til rådighed i forbindelse med regionernes præhospitale indsats. Derudover vil der blive stillet krav om, at i det omfang et ambulanceberedskab varetager opgaver, som ikke udføres for et regionsråd, og som kan indbefatte behov for akut indlæggelse af en patient uden forudgående lægelig visitation, skal det tilstedeværende ambulancemandskab forud for opgavens påbegyndelse være bekendt med den pågældende regions visitationsretningslinjer samt have aftalt det nærmere samarbejde med regionens præhospitale leder. Derudover overvejes det at gøre det til en forudsætning for at benytte betegnelsen ambulance, at køretøj og bemanning opfylder bekendtgørelsens bestemmelser.

Med det foreslåede nye stk. 3 bliver der fastsat hjemmel til at ministeren i særlige tilfælde kan dispensere fra regler fastsat i medfør af stk. 1 og 2. Ministeren kan fastsætte nærmere vilkår for dispensationen.

Med bemyndigelsen bliver det muligt, når helt særlige forhold taler for, at yde dispensation i forhold til varetagelsen af den regionale præhospitale indsats, herunder vedrørende bemanningen af ambulancerne. Der er allerede i dag i enkelte tilfælde givet sådanne dispensationer til regionerne. De givne dispensationer vedrører bl.a. beredskabet på småøer, og er alle givet under forudsætning af, at nogle nærmere fastsatte vilkår er opfyldt.

Bemyndigelsen giver ligeledes mulighed for, når helt særlige forhold taler for, at give dispensation til private ambulanceberedskaber, som ikke indgår som en del af regionernes præhospitale beredskab. Sådanne særlige forhold kan fx være tilfælde, hvor der ikke kan skaffes personale med den nødvendige uddannelse som følge af, at der ikke har været plads på behandleruddannelsen.

Se hertil afsnit 2.2.2 i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 7-10

Det foreslås præciseret i sundhedslovens § 170, at kommunalbestyrelserne har mulighed for at vælge, om de yder befordring eller godtgør patientens udgifter til befordring til alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge.

Se hertil afsnit 2.3.2.1 i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 11-14 og 19

Med den foreslåede indsættelse af et nyt stk. 2 i sundhedslovens § 171, stk. 2, fastsættes det udtrykkeligt, at ansvaret for at yde befordring eller godtgørelse af udgifter til befordring til personer, som er henvist til diagnostisk undersøgelse på sygehus, til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge påhviler regionsrådet.

De foreslåede ændringer af sundhedslovens § 171, stk. 2 - 4, der bliver stk. 3 - 5, og § 262, stk. 1, 1. pkt., er konsekvensændringer som følge af den foreslåede indsættelse af et nyt stk. 2 i § 171.

Se hertil afsnit 2.3.2.2 i de almindelige bemærkninger

Til nr. 15

Det foreslås, at der med lovændringen etableres hjemmel til, at regionsrådet kan beslutte at yde diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste og udgiftsgodtgørelse efter reglerne i § 16 a i lov om kommunernes styrelse til medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene. Med den foreslåede bestemmelse får regionsrådene mulighed for, men ikke pligt til, at yde diæter m.v. til medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene.

I de regioner, hvor regionsrådene beslutter at anvende hjemlen til at yde diæter m.v., kan det enkelte medlem af patientinddragelsesudvalget efter eget ønske fraskrive sig de diæter, som regionsrådet har besluttet at yde medlemmet for arbejdet i patientinddragelsesudvalget. Baggrunden for et sådant ønske fra det enkelte medlem kan f.eks. være, at indtægten fra diæterne påvirker størrelsen af de sociale ydelser, som medlemmet modtager, hvorved medlemmet kan risikere et samlet økonomisk tab.

Det enkelte medlem, som ønsker at benytte sig af muligheden for fraskrivelse af diæter, kan f.eks. efter et afholdt møde i patientinddragelsesudvalget, oplyse regionsrådet om, at vedkommende ikke ønsker at modtage diæter for det pågældende møde. Til eksempel kan nævnes, at hvis regionsrådet yder diæter til medlemmerne af patientinddragelsesudvalget på baggrund af oplysninger, som medlemmerne indgiver til regionsrådet i en blanket eller lignende efter afholdelsen af et møde i udvalget, kan regionsrådet lade blanketten være udformet på et sådan måde, at det enkelte medlem i blanketten kan frabede sig diæter for det pågældende møde.

Det enkelte medlem kan også fraskrive sig retten til at modtage udgiftsgodtgørelse og erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Til nr. 16 og 17

Med den foreslåede affattelse af §§ 205 a og 205 b etableres der hjemmel til, at kredsen af personer m.v., som kan leje de lokaler og det udstyr, som regioner og kommuner tilvejebringer og udlejer med hjemmel i bestemmelsen, udvides. Med den foreslåede affattelse vil der som hidtil kunne lejes ud til sundhedspersoner, der virker efter overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1 og 2, f.eks. almen praktiserende læger, der virker efter Overenskomst om almen praksis, som er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers organisation.

For regionernes vedkommende kan der endvidere som hidtil også lejes ud til brug for kommunale sundhedsydelser. For kommunernes vil der med den foreslåede affattelse kunne lejes ud til brug for udførelse af regionale sundhedsydelser. Regionale sundheds-

ydelser omfatter i dette tilfælde regionale ambulante sygehusydelser og regionsdrevne almen praksisklinikker, jf. sundhedslovens § 227, stk. 5 og 6.

Den foreslåede udvidelse indebærer, at der kan lejes ud til klinikker, der leverer almen medicinske ydelser efter udbud, jf. § 227, stk. 3.

Udvidelsen indebærer desuden, at der kan lejes ud til "andre leverandører af sundhedsydelser m.v.". Det vil den forbindelse være muligt at leje ud til sundhedsprofessionelle, som ikke virker efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1, men som tilhører en faggruppe, der har overenskomst med Regionernes Lønnings- og Takstnævn. F.eks. selvstændigt praktiserende psykologer og fysioterapeuter, som virker uden for overenskomstsyste-met. Der vil med hjemmel i den foreslåede bestemmelse endvidere kunne lejes ud til faggrupper, som er leverandører til eller har tæt tilknytning til sundhedsvæset, f.eks. apoteker, tandteknikere, bandagister, diætister, ergoterapeuter og hørecentre. De persongrupper m.v., der kan lejes ud til med hjemmel i bestemmelsen, skal have naturlig tilknytning til de regionale og kommunale ydelser på sundhedsområdet. Der vil således ikke med hjemmel i bestemmelsen kunne lejes ud til private personer m.v., som falder uden for sundhedsområdet.

De private leverandører, som er omfattet af bestemmelsen, kan både være organiseret som personligt ejede firmaer og i selskabsform.

Det forudsættes som hidtil, at det nævnte udstyr m.v. kan tilvejebringes og udlejes såvel i forbindelse med etablering og udlejning af bygninger og lokaler, men også at dette kan ske uafhængigt heraf, f.eks. til klinikker, som er ejet af sundhedspersoner, der er privatpraktiserende. Med »udstyr« forstår som hidtil bl.a. it-udstyr, laboratorieudstyr, diagnostisk udstyr, genoplivningsudstyr og telemedicinsk udstyr, og ved "m.v." sigtes til, at regionerne og kommunerne også vil kunne tilbyde vedligeholdelse af det udlejede udstyr og support.

Udlejning af lokaler og udstyr m.v. skal som hidtil ske på markedsvilkår.

Til nr. 18

Det foreslås, at Sundhedsstyrelsen i sundhedsloven får hjemmel til at fastsætte regler om, at påbud til offentlige eller private sygehuse m.v. om sundhedsmæssige krav, jf. sundhedslovens § 215 b, stk. 1, skal offentliggøres af de pågældende behandlingssteder.

Det forventes, at Sundhedsstyrelsen vil udnytte bemyndigelsen til at fastsætte regler om, at de private og offentlige sygehuse m.v. skal foretage offentliggørelse af Sundhedsstyrelsens påbud om sundhedsmæssige krav. Det forventes endvidere, at Sundhedsstyrelsen med hjemmel i bemyndigelsen vil fastsætte nærmere regler om, at påbuddet skal være let tilgængeligt på behandlingssteds hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en sådan, og at påbuddet skal være umiddelbart tilgængeligt på selve behandlingsstedet. Den periode, som et krav om offentliggørelse af et påbud på et behandlingssteds hjemmeside omfatter, vil ikke blive længere end den periode, hvor påbuddet desuden er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Det forventes også, at Sundhedsstyrelsen vil fastsætte regler om, at behandlingsstedet skal offentliggøre påbuddet i den form, som det er offentliggjort af Sundhedsstyrelsen, og hvor eventuelt fortrolige oplysninger er slettet.

De påbud, som offentlige eller private sygehuse m.v. pålægges at offentliggøre, vurderes således ikke at indeholde fortrolige personoplysninger. Se hertil afsnit 2.6.2.2. i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 20

Det foreslås, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udmøntning af bemyndigelsen i sundhedslovens § 215 b, stk. 3, til i forskrifter at fastsætte regler om offentliggørelse af påbud om sundhedsmæssige krav til private eller offentlige sygehuse m.v., jf. lovforslagets § 1, nr. 18, også bemyndiges til at fastsætte bestemmelser om straf i form af bøde for overtrædelse af de fastsatte bestemmelser om offentliggørelse.

Det forventes, at Sundhedsstyrelsen vil udnytte bemyndigelsen til at fastsætte regler om, at behandlingssteders manglende overholdelse af den fastsatte forpligtelse til at offentlige påbud kan straffes med bøde.

Se hertil afsnit 2.6.2.3.. i de almindelige bemærkninger.

Til § 2

Det foreslås i *stk. 1*, at loven træder i kraft den 1. juli 2015.

Med det foreslåede *stk. 2*, bemyndiges Sundhedsstyrelsen til at fastsætte regler om, at behandlingssteder skal offentliggøre påbud, der er truffet afgørelse om før lovens ikrafttræden, og som fortsat er gældende, når de administrative forskrifter udstedt af Sundhedsstyrelsen træder i kraft.

Til § 3

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

Lovens § 1, nr. 18 og 20 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Lovforslag sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering

Lovforslaget

»§ 87. En person, som er henvist til sygehusbehandling og udredt, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, en af de klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 2 måneder kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter, jf. dog stk. 2. Fristen regnes fra det tidspunkt, hvor patienten er udredt, jf. § 82 b. I de tilfælde, hvor patienten ved henvisningen er udredt, regnes fristen fra modtagelse af henvisningen på regionsrådets sygehus.

Stk. 2. Når personen er henvist til behandling af alvorlig sygdom, er fristen, jf. stk. 1, dog 1 måned.

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. 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 og § 82 a.

Stk. 5. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om

- 1) afgrænsning af og vilkår for behandling, der er omfattet af stk. 1-3, og kan herunder fastsætte kriterier for alvorlig og mindre alvorlig sygdom og undtage bestemte behandlingsformer,
- 2) regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om behandling, der er omfattet af stk. 1-3, og
- 3) krav til dokumentation m.v. fra de privatejede sygehuse, klinikker m.v., der indgår aftale efter stk. 4.«

§ 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

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014, som ændret ved § 1 i lov nr. 1536 af 27. december 2014, lov nr. 1537 af 27. december 2014, § 1 i lov nr. 542 af 29. april 2015, § 6 i lov nr. 523 af 29. april 2015 og § 7 i lov nr. 742 af 1. juni 2015 foretages følgende ændringer

1. I § 87, stk. 4, ændres "Regionsrådene i forening" til: "Danske Regioner"

2. I § 87 indsættes efter stk. 4 som nyt stykke:

»Stk. 5. Regionsrådene kan bemyndige Danske Regioner til på deres vegne at indgå aftaler med private sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet om behandling af patienter efter stk. 4.«

Stk. 5 bliver herefter stk. 6.

3. I § 87 i, stk. 1, ændres "regionsrådene i forening" til "Danske Regioner".

vilkårene for en aftale om undersøgelse og behandling efter § 87 stk. 4, kan sygehuse-
ne, klinikkerne m.v. hver især eller i fore-
ning indbringe tvisten for et voldgifts-
nævn.

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 sundheds-
væsenets forhold.

Stk. 3. Ved behandlingen af en voldgifts-
sag deltager opmanden samt de to vold-
giftsmænd. Opmanden kan tilkalde særligt
sagkyndige til at bistå ved sagens behand-
ling. Ministeriet for Sundhed og Forebyg-
gelse yder sekretariatsbistand til voldgifts-
nævnet.

Stk. 4. Ministeren for sundhed og fore-
byggelse fastsætter regler om voldgifts-
nævnet og om behandlingen af voldgifts-
sager, herunder forretningsordenen. Mini-
steren 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.

§ 169. Ministeren for sundhed og fore-
byggelse fastsætter nærmere regler om
regionsrådenes tilrettelæggelse af den
præhospitale indsats og ambulancetjene-
ste, herunder regler for uddannelsen af
ambulancemandskabet.

4. I § 87 i, stk. 2, 2. pkt., ændres "Regioner-
ne i Forening" til: "Danske Regioner"

5. § 169 affattes således:

"§ 169. Sundheds- og ældreministeren
fastsætter nærmere regler om regionsrå-
denes tilrettelæggelse af den præhospitale
indsats, herunder ambulanceberedskabet."

6. I § 169 indsættes som stk. 2 og 3:

"*Stk. 2.* Sundheds- og ældreministeren
kan fastsætte nærmere regler om ambu-
lancers bemanning, udstyr og indretning,
herunder regler for uddannelse af ambu-
lancemandskabet.

Stk. 3. Sundheds- og ældreministeren
kan i særlige tilfælde dispensere fra regler
fastsat i medfør af stk. 1 og 2. Ministeren
kan fastsætte nærmere vilkår for dispensa-
tionen."

7. I § 170, stk. 1, ændres "i sygdomstil-
fælde godtgørelse for nødvendig befor-
dring" til: "befordring eller befordrings-
godtgørelse".

8. I § 170, stk. 2, ændres "befordrings-
godtgørelse" til: "befordring og befor-

§ 170. Kommunalbestyrelsen yder i syg-

domstiltfælde 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.

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. 3. Kommunalbestyrelsen yder i sygdomstiltfælde godtgørelse til de i stk. 1 nævnte personer for nødvendig befordring til og fra speciallæge, hvis personen modtager behandling for regionens regning efter denne lov efter henvisning fra alment praktiserende læge eller speciallæge, eller i særlige tilfælde uden henvisning, jf. § 64, stk. 4, og behandlingen ydes af den speciallæge inden for vedkommende speciale, der har konsultationssted nærmest ved patientens opholdssted. 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.«

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen yder godtgørelse for nødvendig befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj til og fra akut skadebehandling hos alment praktiserende læge eller speciallæge til personer, der er omfattet af § 59, stk. 1, hvis behandlingen finder sted for regionens regning efter denne lov.

§ 171. Regionsrådet yder befordring eller befordringsgodtgørelse til personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 a har ret til vederlagsfri sygehusbehandling og som modtager social pension. Befordring og befordringsgodtgørelse ydes til behandling på regionale sygehuse og de i § 75 nævnte institutioner samt til behandling på andre sygehuse m.v. efter nærmere af indenrigs- og sundhedsministeren fastsatte regler.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, i hvilke tilfælde og i hvilket omfang personer i øvrigt har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling, herunder i hvilket omfang ret hertil tilkommer personer, der efter eget valg be-

dringsgodtgørelse”.

9. I § 170, stk. 3, 1. pkt., ændres ”i sygdomstiltfælde godtgørelse til de i stk. 1 nævnte personer for nødvendig befordring” til: ”befordring eller befordringsgodtgørelse til de i stk. 1 nævnte personer”.

10. I § 170, stk. 3, 2. pkt., ændres ”befordringsgodtgørelse” til: ”befordring og befordringsgodtgørelse”.

11. Efter § 171, stk. 1, indsættes som nyt stykke:

”*Stk. 2.* Regionsrådet yder befordring eller befordringsgodtgørelse til personer, som er henvist til diagnostisk undersøgelse på sygehus, jf. § 79, til brug for udredning hos alment praktiserende læge, jf. § 60, eller hos praktiserende speciallæge, jf. § 64.”

Stk. 2-4 bliver herefter stk. 3-5.

12. I § 171, stk. 2, som bliver stk. 3, indsættes efter »sygehusbehandling«: »og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge«

handles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87, 87 b, 87 f og 89 a.

Stk. 3. Regionsrådet yder befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj til personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 har ret til vederlagsfri sygehusbehandling, hvis deres tilstand gør det nødvendigt.

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

13. I § 171, stk. 3, som bliver stk. 4, indsættes efter »sygehusbehandling«: »og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge«

14. I § 171, stk. 4, der bliver stk. 5, ændres »stk. 3» til »stk. 4».

§ 204. Regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Stk. 2. I hver region nedsættes et praksisplanudvalg, der består af 5 medlemmer udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen, 3 medlemmer fra regionsrådet og 3 medlemmer udpeget blandt alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet varetager formandskabet og sekretariatsbetjener udvalget. Der skal tilstræbes enighed i udvalget om den endelige udformning af praksisplanen. Er det ikke muligt at opnå enighed, tilfalder den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning regionsrådet.

Stk. 3. I hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget, jf. stk. 1, og praksisplanudvalget, jf. stk. 2, systematisk inddrager i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.

Stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte sundhedskoordinationsudvalg, herunder om sammensætning og formandskab m.v., det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg og det i stk. 3 nævnte patientinddragelsesudvalg.

§ 205 a. Regionsrådet kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, og til

15. Efter § 204, stk. 3, indsættes som nyt stykke:

Stk. 4. Regionsrådet kan beslutte at yde diæter, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og udgiftsgodtgørelse efter reglerne i § 16 a i lov om kommunernes styrelse til medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene. Et medlem af patientinddragelsesudvalgene er ikke forpligtet til at modtage diæter, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste eller udgiftsgodtgørelse, der ville tilkomme den pågældende efter 1. pkt.

Stk. 4 bliver herefter stk. 5.

16. § 205 a, stk. 1, affattes således:
”§ 205 a. Regionsrådet kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for

brug for udførelse af kommunale sundhedsydelser.

Stk. 2. Udlejning af lokaler og udstyr m.v. efter stk. 1 skal ske på markedsvilkår og i overensstemmelse med regionens sundhedsplan, jf. § 206.

§ 205 b. Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, og til brug for udførelse af regionale, ambulante sygehusydelser.

Stk. 2. Udlejning af lokaler og udstyr m.v. efter stk. 1 skal ske på markedsvilkår og i overensstemmelse med regionens sundhedsplan, jf. § 206.

§ 215 b. Hvis de sundhedsmæssige forhold på et sygehus, i en klinik, i en praksis el.lign. kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Sundhedsstyrelsen give påbud til disse, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvis.

Stk. 2. Afgørelser efter stk. 1 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Sundhedsstyrelsen offentliggør afgørelser truffet efter stk. 1.

§ 262. Opholdsregionen afholder udgifter til befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling efter reglerne i §§ 79-83 og 86, § 87, stk. 1-3, og §§ 89 og 89 a, når betingelserne herfor er opfyldt, jf. § 171. Dog afholdes udgiften til befordring fra et sygehus uden for bopælsregionen til fortsat indlæggelse på et sygehus i bopælsregionen af sidstnævnte region.

Stk. 2. Bopælsregionen afholder udgifter til befordring og ophold i forbindelse med behandling efter § 88, stk. 1-3.

§ 272. Medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning, straffes med bøde

virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1 og 2, klinikker, der leverer almen medicinske ydelser efter udbud, jf. § 227, stk. 3, andre leverandører af sundhedsydelser m.v. og til brug for udførelse af kommunale sundhedsydelser.”

17. § 205 b, stk. 1, affattes således:

”§ 205 b. Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, jf. § 227, stk. 1 og 2, klinikker, der leverer almen medicinske ydelser efter udbud, jf. § 227, stk. 3, andre leverandører af sundhedsydelser m.v. og til brug for udførelse af regionale sundhedsydelser.”

18. I § 215 b, indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:

”Stk. 3. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler for sygehuse, klinikker, praksis eller lignende om offentliggørelse af Sundhedsstyrelsens afgørelser efter stk. 1.”

19. I § 262, stk. 1, indsættes i 1. pkt. efter ”sygehusbehandling”: ”og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64”

den, som undlader at efterkomme en forpligtelse efter § 215, stk. 3 og 5, § 215 a, stk. 1, jf. dog stk. 2, § 215 a, stk. 6, eller § 215 b, stk. 1, eller som overtræder regler, påbud eller forbud udstedt i medfør af §§ 219 og 220.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan i forskrifter om offentliggørelse af tilsynsrapporter, der udstedes i medfør af § 215 a, stk. 8, eller § 219, stk. 6, fastsætte bestemmelser om straf i form af bøde for overtrædelse af bestemmelser i forskrifterne.

20. I § 272, *stk. 2*, indsættes som 2. pkt.:
»Sundhedsstyrelsen kan ligeledes i forskrifter om offentliggørelse af afgørelser, der udstedes i medfør af § 215 b, stk. 3, fastsætte bestemmelser om straf i form af bøde for overtrædelse af bestemmelserne i forskriften.«

§ 2

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. juli 2016.

Stk. 2. Sundhedslovens § 215 b, stk. 3, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 18, finder tilsvarende anvendelse for afgørelser, der er truffet før den 1. juli 2016, og som fortsat er gældende, når de administrative forskrifter udstedt af Sundhedsstyrelsen træder i kraft.

§ 3

Stk. 1. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Lovens § 1, nr. 18 og 20 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.