

Lovforslag nr. L 49. Fremsat den 21. oktober 1992 af sundhedsministeren (Ester Larsen)

Forslag

til

Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om offentlig sygesikring m.v.

(Friere sygehusvalg, behandling på private specialsygehuse m.fl., specialesamling, ambulancetjeneste, færdigbehandlede patienter samt planlægning og samarbejde)

§ 1

I lov om sygehusvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 476 af 7. november 1985, som ændret senest ved lov nr. 279 af 29. april 1992, foretages følgende ændringer:

1. I § 3 indsættes som stk. 4:

»Stk. 4. Amtskommunen indgår driftsoverenskomst med de i § 5, stk. 3, nævnte private specialsygehuse m.fl., som er beliggende i amtsskommunen.«.

2. I § 5 indsættes efter stk. 1 som nye stykker:

»Stk. 2. Amtskommunen yder desuden vederlagsfri behandling ved en anden amtsskommunes sygehuse og fødeklinikker samt på Rigshospitalet til personer, der har bopæl i amtsskommunen.

Stk. 3. Amtsskommunen yder endvidere vederlagsfri behandling til personer, der har bopæl i amtsskommunen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosehospitalet i Haslev, Sclerosehospitalet i Ry, Polio- Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter, Vejlelfjord og Center for Hjernesgade.

Stk. 4. Amtsskommunernes pligt til at yde vederlagsfri behandling i henhold til stk. 3 er begrænset til en årlig økonomisk ramme, som ud-

gør 45,0 mill.kr. for Epilepsihospitalet i Dianalund, 21,8 mill.kr. for Sclerosehospitalet i Haslev, 17,0 mill.kr. for Sclerosehospitalet i Ry, 15,9 mill.kr. for Polio- Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, 6,5 mill. kr. for Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, 7,0 mill.kr. for Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, 7,1 mill.kr. for Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter, 8,3 mill.kr. for Vejlelfjord og 3,5 mill.kr. for Center for Hjernesgade. Beløbsrammerne er anført i 1992 pris- og lønniveau. De pris- og lønreguleres årligt på tilsvarende måde som bloktilskuddene til amtsskommuner.«.

Stk. 2-8 bliver herefter stk. 5-11.

3. I § 5, stk. 5, der bliver stk. 8, ændres »stk. 1-4« til: »stk. 1 og 5-7«.

4. I § 5, stk. 8, der bliver stk. 11, ændres »stk. 1-6« til: »stk. 1 og 5-9«.

5. Efter § 5 a indsættes som ny § 5 b:

»§ 5 b. En person, der henvises til sygehusbehandling, kan blandt de sygehuse, som er omfattet af § 5, stk. 1 - 2, selv vælge, hvilket sygehus den pågældende vil behandles på.

Stk. 2. Adgangen til at vælge i henhold til stk. 1 omfatter ikke sygehusafdelinger uden for bopælsamtsskommunen, der varetager lands- og landsdelsfunktioner, medmindre det efter en lægelig vurdering er nødvendigt, at den på-

gældende bliver behandlet på en sådan afdeling.

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

Stk. 4. En person, der henvises til sygehusbehandling, kan desuden vælge behandling på et af de i § 5, stk. 3, nævnte private specialsygehuse m.fl. Bopælsamtskommunen afholder udgiften herved inden for den i § 5, stk. 4, nævnte økonomiske ramme.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan efter forhandling med justitsministeren og socialministeren fastsætte bestemmelser om, at personer ikke har ret til selv at vælge sygehus i henhold til stk. 1, 2 og 4, når de

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

6. I § 6 indsættes efter stk. 4 som nyt stykke:

»*Stk. 5.* Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, i hvilket omfang der ydes befordring eller befordringsgodtgørelse efter stk. 1, 2 og 4 til personer, der i henhold til § 5 b efter eget valg behandles på et sygehus i en anden amtskommune, på Rigshospitalet eller på de i § 5, stk. 3, nævnte private specialsygehuse m.fl., uden at det efter en lægelig vurdering er nødvendigt af hensyn til sygdommens behandling.«.

Stk. 5 bliver herefter stk. 6.

7. Efter § 10 indsættes:

»§ 10 a. Sundhedsministeren fastsætter regler om tilrettelæggelsen af amtskommunernes ambulancetjeneste.«.

8. Overskriften til *kapitel III* ændres til: »Kapitel III Specialeplanlægning«.

9. § 11 affattes således:

»Amtsrådet udarbejder en plan for amtskommunens virksomhed efter denne lov efter

reglerne om sundhedsplanlægning i lov om offentlig sygesikring.«.

10. § 12 affattes således:

»§ 12. En amtskommune kan, uanset reglerne i § 5, af en kommune opkræve betaling pr. sengedag for færdigbehandlede patienter, der er indlagt på somatiske sygehuse, og som har bopæl i den pågældende kommune.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter den i stk. 1 nævnte sengedagsbetaling.«.

11. I § 13 indsættes som stk. 5:

»*Stk. 5.* I tilfælde, hvor væsentlige hensyn taler for, at visse behandlingsformer samles på ét eller få sygehuse, kan sundhedsministeren, efter forhandling med amtsrådene samt Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser, fastsætte regler for visitation af patienter samt betaling for behandling.«.

12. § 16, *stk. 4*, ophæves.

13. § 16 a, *stk. 2-3*, ophæves.

14. *Kapitel VI* ophæves.

§ 2

I lov om offentlig sygesikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 490 af 21. juli 1986, som ændret senest ved lov nr. 193 af 23. marts 1992, foretages følgende ændringer:

1. § 23, *stk. 2 - 5*, ophæves.

2. Efter § 27 indsættes som nyt kapitel 6 a:

»Kapitel 6 a

Planlægning og samarbejde

§ 27 a. Bestemmelserne i dette kapitel omfatter kommunernes indsats vedrørende:

- Sundhedspleje,
- skolelægeordning,
- tandpleje m.v.,
- hjemmesygepleje,
- forebyggelse og sundhedsfremme og
- sundhedsberedskab.

For amtskommunernes vedkommende omfatter kapitlet amtskommunernes indsats vedrørende:

- Offentlig sygesikring,

- sygehusvæsenet,
- svangerskabshygigjorne og fødselshjælp,
- tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme,
- lægeundersøgelse af børn,
- forebyggelse og sundhedsfremme og
- sundhedsberedskab.

Stk. 2. Reglerne i dette kapitel vedrørende amtskommunale opgaver gælder tilsvarende for Københavns og Frederiksberg kommuner.

§ 27 b. Amtsrådet og kommunalbestyrelserne i amtskommunen skal i fællesskab etablere et samarbejde om den amtskommunale og den kommunale indsats på sundhedsområdet samt mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

§ 27 c. Sundhedsministeren afgiver ved hver kommunal valgperiodes begyndelse en redegørelse som oplæg til de kommunale redegørelser i henhold til § 27 d og den amtskommunale planlægning i henhold til § 27 e.

Stk. 2. Sundhedsministeren udarbejder, efter forhandling med de kommunale organisationer samt Københavns og Frederiksberg kommuner, en vejledning for sundhedsplanlægningen.

§ 27 d. Kommunalbestyrelsen udarbejder een gang i hver kommunal valgperiode en redegørelse, der omfatter:

- 1) Kommunens betjening af kommunens borgere i henhold til den lovgivning, der er nævnt i § 27 a,
- 2) kommunens forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i øvrigt og
- 3) sundhedsberedskabet i kommunen.

§ 27 e. For hver amtskommune skal foreligge en plan for tilrettelæggelsen af amtskommunens virksomhed på sundhedsområdet, der omfatter:

- 1) Planens forudsætninger, herunder en beskrivelse af sundhedstilstanden i amtskommunen,
- 2) det amtskommunale sundhedsvæsenets betjening af amtskommunens borgere i henhold til den lovgivning, der er nævnt i § 27 a,
- 3) amtskommunens forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i øvrigt,

4) amtskommunens samarbejde med alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og øvrige ydere i privat praksis, jf. kapitel 2,

5) amtskommunens samarbejde med kommunerne i amtskommunen og med andre amtskommuner om varetagelse af sundhedsvæsenets opgaver,

6) amtskommunens tilrettelæggelse af ambulancetjenesten og

7) sundhedsberedskabet i amtskommunen.

Stk. 2. Amtsrådet skal behandle planen på et møde i hver kommunal valgperiode.

§ 27 f. Forud for amtsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal amtsrådet indhente udtalelser over forslaget fra

- 1) kommunalbestyrelserne i amtskommunen og
- 2) de berørte alment praktiserende læger, speciallæger og øvrige ydere i privat praksis, jf. kapitel 2.

Stk. 2. Forud for amtsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal amtsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Stk. 3. Amtskommunen inddrager embedslægeinstitutionen i den amtskommunale sundhedsplanlægning.

§ 27 g. Amtsrådet skal ændre sundhedsplanen forud for gennemførelse af væsentlige ændringer i amtskommunens sundhedsvæsen, der ikke er forudsat i planen.

§ 27 h. Den af amtsrådet vedtagne sundhedsplan og senere ændringer heri indsendes til sundhedsministeren og Sundhedsstyrelsen.«.

§ 3

I lov om svangerskabshygigjorne og fødselshjælp, jf. lovbekendtgørelse nr. 477 af 7. november 1985, som ændret senest ved lov nr. 856 af 20. december 1989, foretages følgende ændringer:

1. § 7 affattes således:

»Amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner skal i sundhedsplanen, jf. lov om offentlig sygesikring, redegøre for de forebyggende helbredsundersøgelser og fødselshjælpen.«.

§ 4

I lov nr. 409 af 13. juni 1973 om sundhedsplejerskeordninger, som ændret senest ved lov nr. 254 af 6. juni 1985, foretages følgende ændringer:

1. § 3 ophæves.

§ 5

I lov om skolelægeordning, jf. lovbekendtgørelse nr. 430 af 16. august 1974, som ændret senest ved lov nr. 254 af 6. juni 1985, foretages følgende ændringer:

1. § 4 ophæves.

§ 6

I lov nr. 310 af 4. juni 1986 om tandpleje

m.v., som ændret senest ved lov nr. 858 af 20. december 1989, foretages følgende ændringer:

1. § 7 ophæves.

§ 7

I lov nr. 408 af 13. juni 1973 om hjemmesygeplejerskeordninger, som ændret senest ved lov nr. 254 af 6. juni 1985, foretages følgende ændringer:

1. § 3 ophæves.

§ 8

Loven træder i kraft den 1. januar 1993.

Stk. 2. Bestemmelserne i § 1, nr. 8-9 og 12-14, og §§ 2-7 træder dog først i kraft den 1. januar 1994.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Lovforslaget består af to hoveddele, der vedrører:

- A) – Friere sygehusvalg,
 – ret til behandling på private specialsygehuse m.v.,
 – specialesamling,
 – ambulancetjeneste og
 – færdigbehandlede patienter.
- B) – Planlægning og samarbejde.

Forslagene under A) omfatter alene ændringer i lov om sygehusvæsenet, hvorimod forslagene under B) omfatter ændringer såvel i lov om offentlig sygesikring som i lov om sygehusvæsenet og en række andre sundhedslove.

Lovforslaget er udarbejdet i overensstemmelse med indholdet i den beretning, som Folketingets Sundhedsudvalg afgav den 16. juni 1992 til lovforslag nr. L 74, Folketingsåret 1991-1992, Sundhedsudvalget L 74 - bilag 157. Beretningen er optrykt som bilag 1 til dette lovforslag.

1) Lovforslagets formål og hovedindhold

A) Friere sygehusvalg, behandling på private specialsygehuse m.v., specialesamling, ambulancetjeneste og færdigbehandlede patienter.

Formålet med lovforslaget er:

- at forbedre den enkelte borgers valgmuligheder,
- at sikre de private specialsygehuse m.fl.,
- at sikre en nødvendig specialesamling,
- at fastlægge regler for ambulancetjenesten og
- at indføre en betalingsordning for færdigbehandlede patienter.

Forslaget om friere sygehusvalg skal tilgodese patienternes krav om medbestemmelse, når det gælder valg af behandlingssted. Det er regeringens opfattelse, at de frivillige ordninger med hensyn til frit sygehusvalg, som allerede er igangsat, indebærer en væsentlig forbedring af borgernes valgmuligheder. Regeringen mener imidlertid ikke, at disse aftaler sikrer valgfriheden i tilstrækkelig grad. Lovforslaget omfatter således også mulighed for selv at vælge behandlingssted for patienter, der er henvist til behandling på lands- og landsdelsniveau. I øvrigt omfatter for-

slaget også Rigshospitalet og en række nærmere angivne specialsygehuse m.fl.

Mulighederne for at ønske behandlingssted vil først og fremmest tilgodese hensynet til den enkelte patient. Hertil kommer, at de øgede valgmuligheder vil kunne have en selvstændig værdi for amtskommunerne, idet befolkningens valgmønstre og ændringer heri vil kunne give et indtryk af befolkningens tilfredshed med de enkelte sygehuse. Dermed får amtskommunerne anledning til at rette op på forholdene på sygehuse, der har vanskeligt ved at holde på patienterne.

Sigtet med det friere sygehusvalg er endvidere at skabe et bedre grundlag for en udjævning af ventetider, hvilket også vil kunne indebære samfundsøkonomiske fordele, f.eks. i tilfælde hvor et amt med relativt lange ventetider kan undgå en kostbar kapacitetsudvidelse.

Hvis borgernes egne valg skal være en reel mulighed, kræver det relevante informationer, der gør det muligt at vurdere og sammenligne kvaliteten i de enkelte ydelser. Tilsammen giver det den bedste garanti for, at der sker en kvalitetsudvikling i den offentlige sektor. Regeringen forudsætter, at amtskommunerne i samarbejde med de centrale sundhedsmyndigheder tager de nødvendige initiativer for at tilvejebringe disse oplysninger.

Mulighederne for at vælge sygehus omfatter en række nærmere angivne specialsygehuse m.fl. Forslaget pålægger amtskommunerne at betale for behandling disse steder og er dermed med til at bevare disse sygehuse m.fl.

Endvidere sikrer forslaget, at færdigbehandlede patienter ikke opholder sig længere end højst nødvendigt på sygehuse. Det sker ved at give amtskommunerne mulighed for at opkræve en takst fra kommunerne for færdigbehandlede patienter, der fortsat er indlagt, fordi de ikke kan udskrives p.g.a. manglende primærkommunale foranstaltninger.

B) Planlægning og samarbejde.

Lovforslagets planlægnings- og samarbejdsbestemmelser har først og fremmest til formål at tilvejebringe et fælles grundlag for tilrettelæggelsen af de tilbud, som sundhedsvæsenet stiller til rådighed for den enkelte, og at skabe en sammenhængende tilret-

telæggelse og prioritering inden for sundhedsvæsenet. De nuværende sektoropdelte planlægnings- og samarbejdssystemer foreslås afskaffet. Disse foreslås erstattet af nogle fælles samarbejds- og dialogprocedurer, som bedre tilgodeser behovet for et velfungerende samarbejde mellem sundhedsvæsenet og de tilgrænsende dele af socialvæsenet, f.eks. om indsatsen på ældreområdet, distriktspsykiatrien, en styrket forebyggende indsats og udlægningen af opgaver fra sygehusvæsenet til den primære sundhedssektor.

Efter lovforslaget skal amtskommunernes og kommunernes samarbejde og planlægningsvirksomhed omfatte forebyggelsesindsatsen og sundhedsvæsenets behandlings- og plejeopgaver m.v., herunder sikring af kvalitet i behandlingen.

Det skal understreges, at den samordnede tilrettelæggelse af sundhedssektoren, som tilstræbes med de nye bestemmelser, ikke bør lægge alt i stive rammer. Regeringen lægger tværtimod vægt på at nedbringe unødvendigt formynderi og på, at borgerne skal have valgmuligheder i den offentlige service.

Disse hensyn overflødiggør imidlertid ikke planlægning. På tilsvarende måde, som det gælder for private virksomheder, der producerer på rent markedsmæssige vilkår, har det offentlige sundhedsvæsen behov for at planlægge sine aktiviteter og i mange henseender med samme sigte som private virksomheder: Så effektivt som muligt at levere ydelser, der svarer til brugernes ønsker og behov.

En afgørende faktor i denne forbindelse er ydelsernes kvalitet, og det vil derfor være et vigtigt element i kommunernes og amternes sundhedsplanlægning at fastsætte mål for ydelsernes kvalitet og retningslinjer for, hvordan det sikres og dokumenteres, at målene nås.

Med lovforslaget indføres fælles bestemmelser for samarbejde og planlægning, som omfatter samtlige de kommunale og amtskommunale opgaver på sundhedsområdet. Samtidig ophæves de bestemmelser i den nuværende sundhedslovgivning, som navnlig fastsætter regler om amtskommunernes planlægning på sygehus- og sygesikringsområdet, jf. lovforslagets § 1, nr. 8-9 og nr. 12-14.

I forhold til den nuværende lovgivning indeholder lovforslaget tre større ændringer i forbindelse med planlægning og samarbejde på sundhedsområdet.

1) For det første foreslås det, at der i hver amtskommune skal foreligge en sammenhængende plan for sundhedsvæsenets betjening af borgerne. Planen skal omfatte sygehusvæsenet, den offentlige sygesikrings ydelser i privat praksis, fødselsbetjening, amtskommunens forebyggende foranstaltninger, sikring af kvalitet i behandlingen m.v.

Ved en sammenhængende planlægning vil den enkelte amtskommune skulle tage stilling til prioriteringen og afvejningen mellem sundhedsvæsenets mål og midler, herunder mulighederne for at overflytte opgaver fra sygehusvæsenet til praksissektoren.

For at sikre den tilsigtede sammenhæng og samordning inden for sundhedsvæsenet foreslås det at inddrage såvel kommunerne som praksissektoren i sundhedsplanlægningen.

2) Som den anden større ændring foreslås, at kommunerne én gang i hver valgperiode skal udarbejde en redegørelse for deres aktiviteter på sundhedsområdet. Kommunernes indsats på sundheds- og forebyggelsesområdet har i de senere år været stadig stigende. Denne udvikling vil blive understøttet ved redegørelsen, som vil lægge fastere rammer for indsatsen, synliggøre den og danne grundlag for en bredere prioritering.

3) Den tredje større ændring vedrører nye bestemmelser for samarbejdet mellem det enkelte amtsråd, kommunalbestyrelserne i amtskommunen og de alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger m.v. Lovforslaget fastsætter ikke nærmere regler om den organisatoriske tilrettelæggelse af dette samarbejde. Det vil således være op til parterne selv at tilrettelægge samarbejdet ud fra lokale behov og ønsker.

2) Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser

Sundhedsministeriet har ved udarbejdelsen af lovforslaget forudsat, at det i sig selv ikke må føre til en forøgelse af de samlede offentlige sundhedsudgifter. I den forbindelse skal det særligt fremhæves, at reglerne for det friere sygehusvalg for det første forudsætter, at den enkelte patient er henvist til sygehusbehandling. For det andet er det forudsat, at der kun er frit valg mellem sygehusafdelinger, der varetager lands- og landsdelsfunktioner, når det ud fra en lægelig vurdering er nødvendigt, at den enkelte patient behandles på en sådan afdeling. Forslaget forventes ikke at medføre en øgning af det samlede antal patienter, der henvises til behandling på lands- og landsdelsniveau. På baggrund af ovenstående er det Sundhedsministeriets vurdering, at der er tilstrækkelig sikkerhed for, at det friere sygehusvalg ikke medfører en forøgelse af de samlede offentlige sygehusudgifter. Det skal i den forbindelse bemærkes, at lovforslagets bestemmelser om frit valg mellem sygehuse og sygehusafdelinger, der ikke varetager lands- og landsdelsopgaver, er i overensstemmelse med den

aftale, som amtsrådene har indgået om gennemførelsen af frit sygehusvalg pr. 1. oktober 1992.

Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser er drøftet med Amtrådsforeningen i Danmark samt Københavns og Frederiksberg kommuner. Sundhedsministeriet har i den sammenhæng givet tilsagn om, at der i forbindelse med anvendelsen af lovforslagets bemyndigelsesbestemmelser vil blive gennemført forhandlinger om de kommunal-økonomiske konsekvenser af kommende regler. De kommunale parter har i denne sammenhæng særligt fremhævet behovet for forhandlinger om de økonomiske konsekvenser af de kommende regler om ydelse af befordring og befordringsgodtgørelse, jf. forslagens § 1, nr. 6, og om den amtskommunale ambulancetjeneste, jf. forslagens § 1, nr. 7. Det skal i denne sammenhæng bemærkes, at de kommende regler om ydelse af patientbefordring og befordringsgodtgørelse i forbindelse med sygehusbehandling vil blive fastsat således, at de samlede udgifter til disse ydelser fastholdes på uændret niveau, jf. de indledende bemærkninger om lovforslagets samlede økonomiske virkninger.

Her ud over har de kommunale parter under drøftelserne rejst en række konkrete spørgsmål. Det har givet anledning til følgende præciserende bemærkninger vedrørende enkelte bestemmelser i lovforslaget:

Proceduren for visitation til behandling på lands- og landsdelsniveau sker i henhold til regler, fastsat af den enkelte patients bopælsamtskommune/bopælskommune. Sigtet hermed er at sikre, at den enkelte sygehuskommune fortsat har mulighed for at have overblik over henvisningspraksis vedrørende behandling på lands- og landsdelsafdelinger. Sundhedsministeriet har herved forudsat, at henvisningsproceduren tilrettelægges på en sådan måde, at patienten ikke påføres unødigt ventetid eller gene.

Rigshospitalet er efter forslaget omfattet af reglerne om det friere sygehusvalg. Sundhedsministeriet har i den forbindelse tilkendegivet, at alle hospitalets afdelinger er at betragte som lands- og landsdelsafdelinger. Retten til at vælge behandling på Rigshospitalet tilkommer således alene patienter, der er visiteret til behandling på lands- og landsdelsniveau. Der sker ikke med lovforslaget ændringer i de vilkår, der gælder for Rigshospitalets varetagelse af sygehusbehandling af de borgere, der er bosiddende i hospitalets lokale optageområde.

Det forudsættes, at amtskommunernes samt Københavns og Frederiksberg kommuners benyttelse af Rigshospitalet i overensstemmelse med hidtidig praksis løbende forhandles mellem parterne. På den måde vil det efter Sundhedsministeriets opfattelse

være muligt løbende at tilpasse sygehusvæsenets samlede kapacitet for så vidt angår lands- og landsdelsbehandling til behovet. Det sikres ligeledes, at spørgsmålet om benyttelsen af Rigshospitalet kommer til indgå i amtskommunernes samt Københavns og Frederiksberg kommuners arbejde med den samlede tilrettelæggelse af sundhedsvæsenet, jf. lovforslagets § 2, nr. 2.

Med de her anførte præciseringer er det Sundhedsministeriets opfattelse, at Rigshospitalet med det foreliggende lovforslag kommer til at fungere på samme vilkår som de øvrige lands- og landsdels- sygehuse.

Såfremt en patients bopælsamtskommune fastsætter regler om kommunal betaling for færdigbehandlede patienter, jf. lovforslagets § 1, nr. 10, tilfalder kommunens betaling bopælsamtskommunen uanset, om patienten har valgt at lade sig behandle på et sygehus i en anden amtskommune.

Det er Sundhedsministeriets opfattelse, at lovforslaget ikke giver grundlag for ændring af bloktilskudene til kommunerne. Spørgsmålet er imidlertid ikke færdigforhandlet med Kommunernes Landsfor- ening.

På baggrund af de ovenfor anførte bemærkninger, er det Sundhedsministeriets opfattelse, at lovforslaget ikke giver grundlag for at rejse krav om ændringer af bloktilskudene.

De amtskommunale parter deler ikke Sundhedsministeriets opfattelse af, at lovforslaget sikrer udgiftsneutralitet, og vil derfor på sædvanlig måde rejse efterreguleringskrav, såfremt lovforslaget medfører merudgifter.

Bemærkninger til de enkelte bestemmelser

Til § 1, nr. 1

Forslaget er en konsekvens af forslaget i § 1, nr. 5, (§ 5 b, stk. 4), hvorefter der indføres mulighed for, at patienter som led i gennemførelsen af friere valgmuligheder kan vælge behandling på en række private specialsygehuse m.fl. Formålet er, at beliggenhedsamtskommunen på de øvrige sygehuskommuners vegne skal sikre en i økonomisk henseende rationel drift samt en faglig udvikling af det enkelte private specialsygehus m.fl. Det forudsættes, at beliggenhedsamtskommunen også fører tilsyn med, at tilgangen af patienter, der ønsker behandling på specialsygehuset, tilrettelægges hensigtsmæssigt.

Til § 1, nr. 2

Som led i indførelsen af et friere sygehusvalg, jf. § 1, nr. 5, foreslås i § 1, nr. 2, (§ 5, stk. 2), at amtskom-

munerne generelt forpligtes til at betale for sygehusbehandling ved en anden amtskommunes sygehusvæsen og på Rigshospitalet.

Hidtil har amtskommunernes forpligtelse været begrænset til de tilfælde, hvor den nødvendige behandling ikke kunne gives på amtskommunens egne sygehuse. Det var herved en forudsætning, at hver amtskommune i forbindelse med henvisning til udenamts sygehus afgav et betalingstilsagn, den såkaldte kaution.

Den foreslåede betalingsforpligtelse omfatter behandling på de sygehuse og fødeklionikker, der hører til amtskommunernes sygehusvæsen, jf. sygehuslovens § 3, stk. 1, samt Rigshospitalet. Ved behandling forstås alle former for sygehusedydelser, d.v.s. også undersøgelse og pleje, og hvad enten ydelserne præsteres under indlæggelse eller ambulante.

Det forudsættes, at behandlingen finder sted efter lægehenvi sning, herunder også henvisning fra en anden sygehusafdeling. Forslaget medfører ingen ændringer i den gældende forpligtelse for en amtskommune til gratis at yde akut behandling til borgere fra andre amtskommuner under midlertidigt ophold, jf. sygehuslovens § 5, stk. 1.

Forslaget i stk. 3 og stk. 4 er en konsekvens af forslaget i § 1, nr. 5, (§ 5 b, stk. 4), der indfører mulighed for at vælge behandling på en række private specialsygehuse m.fl. Amtskommunerne pålægges at betale for denne behandling inden for en årlig ramme på 132,1 mill.kr., som svarer til amtskommunernes budgetterede forbrug af de pågældende specialsygehuse m. fl. i 1992 på 90,8 mill.kr. samt en statslig finansiering på 41,3 mill.kr., som med virkning fra den 1. januar 1993 overføres til den amtskommunale bloktilskudspulje. Beløbsrammerne reguleres årligt med den procentsats, der fastsættes for regulering af de amtskommunale bloktilskudsbeløb svarende til den forventede pris- og lønudvikling, jf. stk. 4.

Til § 1, nr 3 og 4

Ændringsforslagene er af redaktionel karakter.

Til § 1, nr. 5

Den foreslåede bestemmelse i stk. 1 tilsigter, at en person, der af sin læge, herunder en anden sygehusafdeling, bliver henvist til sygehusbehandling, kan vælge, hvilket sygehus den pågældende ønsker at blive behandlet på.

Retten til at vælge behandling uden for bopælsamtskommunen omfatter amtskommunale sygehuse og fødeklionikker samt Rigshospitalet, jf. § 1, nr. 2, (§ 5, stk. 2).

Retten til at vælge behandling uden for bopælsamtskommunen omfatter ikke behandlingsinstitutioner, jf. sygehuslovens § 3, stk. 1. F.s.v. angår behandlingsinstitutioner for alkoholmisbrugere henvises til sygehuslovens § 16.

Amtskommunen kan dog også for disse institutioners vedkommende beslutte at give patienter valgfrihed. Forslaget tilsigter således ingen ændringer i de gældende regler, hvorefter en amtskommune kan give borgerne frit valg til alle institutioner.

Det forudsættes, at principperne i de gældende retningslinier for visitation i øvrigt opretholdes. Det vil sige, at sygehusbehandling kun sker efter lægehenvi sning, og at henvisning til behandling på lands- eller landsdelsafdelinger, bortset fra patienter fra disse afdelingers lokale optageområde, typisk sker fra en anden sygehusafdeling eller et andet sygehus.

Retten til selv at vælge hvilket sygehus, man ønsker at blive behandlet på, vil ikke omfatte tilfælde, hvor den pågældende indlægges akut uden forudgående lægehenvi sning. Ved ambulancekørsel i disse akutte situationer («112-udrykning» o.lign.) vil ambulancetjenesten følge den sædvanlige instruks for akut sygehusindlæggelse, hvorefter patienten bringes ind til nærmeste sygehus med den fornødne akutte modtagelse.

I andre akutte tilfælde, hvor der foreligger en forudgående lægelig henvisning og hvor patientens tilstand tillader det, vil der være mulighed for at benytte adgangen til friere sygehusvalg efter § 5 b.

Når en person efter eget ønske bliver henvist til behandling på et bestemt sygehus uden for amtskommunen, har bopælsamtskommunen pligt til at betale for behandlingen. For ikke-akutte patienter forudsættes, at patienterne som udgangspunkt indkaldes til behandling efter en lægelig vurdering af patientens aktuelle situation og behandlingsbehov. Ved beslutningen om at modtage en udenamts patient til behandling kan dog også indgå hensynet til udviklingen i presset på den pågældende afdelings kapacitet. Et sygehus kan således i situationer, hvor særlige hensyn til afdelingens øvrige patienter gør sig gældende, afvise udenamtspatienter.

Forslaget i stk. 2 indebærer, at det er en forudsætning for at kunne vælge at blive behandlet på en sygehusafdeling uden for bopælsamtet, som varetager lands- og landsdelsfunktioner, at det efter en lægelig vurdering er nødvendigt, at den pågældende patient bliver behandlet på en sådan sygehusafdeling. Formålet er at undgå, at adgangen til at vælge behandlingssted skal belaste den kapacitet, der skal være til rådighed for lands- og landsdelspatienter. Forslaget begrænser ikke valgfriheden inden for en amtskommunes eget sygehusvæsen.

Sundhedsstyrelsens cirkulære om retningslinier for lands- og landsdelsfunktioner angiver, hvilke sygehusafdelinger der varetager sådanne funktioner, og giver retningslinier for, hvilke sygdomstilfælde der skal henvises til behandling på lands- og landsdelsafdelinger. Alle lands- og landsdelsafdelinger varetager tillige behandlingsopgaver, som ikke har karakter af lands- og landsdelsfunktioner. Der vil typisk være tale om behandling af patienter fra den pågældende afdelings lokale optageområde. Sådanne lokalpatienter og i øvrigt andre, der er henvist til en bestemt lands- og landsdelsafdeling med henblik på behandling af et mindre kompliceret sygdomstilfælde, kan ikke vælge at blive behandlet på en anden lands- og landsdelsafdeling. Det er således med forslaget sikret, at de enkelte sygdomstilfælde behandles på et specialiseringsniveau, som svarer til patienternes behandlingsbehov.

Forslaget i stk. 3 indebærer, at adgangen til at vælge psykiatrisk behandlingsinstitution kan begrænses, hvis hensynet til psykiatriske patienter taler for det.

Det vil bero på en konkret lægefaglig vurdering, hvorvidt valgfriheden skal begrænses. I vurderingen kan der f.eks. tages hensyn til, at hyppige ønsker om at skifte behandlingssted kan vanskeliggøre den nødvendige kontinuitet i behandlingen.

Forslaget i stk. 4 udvider i øvrigt borgernes mulighed for selv at vælge, hvor de ønsker at blive behandlet til også at omfatte en række private specialsygehuse m.fl.

Adgangen til gratis behandling efter eget valg på de private sygehuse m.fl. ophører, når den årlige økonomiske ramme for det enkelte specialsygehus er opbrugt. Det forudsættes, at behandlingen på private specialsygehuse m.fl. sker efter lægehenvielse. Den endelige visitation af patienter foretages af specialsygehuset.

Amtskommunerne forudsættes som hidtil indbyrdes at indgå aftale om afregning af betalingen for de patienter, der behandles uden for bopælsamt kommunen. Amtskommunerne har med virkning fra 1. oktober 1992 indgået sådanne aftaler om betaling mellem amtskommunerne f.s.v. angår behandling på basissygehusniveau. Betaling for patienter på lands- og landsdelsniveau forudsættes at ske i henhold til de gældende takstreguleringsdirektiver for de enkelte lands- og landsdelssygehuse.

Formålet med bestemmelsen i stk. 5 er, at sundhedsministeren efter forhandling med justitsministeren og socialministeren fastsætter regler om, at visse persongrupper ikke er omfattet af reglerne om friere sygehusvalg, jf. stk. 1, 2 og 4. Bestemmelsen tager sigte på eksempelvis personer, der er anbragt i krimi-

nalforsorgens institutioner eller anbragt på institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien eller straffeloven. For disse persongrupper vil sikkerhedsmæssige hensyn, typisk begrundet i faren for ny kriminalitet eller undvigelse, men også andre hensyn tale afgørende imod et friere sygehusvalg. Endvidere tager bestemmelsen sigte på personer, der er anbragt på sikret afdeling/sikret institution i henhold til lov om social bistand.

Endelig tager bestemmelsen sigte på personer, der er frihedsberøvet eller i øvrigt har fået deres handlefrihed begrænset i henhold til udlændingeloven.

Til § 1, nr. 6.

Sygehuslovens regler om patientbefordring indebærer, sammenholdt med den foreslåede ændring i § 6, stk. 5, at personer, der i øvrigt efter gældende regler opfylder betingelserne for at modtage gratis befordring eller befordringsgodtgørelse, fortsat vil have ret til disse ydelser

- ved behandling på et sygehus inden for bopælsamtskommunen, også når patientens valg af sygehus sker efter § 5 b,
- akut indlæggelse på sygehus uden for bopælsamtskommunen under midlertidigt ophold, når der ikke er tale om benyttelse af adgangen til friere sygehusvalg i § 5 b. F.s.v. angår muligheden for selv at vælge sygehus i tilfælde af akut indlæggelse henvises til bemærkningerne til § 5 b, samt
- ved behandling på sygehus uden for bopælsamtskommunen, når der foreligger lægelig begrundelse herfor.

Med ændringsforslaget til § 6, stk. 5, bemyndiges sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler for, i hvilket omfang der ydes gratis befordring eller befordringsgodtgørelse til personer, der i medfør af § 5 b selv vælger at blive behandlet på et sygehus uden for bopælsamtskommunen, uden at dette ud fra en lægelig vurdering er nødvendigt. Bestemmelsen suppleres af bestemmelsen i sygehuslovens § 7.

De nærmere regler herom vil blive fastsat med udgangspunkt i, at der ydes dækning for befordring og befordringsudgifter til personer, der i øvrigt opfylder betingelserne herfor, med beløb, der gennemsnitligt svarer til udgiften til befordring til nærmeste sygehus i bopælsamtskommunen. Befordringsudgifter herudover må afholdes af patienten.

Dette indebærer i praksis, at der skal fastsættes maksimumbeløb for befordring med henholdsvis ambulance og særligt sygekøretøj (liggende befordring), taxa o. lign (siddende befordring) samt egen bil eller offentlige befordringsmidler.

Ved befordringsreglernes udformning må der tages et vist hensyn til forskellene i de geografiske forhold fra amtskommune til amtskommune. Det vil derfor blive overladt til de enkelte amtsråd på grundlag af sundhedsministerens retningslinier at fastsætte størrelsen af de beløb, der maksimalt kan ydes.

I tilfælde, hvor afstanden til det sygehus, hvor pågældende faktisk behandles, bliver kortere end afstanden til nærmeste sygehus i bopælsamtskommunen, skal patienten have hele udgiften dækket. Der vil dog aldrig kunne ydes mere end det faktiske regningsbeløb.

Der vil endelig blive fastsat regler om, at en eventuel godtgørelse kun skal refunderes patienten, såfremt den overstiger et nærmere fastsat beløb, jf. sygehuslovens § 7.

Til § 1, nr. 7.

Amtskommunerne er forpligtet til at stille ambulancetransport til rådighed for personer, hvis tilstand kræver, at transport til sygehus eller andet behandlingssted finder sted i ambulance eller andet særligt sygekøretøj, jf. sygehuslovens § 6. Der har ikke hidtil i lovgivningen været fastsat nærmere regler om de amtskommunale ambulancetjenesters organisation, omfang, bemanning og udstyr. Det er overladt til den enkelte amtskommune at tilrettelægge den nødvendige ambulancetjeneste som en integreret del af sundhedsvæsenet. I de 14 amtskommuner varetages ambulancetjenesten i praksis gennem entreprisekontrakt med Falcks Redningskorps a/s. Københavns, Frederiksberg, Gentofte og Roskilde kommuner har kommunalt brandvæsen med egne ambulanceberedskaber.

Det er forudsat, at tilrettelæggelsen af ambulancetjenesten skal indgå i amtskommunens plan for tilrettelæggelsen af amtskommunens virksomhed på sundhedsområdet, jf. lovforslagets § 2, nr. 2. Planen forudsættes at omfatte amtskommunens målsætninger for ambulancetjenesten samt organisation og samspillet mellem ambulancetjenesten og de parter, der er involveret deri, f.eks. andre amtskommuner og politiet, der varetager alarmeringsfunktioner. Endvidere forudsættes planen at indeholde en redegørelse for beredskabets omfang og ambulancernes udrustning og bemanning samt sygehusvæsenets og den primære sundhedstjenestes rolle i forbindelse med den præhospital indsats over for akut syge og tilskadekomne.

I de senere år har der været betydelig interesse om den almindelige ambulancetjenestes niveau. Årsagen hertil har bl.a. været, at der løbende sker ændringer i sygehusstrukturen, som betyder en reduktion

i antallet af sygehuse med akut skadestue/modtagelse. I visse egne af landet kan det føre til en længere transporttid af akut syge og tilskadekomne til behandlingssted. Det foreslås på denne baggrund, at sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om ambulancetjenesterne, f.eks. om organisation, ambulancernes udrustning, mindstebemanning m.m. Der tænkes i denne forbindelse bl.a. på regler, der kan fastlægge visse mindstekrav til ambulancevæsenet med henblik på at få tilvejebragt en vis ensartet service landet over, hvis der konkret skønnes at være behov herfor.

I kommende regler vil indgå forbedringer af ambulancepersonalets uddannelse m.m. i overensstemmelse med forslag, der tidligere har været drøftet og opnået enighed om med sygehuskommunerne. Merudgifterne hertil udgør mellem 10 og 17 mill.kr. i de enkelte år fra 1993 til 1998. Disse merudgifter vil blive kompenseret over bloktilskuddene.

Til § 1, nr. 8

Ændringsforslaget er en konsekvens af forslaget om at samle planlægnings- og samarbejdsbestemmelser for hele sundhedsvæsenet i et selvstændigt kapitel i sygesikringsloven. Lovforslagets § 1, nr. 9, indebærer, at størsteparten af de nuværende planlægningsbestemmelser i sygehusloven ophæves, og det foreslås derfor, at overskriften til sygehuslovens kapitel III ændres til »Specialeplanlægning«. Regler om specialeplanlægning er fastsat i sygehuslovens § 13.

Til § 1, nr. 9

Der er tale om en henvisningsbestemmelse, der fastslår, at den amtskommunale planlægning for virksomheden efter sygehusloven sker som en integreret del af den samlede sundhedsplanlægning efter reglerne i sygesikringsloven, jf. lovforslagets § 2, nr. 2. Henvisningen omfatter såvel planlægningen af sygehusvæsenet som planlægningen af driften af behandlingsinstitutioner for alkoholskadede, der hidtil er sket efter § 16, stk. 4, og planlægningen af sygehusberedskabet, der hidtil er sket efter § 16 a, stk. 2 og 3.

Til § 1, nr. 10

Ifølge sygehuslovens § 5 skal amtskommunerne yde vederlagsfri sygehusbehandling til personer, der bor i den pågældende amtskommune.

Den foreslåede bestemmelse i § 1, nr. 10, giver imidlertid amtskommunerne mulighed for at opkræve en takst fra kommunerne for færdigbehandlede

patienter, der ikke kan udskrives på grund af manglende plejehjemspladser eller andre passende kommunale-, sociale- og sundhedsmæssige tilbud. Bestemmelsen gælder alene for det somatiske sygehusvæsen.

Med hjemmel i frikommuneloven har bl.a. Nordjyllands og Frederiksborg amtskommuner gennemført forsøg med primærkommunal betaling for den her omhandlede patientgruppe. Disse forsøg har været en succes.

Formålet med en betalingsordning er at motivere kommunerne til i videre omfang – som alternativ til sygehusindlæggelse – at tilvejebringe de nødvendige og hensigtsmæssige plejetilbud til den pågældende gruppe patienter.

Et andet formål er at fremme samarbejdet mellem amtskommune og kommuner om udskrivningen af færdigbehandlede patienter. Derfor forudsættes det, at ordningen tilrettelægges i samarbejde med primærkommunerne. Det vil i praksis sige, at amtskommunen og kommunerne aftaler samarbejdsformer, som kan sikre, at udskrivningen af patienterne foregår på en sådan måde, at patienterne sikres den nødvendige pleje og omsorg. Det forudsættes også, at kommunerne sikres den fornødne tid til at indrette budgetterne på betalingsforpligtelsen. Det betyder med andre ord, at kommunerne bør adviseres om indførelsen af betalingsordning mindst 5 måneder før vedtagelsen af budgettet.

Herudover har betalingsordningen til formål at forbedre den kommunaløkonomiske lighed, idet ingen kommune længere vil kunne opnå økonomiske fordele ved at lade amtskommunen varetage plejen for færdigbehandlede patienter.

Ifølge stk. 2 fastsætter sundhedsministeren den maksimale sengedagstakt. Taksten fastsættes med udgangspunkt i oplysninger om omkostningerne ved kommunal pleje for ældre med et omfattende plejebehov. Det svarer til en pris på 800 pr. dag (jan. 1991). Beløbet reguleres årligt i overensstemmelse med udviklingen i de faktiske udgifter. For patienter under 67 år nedsættes betalingen med 50%.

De friamtskommuner, der har gennemført betalingsordningen efter frikommuneloven, kan, hvis de ønsker det, videreføre deres ordninger. Hermed tænkes især på adgangen til at opkræve et ekstra beløb, som tilbageføres til kommunerne.

Til § 1, nr. 11

Når væsentlige hensyn taler herfor, kan sundhedsministeren efter den foreslåede bestemmelse efter forhandling med amtsrådene fastsætte bindende visitations- og betalingsregler med henblik på at samle

bestemte former for sygdomsbehandling på ét eller få sygehuse.

Formålet med bestemmelsen er at tilgodese hensynet til behandlingens kvalitet. Ved at samle visse behandlingsformer på ét eller få sygehuse kan der skabes de bedste forudsætninger for at tilbyde patienterne en mere kvalificeret behandling, fordi behandlingen kan varetages af et personale, der har erfaring, rutine og sagkundskab inden for den enkelte sygdom. Dette særlige hensyn til behandlingskvaliteten vil i særlig grad gøre sig gældende for så vidt angår behandling af relativt små patientgrupper. Som eksempler kan nævnes cystisk fibrose, primær knoglekræft og knoglemarvstransplantation.

Samling af sygdomsbehandling, som kræver et højt specialiseringsniveau m.v. på et begrænset antal sygehuse, skal ligeledes ses som led i bestræbelserne på at tilgodese hensynet til behandlingskvaliteten.

Herved opnås endvidere en mere effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer, hvilket også kommer patienterne til gode.

Bestemmelsen forudsættes først og fremmest anvendt i tilfælde, hvor de ovenstående hensyn ikke allerede er tilgodeset i rimeligt omfang i forbindelse med de indgåede aftaler i henhold til § 13, stk. 1-3, eller ved indgåelse af aftaler mellem amtskommunerne og sundhedsministeren.

Til § 1, nr. 12 og 13

De særlige planlægningsbestemmelser i §§ 16, stk. 4, og 16 a, stk. 2 og 3, ophæves. Planlægning af driften af institutioner for alkoholskadede og den amtskommunale planlægning af sygehusberedskabet skal ske efter reglerne om planlægning og samarbejde i sygesikringsloven, jf. bemærkningerne til lovforslagets § 2, nr. 2, og § 1, nr. 9.

Til § 1, nr. 14

Sygehusrådet har efter sygehusloven varetaget en række koordinerende og rådgivende opgaver mellem centrale og decentrale sundhedsmyndigheder. Forslaget om at ophæve sygehusrådet er dels begrundet i, at den statslige godkendelse af sygehusplaner blev ophævet allerede i 1985, dels i, at der med lovforslaget tilvejebringes et samlet regelgrundlag for planlægning af og samarbejde om løsningen af de amtskommunale og kommunale sundhedsopgaver. Det findes derfor ikke hensigtsmæssigt at opretholde bestemmelser om et sygehusråd, der i øvrigt reelt ikke har fungeret gennem en længere årrække.

Til § 2, nr. 1

Med lovforslagets § 2, nr. 1, ophæves de nuværende bestemmelser i sygesikringsloven om de såkaldte § 23, stk. 2-udvalg og § 23, stk. 4-udvalg. Om begrundelsen herfor henvises til bemærkningerne til lovforslagets § 2, nr. 2 (§ 27 b).

Til § 2, nr. 2

Bestemmelserne i lovforslagets § 2, nr. 2, udgør et nyt kapitel i sygesikringsloven. Bestemmelserne udgør tilsammen det fælles regelgrundlag for en samlet planlægning af kommunernes og amtskommunernes varetagelse af deres opgaver på sundhedsområdet.

Dette kapitel i sygesikringsloven adskiller sig fra lovens øvrige bestemmelser ved at fastlægge regler for planlægningen ikke alene for sygesikringsområdet, men for samtlige opgaver på sundhedsområdet, som varetages af kommuner og amtskommuner. Bestemmelserne om en samlet tilrettelæggelse af sundhedsvæsenet omfatter således samtlige lovbestemte opgaver. Hertil kommer, at der med lovforslaget bliver en generel bestemmelse, der sikrer, at det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde indgår i arbejdet på lige fod med behandlings- og plejeopgaver.

Den foreslåede samling af planlægnings- og samarbejdsbestemmelserne i én lov er en understregning af ønsket om en sammenhængende tilrettelæggelse af sundhedsvæsenet, der udarbejdes som én samlet redegørelse eller plan for henholdsvis kommunernes og de amtskommunale sundhedsvæseners varetagelse af sundhedsopgaverne. For at sikre den nødvendige sammenhæng i regelgrundlaget er det endvidere fundet hensigtsmæssigt at samle planlægningsbestemmelserne i én lov, således at der i mindst mulig omfang bliver tale om delbestemmelser om planlægning inden for hver enkelt sektor i sundhedsvæsenet.

Såvel amtskommuner som kommuner varetager i dag opgaver efter sygesikringsloven. Sygesikringslovens planlægningsbestemmelser indeholder allerede i dag krav om samordning og koordination mellem den amtskommunale og den kommunale virksomhed, og det findes derfor hensigtsmæssigt at samle planlægnings- og samordningsbestemmelser for hele sundhedsområdet i sygesikringsloven.

I den nuværende sundhedslovgivning er fastsat bestemmelser for amtskommunernes planlægning i sygehuslovens § 11 (amtskommunens planlægning af sit sygehusvæsen), § 16, stk. 4 (planer for drift af behandlingsinstitutioner for alkoholskadede) og § 16 a, stk. 2 og 3 (sygehusberedskab) samt i § 7 i lov om

svangerskabshygiejne og fødselshjælp, mens kommunernes planlægning af de kommunale sundhedsordninger – sundhedspleje, skolesundhedspleje, tandpleje og hjemmesygepleje – hidtil har fulgt bestemmelser i den sociale styrelseslov. Egentlige samarbejdsbestemmelser findes i sygesikringslovens § 23.

Ved lovforslaget ophæves disse bestemmelser og erstattes af de fælles bestemmelser om planlægning og samarbejde i sygesikringsloven.

Til § 27 a

Bestemmelsen i den foreslåede § 27 a opregner de opgaveområder, der skal indgå i de kommunale redegørelser efter forslaget § 27 d og de amtskommunale planer efter §§ 27 e – 27 h. Bestemmelsen i forslaget § 27 b om kommunernes og amtskommunernes planlægning og samarbejde sigter imidlertid ikke alene på samordning på de sundhedsmæssige områder, der er indeholdt i sundhedslovgivningen, men har også til formål at sikre et tæt og løbende samarbejde med de tilgrænsende sektorer, særlig socialsektoren.

Til § 27 b

Nødvendigheden af et tæt og fast samarbejde mellem de forskellige dele af sundheds- og socialvæsenet er blevet fremhævet gentagne gange i de senere år, f.eks. i forbindelse med etableringen af distriktspsykiatriske ordninger. I de kommende år vil kravet om samarbejde og sammenhæng blive yderligere skærpet i forbindelse med de fortsatte opgaveforskydninger på sundhedsområdet, som har medført og fortsat vil medføre, at grænserne mellem sygehussektoren, praksissektoren, den øvrige primære sundhedssektor og socialsektoren bliver stadig mere flydende. Indtil nu har det bl.a. givet sig udslag i kortere liggetider, mere ambulante og udadgående virksomhed fra sygehusene, udbygning af den kommunale døgnpleje og overflytning af opgaver til de praktiserende læger og kommunerne.

Formålet med den foreslåede bestemmelse er at sikre et tæt og løbende samarbejde mellem amtskommuner, kommuner, praktiserende læger og øvrige ydere på sygesikringsområdet samt de tilgrænsende sektorer, særlig socialsektoren. Det gælder både i forbindelse med behandling, pleje m.v. af den enkelte patient og i forbindelse med tilrettelæggelsen og prioriteringen af indsatsen på sundhedsområdet.

Ved lovforslagets § 2, nr. 1, ophæves de nuværende bestemmelser i sygesikringsloven om de såkaldte § 23, stk. 2-udvalg, hvorefter der i hver amtskommune skal nedsættes et udvalg med repræsentation fra amtsrådene og kommuneforeningen i amtskommunen, som skal virke til fremme af samarbejde og samordning mellem praktiserende læger, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed.

Forslaget indebærer endvidere nedlæggelse af sygesikringslovens § 23, stk. 4-udvalg, som består af repræsentanter fra § 23, stk. 2-udvalgene og fra vedkommende lægekredsforening.

Disse udvalg har i en vis udstrækning varetaget opgaver i forbindelse med samarbejde, samordning og især planlægning, herunder samordningsforanstaltninger mellem sygesikringens ydelser og sygehusvæsenet.

På baggrund af de noget vekslende erfaringer med begge udvalg og de senere års udvikling med opbygning af andre mere fleksible og bedre fungerende samarbejdsmønstre i mange amtskommuner, er det ikke fundet hensigtsmæssigt at opretholde den lovbestemte udvalgstruktur, men at overlade det til det enkelte amtsråd og kommunalbestyrelserne i amtskommunen i fællesskab at tilrettelægge samarbejdet, så det bedst opfylder de lokale behov og ønsker. Forslaget skal endvidere ses som konsekvens af, at der med lovforslaget fastlægges en samlet ramme for den kommunale og amtskommunale sundhedsplanlægning og samordning for hele sundhedsvæsenet. Amtskommunen skal i sin sundhedsplan redegøre for samarbejdet.

Det bemærkes, at de nuværende sygesikringsoverenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de lægelige organisationer indeholder henvisninger til sygesikringslovens bestemmelser om fællesudvalg (§ 23, stk. 4-udvalg). Der vil derfor være behov for at foretage en teknisk ajourføring af overenskomsterne inden 1. januar 1994, hvor lovforslagets § 2, nr. 1, træder i kraft.

Til § 27 c

Bestemmelsen, som er ny, sigter mod at udbygge dialogen mellem kommunerne, amtskommunerne, regeringen og Folketinget på sundhedsområdet. Redegørelsen efter stk. 1 afgives dermed i starten af hver kommunal valgperiode og dermed før, kommunerne skal behandle deres redegørelser, jf. § 27 d, og amtskommunerne deres sundhedsplaner, jf. § 27 e, stk. 1.

Det er hensigten, at redegørelsen skal indeholde nogle afsnit, der beskriver nogle mere generelle forudsætninger for kommunernes og amtskommunernes arbejde. Det kan f.eks. være oplysninger om den demografiske udvikling og dens forventede konsekvenser for sundhedsvæsenet, oplysninger om sundhedssektorens økonomi m.v.

Herudover er det tanken, at der i redegørelsen kan være en nærmere redegørelse for temaer, som anbefales/ønskes behandlet i det kommende planlægningsarbejde. Formålet hermed kan f.eks. være at medvirke til sikring af en fortsat udvikling af den forebyggende indsats inden for de fastlagte økonomiske rammer, at fremme arbejdet med kvalitetsudvikling og kvalitets sikring i sundhedsvæsenet og tilrettelæggelsen af arbejdet med genoptræning af patienter, der er udskrevet fra sygehus m.v.

Udvælgelsen af de konkrete temaer vil ske på grundlag af drøftelser med de kommunale parter.

Redegørelsen skal i forbindelse med planlægnings- og samordningsarbejdet bl.a. kunne tjene som inspiration for kommunernes og amtskommunernes arbejde. Dernæst vil den være et instrument til mere generelle sundhedspolitiske og sundhedsfaglige udmeldinger fra de centrale sundhedsmyndigheder.

Sundhedsministeren kan ved udarbejdelsen af retningslinierne efter stk. 2 bl.a. medvirke til sikring af en fortsat udvikling af den forebyggende indsats inden for de fastlagte økonomiske rammer. Bestemmelsen i stk. 2 giver i lighed med den nugældende lovgivning fortsat tillige mulighed for at give faglige udmeldinger vedrørende planlægning af sundhedsberedskabet. Den faglige vejledning vedrørende sundhedsberedskabet kan eventuelt udfærdiges i sammenhæng med den vejledning om sundhedsberedskabet, der gives i henhold til lov om det civile beredskab eller anden lovgivning, der måtte erstatte denne.

Til § 27 d

Den foreslåede bestemmelse om, at kommunalbestyrelsen en gang i hver valgperiode skal behandle en sundhedsredegørelse, er ny i forhold til den nuværende lovgivning.

Kommunerne har i de senere år i stigende omfang påtaget sig opgaver af sundhedsmæssig karakter, f.eks. i forbindelse med udbygning af døgnplejen og på det forebyggende område. Denne udvikling bør fastholdes og styrkes. En redegørelse vil kunne bidrage hertil ved at skabe grundlag for en mere sammenhængende vurdering og prioritering af kommu-

F. t. l. vedr. sygehusvæsenet m.m.

nens indsats på sundheds- og forebyggelsesområdet og ved at synliggøre indsatsen på området. Derudover vil redegørelsen kunne give den enkelte kommunalbestyrelse et bedre grundlag for det løbende samarbejde med amtskommunen på sundhedsområdet og for kommunens medvirken i den amtskommunale sundhedsplanlægning, herunder udarbejdelse af høringsudtalelse over forslag til den amtskommunale sundhedsplan i henhold til § 27 e, stk. 1.

De kommunale redegørelser skal omfatte kommunens tilrettelæggelse af ordningerne i henhold til lovgivningen om de kommunale sundhedsordninger (sundhedspleje, skolelægeordning, tandpleje og hjemmesygepleje), kommunens forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i øvrigt samt sundhedsberedskabet i kommunen. Det bør af redegørelserne fremgå, hvilke mål kommunerne har sat for ydelsernes kvalitet, og hvorledes målene opfyldes.

Til § 27 e

Bestemmelsen fastsætter, at der i hver amtskommune skal foreligge en sundhedsplan, der skal behandles på et møde i amtsrådet i hver valgperiode.

Planlægningen af det amtskommunale sundhedsvæsen følger i dag forskellige regel- og aftalesæt. På sygehusområdet er hovedområderne for en sygehusplan reguleret i sygehuslovens § 11, stk. 2. Sygesikringsloven indeholder ikke bestemmelser om praksisplanlægningens indhold. Planlægningen på praksisområdet baserer sig på aftaler mellem overenskomstens parter og er reguleret i sygesikringsoverenskomsterne for almen lægehjælp, speciallægehjælp m.fl.

I forhold til den nuværende planlægning på sundhedsområdet indebærer forslaget, at den sektoropdelte planlægning af det amtskommunale sundhedsvæsen erstattes af en sammenhængende sundhedsplanlægning, som omfatter samtlige amtskommunale opgaver på sundhedsområdet (sygehusvæsenet, sygesikringsområdet, svangerskabshygien og fødselshjælp, vaccination og lægeundersøgelser af børn), og som inddrager kommunerne og praksissektoren i planlægningen, jf. også § 27 f. Denne ændring indføres for at tilgodese behovet for en styrket samordning og for en samlet prioritering og afvejning mellem sundhedsvæsenets forskellige dele. Et væsentligt område for en sammenhængende sundhedsplanlægning vil være at undersøge og beskrive mulighederne for at overføre opgaver fra sygehusvæsenet til den primære sundhedssektor f.eks. skadebehandling, forundersøgelser og efterbehandling.

Bestemmelsen om en sammenhængende planlægning ændrer ikke den nuværende opgave- og kompetencefordeling mellem amter og kommuner og mellem de kommunale myndigheder og praksissektoren.

Den sammenhængende sundhedsplanlægning indebærer ingen ændring i praksissektorens nuværende liberale status. I dag er praksisplanlægningen reguleret i overenskomsterne mellem den offentlige sygesikring og de enkelte organisationer, som indeholder bestemmelser om bl.a. plangrundlag, planforudsætninger, vejledende normer for planerne samt godkendelse af planerne. Samtlige disse spørgsmål kan fortsat indgå i overenskomsterne, og gennemførelse af en af amtsrådet vedtagen plan vil fortsat forudsætte, at planen enten er i overensstemmelse med allerede indgåede aftaler, eller at der indgås nye aftaler, som sikrer dens gennemførelse.

Fleere amtskommuner har allerede påbegyndt en mere sammenhængende sundhedsplanlægning. Lovforslaget er således i overensstemmelse med amtskommunernes egne bestræbelser på at forbedre sundhedsplanlægningen.

Bestemmelsen i stk. 1 fastsætter de overordnede indholdsmæssige rammer for en sundhedsplan. Disse krav opfyldes allerede helt eller delvist i den sammenhængende sundhedsplanlægning, som flere amtskommuner har igangsat. Bestemmelsen sigter da heller ikke så meget mod at regulere den enkelte amtskommunes planlægning inden for sundhedsvæsenet som på at fremme og styrke samarbejde med kommunerne og praksissektoren om tilrettelæggelsen af det amtskommunale sundhedsvæsen, jf. § 27 f.

Et væsentligt formål med den amtskommunale sundhedsplanlægning vil være at fremme arbejdet med udvikling og sikring af kvaliteten i de ydelser, der tilbydes i det amtskommunale sundhedsvæsen. Aktiviteter, der skal sikre kvalitet i sundhedsvæsenet, er ikke noget nyt, men befolkningens forventninger til kvaliteten er stigende. Det gælder både m.h.t. behandlingens resultater og den måde, ydelserne leveres på. Med friere valgmuligheder sættes også yderligere fokus på kvaliteten. Der vil derfor være et stigende behov for at kunne måle og dokumentere et bestemt kvalitetsniveau.

Der har på den baggrund i de senere år været en klar tendens til systematisering og synliggørelse af arbejdet med kvalitetssikring. Denne udvikling bør fortsættes og forstærkes. Fastsættelse af mål for sundhedsvæsenets kvalitet og principper for målopfølgningen bliver derfor centrale ledelsesopgaver for amtsrådet, og disse mål og principper vil være centrale elementer i sundhedsplanlægningen i de kommende år.

I forhold til den nuværende lovgivnings krav til planlægningen på sundhedsområdet indebærer lovforslaget tre egentlige ændringer.

For det første foreslås, at amtskommunen skal redegøre for planens forudsætninger, herunder sundhedstilstanden i amtskommunen. Hovedsigtet med denne bestemmelse er at udvide sundhedsplanlægningens område fra sygdomsbehandling m.v. til også at rette sig mod forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedsplanlægningen vil kunne medvirke til en mere aktiv og målrettet forebyggende indsats fra kommuner, amtskommuner m.v. ved at give den grundlæggende beskrivelse af sundhedstilstanden hos amtskommunens befolkning.

For det andet foreslås, at amtsrådet i planen skal redegøre for amtskommunens forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger.

Allerede i dag yder kommuner og amtskommuner en væsentlig indsats på forebyggelsesområdet både i form af selvstændige forebyggelsesaktiviteter og som led i løsningen af deres opgaver inden for de enkelte sektorer. Sines størstedelen af amtskommunerne allerede har lagt deres indsats på forebyggelsesområdet i fastere rammer, er det endnu ikke så udbredt i kommunerne. De amtskommunale sundhedsplaners behandling af indsatsen på forebyggelsesområdet vil sammen med de kommunale redegørelser, jf. § 27 d, kunne danne grundlag for samarbejde om et styrket forebyggende arbejde på det lokale plan. I forbindelse med behandlingen af de kommunale redegørelser og de amtskommunale sundhedsplaner vil den enkelte kommunalbestyrelse og det enkelte amtsråd få lejlighed til nærmere at overveje og drøfte kommunens og amtskommunens tilrettelæggelse af det forebyggende arbejde ud fra lokale behov og forhold.

For det tredje foreslås, at samarbejdet både mellem amtskommunen og de alment praktiserende læger, speciallæger og øvrige ydere på sygesikringsområdet og mellem amtskommunen, kommunerne i amtskommunen og med andre amtskommuner bliver gjort til genstand for selvstændige redegørelser i sundhedsplanen. Hensigten hermed er at få etableret og aftalt fastere samarbejdsformer mellem sundhedsvæsenets forskellige dele, at orientere offentligheden m.v. om samarbejdet og endelig at fastholde bestræbelserne på at fremme samarbejdet.

Amtskommunens sundhedsplanlægning skal omfatte tilrettelæggelsen af ambulancetjenesten, jf. bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 7. Derudover foreslås det, at sundhedsberedskabet indgår som en del af amtskommunens sundhedsplanlægning, ligesom det efter § 27 d indgår i den kommunale sundhedsredegørelse. Sundhedsberedskabet forstås tradi-

tionelt som sygehusberedskabet, beredskab i primær sundhedstjeneste samt lægemiddelberedskabet, og det er tæt forbundet til f.eks. det hygiejniske beredskab og beredskabet i den sociale sektor.

Den gældende lovgivning om det civile beredskab indebærer, at det påhviler de enkelte ministre inden for deres administrationsområde at træffe foranstaltninger, som til enhver tid måtte være påkrævet med henblik på landets civile beredskab, jf. § 2, stk. 1, i lov om det civile beredskab. Heraf følger, at sundhedsministeren har det overordnede ansvar for sundhedsberedskabet. I henhold til civil beredskabsloven er hovedprincippet i øvrigt, at den myndighed, der varetager en opgave, også har denne opgave i beredskabssituationer og derfor har den løbende planlægningsopgave.

I den nuværende sundhedslovgivning er kun sygehusberedskabet omhandlet i sygehuslovens kapitel IV a. I henhold til civilforsvarslovens § 2 omfatter civilforsvaret bl.a. sygehusberedskabet.

Dette indebærer, at etableringen af sygehusberedskabet sker i henhold til civilforsvarets beredskabsbestemmelser, og at det efter etableringen er underlagt civilforsvarskommandoens operative ledelse i tilfælde af krig.

Efter civilforsvarsloven varetager civilforsvaret opgaver såvel i krig som ved katastrofer i fredstid. Ifølge sygehuslovens § 16 a, stk. 1, kan sygehusberedskabet ligeledes anvendes såvel i krigstid som ved katastrofer i fredstid. Lov om det civile beredskab taler alene om krigstid. På grund af den nære sammenhæng betyder det dog ikke, at beredskab i primær sundhedstjeneste ikke også kan tænkes anvendt ved katastrofer i fredstid.

Sundhedsministeren vil drøfte med de kommunale parter hvilke krav, der skal stilles til amters og kommuners planlægning af sundhedsberedskabet, jf. §§ 27 d og 27 e, i forbindelse med sundhedsministerens udarbejdelse af en vejledning for sundhedsplanlægningen, jf. § 27 c, stk. 2.

Amtsrådet skal efter bestemmelsen i stk. 2 behandle sin sundhedsplan på et møde i hver valgperiode. Bestemmelsen indebærer, at amtsrådene skal udarbejde en sammenhængende sundhedsplan i den valgperiode, som falder sammen med lovens ikrafttræden. I de efterfølgende valgperioder skal amtsrådet mindst en gang gennemgå og vurdere sin sundhedsplan. På denne baggrund kan amtsrådet f.eks. beslutte at videreføre planen i sin helhed, at gennemføre en række mindre revisioner eller at foretage en gennemgribende revision af dele af planen. Bestemmelsen tilgodeser et ønske blandt amtsrådene om at få mulighed for at samle planlægningsarbejdet om afgrænsede og særligt presserende områder.

Til § 27 f

Bestemmelsen fastsætter procedurer for høring af kommunerne og praksissektoren i forbindelse med den amtskommunale sundhedsplanlægning. Bestemmelsen skal sammen med bestemmelsen i § 27 b medvirke til at udbygge og styrke samarbejdet samt samordningen mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet og mellem sundhedsvæsenet og de tilgrænsende sektorer, især socialektoren.

Efter stk. 1, nr. 1, skal amtsrådet indhente udtalelser fra hver af kommunalbestyrelserne i amtskommunen forud for rådets behandling af forslag til sundhedsplan, herunder ændring af sundhedsplanen.

Som et område, hvor kommunalbestyrelserne må inddrages, kan nævnes det distriktspsykiatriske tilbud. Dette tilbud forudsætter et tæt samarbejde mellem amtskommunerne og kommunerne.

Som områder, hvor kommunalbestyrelserne kan have en umiddelbar interesse i at blive inddraget, kan nævnes alternativer til sygehusindlæggelse, genoptræning og lignende ydelser, hvor kommunale og amtskommunale tilbud enten kan erstatte eller supplere hinanden. Kommunalbestyrelserne kan derudover have en mere generel interesse i at få lejlighed til at udtale sig over og stille forslag til ændringer i det amtskommunale sundhedsvæsens betjening af kommunens befolkning. Det er åbenbart i forbindelse med ændringer i sygehusbetjeningen, men kan også være tilfældet i forbindelse med betjeningen med almen lægehjælp.

Efter stk. 1, nr. 2, skal amtsrådet indhente udtalelser fra de alment praktiserende læger, speciallæger og øvrige ydere på sygesikringsområdet over forslag til sundhedsplan, herunder ændring af planen.

Bestemmelsen i stk. 1 vil medvirke til en større offentlighed og åbenhed om sundhedsplanlægningen. Især bestemmelsen om høring af kommunalbestyrelserne i stk. 1, nr. 1, vil skabe opmærksomhed og lægge op til lokal debat om planen og dens forslag til betjening af lokalområdet. Som flere amtsråd allerede har gjort, kan de enkelte amtskommuner selv inddrage offentligheden i sundhedsplanlægningen, også for at få en bredere debat om det amtskommunale sundhedsvæsen.

Med bestemmelsen i stk. 1, nr. 2, sikres praksissektorens fortsatte medvirken i planlægningen. I forhold til i dag bliver praksissektorens deltagelse i planlægningen udvidet fra alene at omfatte praksisområdet til at omfatte hele det amtskommunale sundhedsvæsen. Herved forbedres praksissektorens muligheder for at præge den samlede planlægning af sundhedsvæsenet.

Forslagets stk. 2 svarer til sygehuslovens § 11, stk. 4, der ophæves. Rådgivning vedrørende sygehusberedskabsdelen af sundhedsplanen indhentes hos Civilforsvarsstyrelsen.

Efter stk. 3 inddrager amtskommunen embedslægeinstitutionen i den amtskommunale sundhedsplanlægning.

Til § 27 g

Den foreslåede bestemmelse svarer indholdsmæssigt til sygehuslovens § 11, stk. 3, der ophæves.

Til § 27 h

Ifølge sygehuslovens § 11, stk. 6, skal amtskommunerne indsende deres sygehusplan eller ændring af sygehusplan til sundhedsministeren. Ministeren kan meddele sine bemærkninger til planerne. I særlige tilfælde, når væsentlige sundhedsmæssige hensyn taler herfor, kan ministeren bestemme, at amtsrådet skal behandle sin plan eller planændring på ny.

Med den foreslåede bestemmelse opretholdes kravet om, at amtskommunerne indsender deres planer til sundhedsministeren. Samtidig er bestemmelsen udvidet til også at omfatte Sundhedsstyrelsen i overensstemmelse med eksisterende praksis. Sundhedsministeriet sender planerne til Civilforsvarsstyrelsen. Derimod er der ikke fundet grundlag for at opretholde den særlige hjemmel til ministeren til at meddele sine bemærkninger til de amtskommunale sundhedsplaner og eventuelt henvise dem til fornyet behandling i amtsrådet. Sundhedsministeren vil også uden hjemlen kunne meddele sine bemærkninger og i den forbindelse anmode amtsrådet om at overveje eller behandle planen på ny, hvis væsentlige sundhedsmæssige hensyn taler derfor.

Til § 3, nr. 1

Der er tale om en henvisningsbestemmelse, der fastslår, at den amtskommunale planlægning for virksomheden efter lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp sker som en integreret del af den samlede sundhedsplanlægning efter reglerne i sygesikringsloven.

Til §§ 4-7

§§ 4-7 i lovforslaget indebærer ophævelse af visse bestemmelser om planlægning af virksomheden i de kommunale sundhedsordninger (sundhedspleje,

skolelægeordning, tandpleje og hjemmesygepleje). Bestemmelserne erstattes af de foreslåede nye bestemmelser om planlægning og samarbejde.

Til § 8

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. januar 1993.

For så vidt angår bestemmelserne om en samlet tilrettelæggelse af sundhedsvæsenet findes det dog hensigtsmæssigt, at disse træder i kraft samtidig med, at en ny kommunal valgperiode begynder. I forslagets § 8, stk. 2, er det derfor foreslået, at de bestemmelser, der vedrører planlægning og samarbejde træder i kraft den 1. januar 1994.

Bilag 1

Sundhedsudvalget
(L 74 - bilag 157)

Beretning

over

Forslag til lov om det offentlige sundhedsvæsen

Udvalget har behandlet lovforslaget i en række møder og har herunder stillet spørgsmål til sundhedsministeren, som denne har besvaret skriftligt.

Endvidere har udvalget modtaget skriftlige og/eller mundtlige henvendelser fra:

Amtsrådsforeningen i Danmark,
Axel René Aubertin, læge, Støvring,
Børnehaveklasseforeningen,
Dansk Epilepsiforening,
Dansk Metalarbejderforbund, Århus afdeling,
Dansk Røde Kors, Center for Førstehjælp og Sundhedsfremme,
Dansk Sygeplejeråd,
Dansk Tandlægeforening,
Dansk Tandplejerforening,
Danske Fysioterapeuter,
Danske Mejeriers Fællesorganisation,
De Samvirkende Invalideorganisationer,
Den Almindelige Danske Lægeforening,
Epilepsihospitalet, Kolonien Filadelfia,
Ergoterapeutforeningen,
Forbundet for offentligt ansatte, Dansk Kommunal Arbejderforbund,
Forebyggelsespolitisk Råd,
Foreningen Praktiserende Speciallæger,
Funktionærernes og Tjenestemændenes Fællesråd,
Gorm Høyberg, skolelæge, Kolding,
Kommunalforeningernes Samarbejdsorganisation,
Kræftens Bekæmpelse,
Landsforeningen Sind,

Arne Lindahl, skolelæge, Hillerød,
Mødrehjælpen af 1983,
Praktiserende Tandlægers Organisation,
Roskilde Amt,
Torben Studnitz, Roskilde,
Tandlægenes Nye Landsforening,
Tandlægeskolen,
Venneforeningen for Gigthospitalet i Skælskør,
Ældre Sagen og
Økonomaforeningen.

Nogle af sundhedsministeren foreslåede ændringsforslag til lovforslaget er optrykt som bilag til beretningen.

Herefter bemærker et *flertal* (udvalget med undtagelse af Fremskridtspartiets medlem), at man er enig om at gennemføre nedennævnte ændringer af sygehusloven med henblik på ikrafttræden den 1. januar 1993:

Friere sygehusvalg.

Den enkelte patient skal have friere sygehusvalg. Ved indlæggelse på sygehusafdeling skal den enkelte patient have ret til at vælge mellem indlæggelse på sygehus m.v. i sin bopælskommune, på sygehus m.v. i en anden amtskommunes sygehusvæsen, på Rigshospitalet eller på et af nedennævnte private specialsygehuse m.fl. Bopælskommunen afholder udgifterne i forbindelse med indlæggelsen.

For at sikre at kapaciteten på sygehusafdelinger med lands- og landsdelsfunktioner er til

rådighed for lands- og landsdelspatienter, skal der ikke være adgang til at vælge indlæggelse på sygehusafdelinger med lands- og landsdelsfunktioner uden for bopælsamtskommunen, medmindre vedkommende patient har behov for behandling på en sådan afdeling.

For psykiatriske patienter skal retten til friere sygehusvalg kunne indskrænkes, hvis hensynet til patientens behov taler herfor.

Ovennævnte udmøntes i overensstemmelse med § 39 i lovforslaget samt det af sundhedsministeren i brev af 4. juni 1992 foreslåede ændringsforslag nr. 8. Ændringsforslaget er optrykt som bilag til denne beretning. I forhold hertil udvides det frie sygehusvalg til også at omfatte psykiatriske patienter som ovenfor anført.

Sikring af private specialsygehuse m.fl.

Med henblik på at sikre en række private specialsygehuses fortsatte drift skal den enkelte amtskommune forpligtes til at yde gratis behandling til personer med bopæl i amtskommunen på følgende sygehuse m.fl.:

Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosehospitalet i Haslev, Sclerosehospitalet i Ry, Polio-, Trafik- og Ulykkeskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter, Vejlelfjord og Center for Hjernesgade.

Amtskommunernes ydelse af gratis behandling på de ovennævnte private specialsygehuse m.fl. skal begrænses til en årlig økonomisk ramme, som udgør 45,0 mio. kr. for Epilepsihospitalet i Dianalund, 21,8 mio. kr. for Sclerosehospitalet i Haslev, 17,0 mio. kr. for Sclerosehospitalet i Ry, 15,9 mio. kr. for Polio-, Trafik- og Ulykkeskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, 6,5 mio. kr. for Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, 7,0 mio. kr. for Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, 7,1 mio. kr. for Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter, 8,3 mio. kr. for Vejlelfjord og 3,5 mio. kr. for Center for Hjernesgade. Beløbsrammerne er anført i 1992-pris- og lønniveau og reguleres årligt svarende til den forventede pris- og lønudvikling.

Ovennævnte udmøntes i overensstemmelse med de af sundhedsministeren i brev af 4. juni 1992 under nr. 6 og 7 foreslåede ændringsforslag til lovforslaget. Ændringsforslagene er optrykt som bilag til denne beretning.

Specialesamling.

Sundhedsministeren skal have bemyndigelse til, når væsentlige hensyn taler herfor og efter forhandling med amtsrådene i fællesskab, at fastsætte regler for visitation af patienter og betaling for behandlingen. Formålet er at tilgodese hensynet til behandlingens kvalitet, særligt for så vidt angår de relativt små patientgrupper. Ved at samle visse behandlingsformer på et eller få sygehuse kan der skabes de bedste forudsætninger for at tilbyde patienterne en mere kvalificeret behandling, fordi behandlingen kan varetages af et personale, der har erfaring, rutine og sagkundskab inden for den enkelte sygdom.

Ovennævnte udmøntes i overensstemmelse med lovforslagets § 54, stk. 4.

Ambulanceberedskab.

Sundhedsministeren skal have bemyndigelse til at fastsætte regler om tilrettelæggelsen af amtskommunernes ambulancetjenester. I en kommende bekendtgørelse skal der fastsættes regler, som indebærer minimumsgrænser for ambulancebemandingen og -udrustningen, bedre planlægning, koordinering og visitation af ambulanceindsatsen samt bedre uddannelse af ambulancemandskabet. Som led i planlægningen af ambulancetjenesten skal hver enkelt amtskommune fastsætte responstider for beredskabet. Det præciseres, at bekendtgørelsen nøje skal opfylde kravene i forslag til folketingsbeslutning om en ambulancelov (nr. B 47), som blev vedtaget af Folketinget den 16. maj 1991, jf. Folketingstidende 1990-91, 2. samling, Tillæg C, sp. 537.

Ovennævnte udmøntes i overensstemmelse med lovforslagets § 45.

Færdigbehandlede patienter.

Den enkelte amtskommune skal have lov hjemmel til at opkræve en takst fra kommunerne for færdigbehandlede patienter, der er ind-

lagt og ikke udskrives på grund af manglende plejehjemspladser eller andre passende kommunale sociale og sundhedsmæssige tilbud, som den pågældende patientgruppes tilstand måtte gøre påkrævede.

Formålet med betalingsordningen er at motivere kommunerne til i videre omfang, som alternativ til sygehusindlæggelse, at tilvejebringe de nødvendige og hensigtsmæssige plejetilbud til den pågældende gruppe patienter. Ordningen har med succes været gennemført i Nordjyllands og Frederiksborg Amtskommuner som frikommuneforsøg.

Den enkelte amtskommune fastsætter efter forhandling med amtets kommuner de nærmere vilkår, hvorunder taksten opkræves.

Ovennævnte udmøntes i overensstemmelse med lovforslagets § 65.

Lovgivning om en sammenhængende sundhedsplanlægning.

Flertallet er endvidere enig om at gennemføre en lovgivning om en sammenhængende sundhedsplanlægning.

Efter denne lovgivning skal amtskommunernes og kommunernes samarbejde og planlægningsvirksomhed omfatte en forebyggelsesindsats og sundhedsvæsenets behandlings- og plejopgaver m.v.

Der skal i lovgivningen fastsættes regler, som forpligter de enkelte kommunalbestyrelser til mindst hvert 4. år at behandle en redegørelse om kommunens opgaver inden for sundhedsvæsenet og på forebyggelsesområdet.

For den enkelte amtskommune skal der foreligge en plan for tilrettelæggelsen af amtskommunens virksomhed på sundhedsområdet, herunder forebyggelsesindsatsen. Amtsrådet skal behandle planen mindst en gang i hver valgperiode. Forud for behandlingen skal amtskommunen indhente udtalelser fra kommunalbestyrelserne i amtskommunen og de berørte praktiserende læger m.v. Det forventes i øvrigt, at amtskommunerne inddrager embedslægeinstitutionerne i den amtskommunale sundhedsplanlægning.

Ovennævnte udmøntes i overensstemmelse med lovforslagets kapitel 11 om planlægning og samarbejde.

Et *mindretal* (Fremskridtspartiets medlem af udvalget) ønsker at bemærke følgende:

Fremskridtspartiet kan stort set støtte indholdet i flertallets udtalelse omkring det friere sygehusvalg.

Fremskridtspartiet havde helst set, at det frie sygehusvalg også indebærer frit valg til privat-hospitaler, privatklinikker, specialsygehuse og alle andre former for anerkendte behandlingssteder. Uanset hvor patienten ønsker at blive behandlet eller indlagt inden for landets grænser, skal valget være frit. Dog mener Fremskridtspartiet, at for psykiatriske patienter skal retten til friere sygehusvalg kunne indskrænkes, hvis begrundelsen er hensyn til patientens behov. Efter Fremskridtspartiets opfattelse bør de økonomiske midler følge den enkelte patient frem for institutionen. Dette kaldes en stykprisfinansiering, og herved vil de mest effektive behandlingssteder være dem, der klarer sig bedst. Med andre ord, en afsocialisering af sundhedsvæsenet i Danmark.

Fremskridtspartiet kritiserer i øvrigt flertallets udtalelse om sikring af private specialsygehuse, idet ikke alle behandlingssteder/specialsygehuse er med, f.eks. mangler Kong Christian den X's Gigthospital i Gråsten og Skælskør Gigthospital.

I flertallets afsnit om sikring af private specialsygehuse nævnes det, at amtskommunernes ydelse af gratis behandling på de nærmere konkretiserede specialsygehuse skal begrænses til en årlig økonomisk ramme. Fremskridtspartiet er imod dette, for hvad gør man med patienter, der derefter har behov for gratis behandlinger på disse specialsygehuse? At sige nej til ekstra patienter vil være forkert efter Fremskridtspartiets opfattelse.

Sundhedsministerens bemyndigelse til, at der kan fastsættes regler for betaling for behandlinger, vender Fremskridtspartiet sig også imod. Betalingsregler bør kun indføres af Folketinget. Fremskridtspartiet støtter betaling for rent kosmetiske behandlinger eller behandlinger, som ikke skyldes sygdom, f.eks. sterilisation.

Fremskridtspartiet kan støtte, at sundhedsministeren skal have bemyndigelse til at fastsætte regler om tilrettelæggelse af amtskom-

munernes ambulancetjeneste, når det gælder minimumsregler.

Fremskridtspartiet støtter, at den enkelte amtskommune skal have hjemmel til at opkræve en takst fra kommunerne for færdigbehandlede patienter, der er indlagt og ikke udskrives på grund af manglende plejehjemspladser eller andre passende sociale og sundhedsmæssige tilbud, som den pågældende patientgruppes tilstand måtte gøre påkrævet. Fremskridtspartiet mener, at dette kan motivere kommunerne til i videre omfang og som et alternativ til sygehusindlæggelser at tilvejebringe de nødvendige og hensigtsmæssige plejetilbud til de pågældende grupper af patienter.

Fremskridtspartiet kan støtte, at man styrker den forebyggende indsats, og at sundhedsministeren har ansvar for den overordnede fore-

byggende og sundhedsfremmende indsats. Inden for sundhedsvæsenet skal sundhedsministeren efter Fremskridtspartiets opfattelse have bemyndigelse til at dispensere fra sygehusloven, sygesikringsloven, lov om svangerskabs-hygge og fødselshjælp, lov om lægeundersøgelse af børn, lov om sundhedsplejerskeordninger, lov om skolelægeordning samt lov om hjemmesygeplejerskeordninger.

Fremskridtspartiet er i øvrigt af den opfattelse, at der skal gives direkte adgang til speciallæger, og derfor støtter Fremskridtspartiet, at der netop på dette område bør igangsættes en forsøgsordning i to eller flere amter. Fremskridtspartiet håber, at forsøgsordningen hurtigt bliver permanent og kommer til at gælde for hele landet.

P.u.v.

KØPKE CHRISTENSEN
formand

Nogle af sundhedsministeren foreslåede ændringsforslag til lovforslaget

Ændringsforslag

Til § 36

6) Efter stk. 2 indsættes som nye stykker:

»Stk. 3. Amtskommunen yder tillige gratis behandling til personer, der har bopæl i amtskommunen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosehospitalet i Haslev, Sclerosehospitalet i Ry, Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter, Vejleffjord og Center for Hjernesgade.

Stk. 4. Amtskommunernes ydelse af gratis behandling på de i stk. 3 nævnte private specialsygehuse m.fl. er begrænset til en årlig økonomisk ramme, som udgør 45,0 mio. kr. for Epilepsihospitalet i Dianalund, 21,8 mio. kr. for Sclerosehospitalet i Haslev, 17,0 mio. kr. for Sclerosehospitalet i Ry, 15,9 mio. kr. for Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, 6,5 mio. kr. for Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, 7,0 mio. kr. for Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, 7,1 mio. kr. for Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter, 8,3 mio. kr. for Vejleffjord og 3,5 mio. kr. for Center for Hjernesgade. Beløbsrammerne er anført i 1992-pris- og lønniveau, og de reguleres årligt svarende til den forventede pris- og lønudvikling, som opgøres af Indenrigsministeriet, og som indgår ved opgørelsen af bloktilskuddene til kommuner og amtskommuner.«

Stk. 3-5 bliver herefter stk. 5-7.

Til § 38

7) Efter stk. 3 indsættes som nyt stykke:

»Stk. 4. En amtskommune indgår driftsoverenskomst med de i § 36, stk. 3, nævnte private

specialsygehuse m.fl., som er beliggende i amtskommunen.«

Til § 39

8) Efter stk. 1 indsættes som nye stykker:

»Stk. 2. Adgangen til at vælge i henhold til stk. 1 omfatter ikke de sygehusafdelinger uden for bopælsamtskommunen, der varetager lands- og landsdelsfunktioner, medmindre vedkommende har behov for behandling på en sådan afdeling.

Stk. 3. En person, der henvises til sygehusbehandling, kan vælge behandling på et af de i § 36, stk. 3, nævnte private specialsygehuse m.fl. Bopælsamtskommunen afholder udgiften herved inden for den i § 36, stk. 4, nævnte økonomiske ramme.«

Bemærkninger

Til nr. 6

Ændringsforslaget pålægger amtskommunerne at betale for behandling på de nævnte private specialsygehuse m.fl. Amtskommunernes samlede årlige betalingsforpligtelse udgør 132,1 mio. kr., som svarer til amtskommunernes budgetterede forbrug af specialsygehuse i 1992 på 90,8 mio. kr. samt en statslig finansiering på 41,3 mio. kr., som med virkning fra den 1. januar 1993 overføres til den amtskommunale bloktilskudspulje. Beløbsrammerne reguleres årligt svarende til den forventede pris- og lønudvikling.

Ændringsforslaget er en konsekvens af ændringsforslaget til § 39, stk. 3, hvorefter der indføres mulighed for at vælge behandling på en række private specialsygehuse m.fl.

Til nr. 7

Formålet med ændringsforslaget er, at beliggenhedsamtskommunen på de øvrige sygehuskommuners vegne skal sikre en i økonomisk

henseende rationel drift samt en faglig udvikling af det enkelte private specialsygehus m.fl. Det forudsættes, at beliggenhedsamtskommunen også fører tilsyn med, at tilgangen af patienter, der ønsker behandling på specialsygehuset, tilrettelægges hensigtsmæssigt.

Til nr. 8

Formålet med ændringsforslaget er at sikre, at kapaciteten på sygehusafdelinger med lands- og landsdelsfunktioner er til rådighed for lands- og landsdelspatienter.

Ændringsforslaget fastholder, at alle patienter, der efter en lægelig vurdering skal behand-

les på en sygehusafdeling med lands- og landsdelsfunktioner, kan vælge mellem de afdelinger, der behandler sådanne sygdomme.

Ændringsforslaget udvider desuden borgerens mulighed for selv at vælge, hvor de ønsker at blive behandlet, til også at omfatte en række private specialsygehuse m.fl.

Adgangen til gratis behandling efter eget valg på de private specialsygehuse m.fl. ophører, når den årlige økonomiske ramme for det enkelte specialsygehus er opbrugt. Det forudsættes, at behandlingen på de private specialsygehuse m.fl. sker efter lægehenvi- sning. Den endelige visitation af patienterne foretages af specialsygehuset.

Bilag 2

*I dette bilag er (med mindre skrift)
indsat den gældende formulering af de bestemmelser,
der berøres af lovforslaget*

§ 1

I lov om sygehusvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 476 af 7. november 1985, som ændret senest ved lov nr. 279 af 29. april 1992, foretages følgende ændringer:

1. I § 3 indsættes som stk. 4:

»Stk. 4. Amtskommunen indgår driftsoverenskomst med de i § 5, stk. 3, nævnte private specialsygehuse m.fl., som er beliggende i amtskommunen.«

§ 3. Til en amtskommunes sygehusvæsen hører amtskommunens egne sygehuse og fødeklinikker og andre til sygehusvæsenet knyttede behandlingsinstitutioner samt amtskommunens egne rekonvalecenthjem.

Stk. 2. Som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver kan en amtskommune samarbejde med andre amtskommuners sygehusvæsen og med statens sygehuse.

Stk. 3. En amtskommune kan endvidere indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sine sygehusopgaver. Indenrigsministeren kan fastsætte regler om amtskommunernes benyttelse af sådanne institutioner.

2. I § 5 indsættes efter stk. 1 som nye stykker:

»Stk. 2. Amtskommunen yder desuden vederlagsfri behandling ved en anden amtskommunes sygehuse og fødeklinikker samt på Rigshospitalet til personer, der har bopæl i amtskommunen.

Stk. 3. Amtskommunen yder endvidere vederlagsfri behandling til personer, der har bopæl i amtskommunen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Epilepsihospitalet i Di-

analund, Sclerosehospitalet i Haslev, Sclerosehospitalet i Ry, Polio- Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter, Vejlefjord og Center for Hjerneskeade.

Stk. 4. Amtskommunernes pligt til at yde vederlagsfri behandling i henhold til stk. 3 er begrænset til en årlig økonomisk ramme, som udgør 45,0 mill.kr. for Epilepsihospitalet i Dianalund, 21,8 mill.kr. for Sclerosehospitalet i Haslev, 17,0 mill.kr. for Sclerosehospitalet i Ry, 15,9 mill.kr. for Polio- Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, 6,5 mill. kr. for Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, 7,0 mill.kr. for Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, 7,1 mill.kr. for Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter, 8,3 mill.kr. for Vejlefjord og 3,5 mill.kr. for Center for Hjerneskeade. Beløbsrammerne er anført i 1992 pris- og lønniveau. De pris- og lønreguleres årligt på tilsvarende måde som bloktilskuddene til amtskommuner.«

Stk. 2-8 bliver herefter stk. 5-11.

3. I § 5, stk. 5, der bliver stk. 8, ændres »stk. 1-4« til: »stk. 1 og 5-7«.

4. I § 5, stk. 8, der bliver stk. 11, ændres »stk. 1-6« til: »stk. 1 og 5-9«.

§ 5. Hver amtskommune yder vederlagsfri behandling ved sit sygehusvæsen til personer, der enten

- 1) har bopæl i amtskommunen, jf. dog stk. 2, eller
- 2) har bopæl andetsteds her i landet, jf. dog stk. 2, men som midlertidigt opholder sig i

amtskommunen, såfremt hensigten med opholdet ikke har været at opnå sygehusbehandling og patienten ikke tåler at flyttes til et sygehus i bopælsamtskommunen eller i øvrigt trænger til øjeblikkelig hjælp.

Stk. 2. Personer, der tilflytter fra Færøerne eller Grønland, har ret til den i stk. 1 omhandlede vederlagsfri behandling på vedkommende amtskommunes sygehusvæsen straks efter tilflytningen. Personer, der tilflytter fra udlandet har først ret til disse ydelser 6 uger efter tilflytningen. Indenrigsministeren kan fastsætte regler om, at nærmere angivne persongrupper får adgang til de i stk. 1 omhandlede ydelser umiddelbart efter tilflytningen eller efter kortere tids ophold end 6 uger.

Stk. 3. Indenrigsministeren kan fastsætte regler, hvorefter der ydes personer med bopæl på Færøerne, i Grønland eller i udlandet, som midlertidigt opholder sig her i landet, vederlagsfri behandling ved det amtskommunale sygehusvæsen.

Stk. 4. Indenrigsministeren kan endvidere fastsætte regler om, i hvilke tilfælde og på hvilke vilkår behandling kan ydes til udsendt personale ved diplomatiske og konsulære repræsentationer her i landet og sådanne persons familiemedlemmer.

Stk. 5. Når de i stk. 1-4 nævnte personer med samtykke af sygehusvæsenet i bopælsamtskommunen eller på det midlertidige opholdssted behandles på statslige sygehuse eller ved en fremmed amtskommunes sygehusvæsen, behandles patienten på samme vilkår som ved sygehusvæsenet i bopælsamtskommunen eller på det midlertidige opholdssted. Staten eller den amtskommune, der yder behandlingen, kan afkræve bopælsens eller det midlertidige opholdssteds amtskommune betaling herfor.

Stk. 6. Indenrigsministeren kan fastsætte nærmere regler om betaling for behandling på statslige sygehuse. Indenrigsministeren kan endvidere fastsætte regler om beregning af betalingen, når bopælsens eller det midlertidige opholdssteds amtskommune skal betale for en patients behandling ved en fremmed amtskommunes sygehusvæsen.

Stk. 7. Hvor særlige forhold taler herfor, kan indenrigsministeren fastsætte regler om, at enhver amtskommune vederlagsfrit skal yde visse behandlinger, uanset hvor patienten bor.

Stk. 8. Uanset bestemmelserne i stk. 1-6 kan indenrigsministeren fastsætte regler om, at der i særlige tilfælde opkræves betaling for visse behandlinger og ydelser eller for behandling på visse institutioner.

5. Efter § 5 a indsættes som ny § 5 b:

»§ 5 b. En person, der henvises til sygehusbehandling, kan blandt de sygehuse, som er omfattet af § 5, stk. 1 - 2, selv vælge, hvilket sygehus den pågældende vil behandles på.

Stk. 2. Adgangen til at vælge i henhold til stk. 1 omfatter ikke sygehusafdelinger uden for bopælsamtskommunen, der varetager lands- og landsdelsfunktioner, medmindre det efter en lægelig vurdering er nødvendigt, at den pågældende bliver behandlet på en sådan afdeling.

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

Stk. 4. En person, der henvises til sygehusbehandling, kan desuden vælge behandling på et af de i § 5, stk. 3, nævnte private specialsygehuse m.fl. Bopælsamtskommunen afholder udgiften herved inden for den i § 5, stk. 4, nævnte økonomiske ramme.«.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan efter forhandling med justitsministeren og socialministeren fastsætte bestemmelser om, at personer ikke har ret til selv at vælge sygehus i henhold til stk. 1, 2 og 4, når de

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

6. I § 6 indsættes efter stk. 4 som nyt stykke:

»*Stk. 5.* Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, i hvilket omfang der ydes befordring eller befordringsgodtgørelse efter stk. 1, 2 og 4 til personer, der i henhold til § 5 b efter eget valg behandles på et sygehus i en anden amtskommune, på Rigshospitalet eller på de i § 5, stk. 3, nævnte private specialsygehuse m.fl., uden at det efter en lægelig vurdering er

nødvendigt af hensyn til sygdommens behandling.«.

Stk. 5 bliver herefter stk. 6.

§ 6. Til personer, der i medfør af § 5 har ret til vederlagsfri behandling, ydes befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj, såfremt deres tilstand gør dette nødvendigt.

Stk. 2. Til de i stk. 1 nævnte personer, der modtager pension efter lov om social pension, eller hvis ægtefælle modtager hustrutillæg til en sådan pension, ydes endvidere befordring eller befordringsgodtgørelse, når befordringen sker med andre befordringsmidler.

Stk. 3. Befordring efter stk. 1 og 2 ydes til behandling på amtskommunale sygehuse og de i § 3 nævnte institutioner samt på andre sygehuse m.v., der ikke henhører under det almindelige amtskommunale sygehusvæsen, såfremt institutionen (afdelingen) af indenrigsministeren er henført til denne bestemmelse.

Stk. 4. Indenrigsministeren fastsætter i øvrigt bestemmelser om, i hvilke tilfælde der ydes befordring eller befordringsgodtgørelse.

Stk. 5. Når der anmodes om befordring eller befordringsgodtgørelse fra et midlertidigt opholdssted, kan befordring eller befordringsgodtgørelse ved hjemtransport efter udskrivning kun forlanges tilbage til det midlertidige opholdssted. Dog har personer med bopæl i udlandet ret til befordring eller befordringsgodtgørelse ved transport til hjemlandet i det omfang, dette følger af traktatlige forpligtelser.

7. Efter § 10 indsættes:

»§ 10 a. Sundhedsministeren fastsætter regler om tilrettelæggelsen af amtskommunernes ambulancetjeneste.«.

8. Overskriften til *kapitel III* ændres til: »Kapitel III Specialeplanlægning«.

9. § 11 affattes således:

»Amtsrådet udarbejder en plan for amtskommunens virksomhed efter denne lov efter reglerne om sundhedsplanlægning i lov om offentligt sygesikring.«.

§ 11. Indenrigsministeren udfærdiger efter forhandling med sygehusrådet, jf. kapitel VI,

vejledende retningslinier for varetagelsen og planlægningen af sygehusvæsenet, herunder om afgrænsning, varetagelse og planlægning af sygehusvæsenets lands- og landsdelsfunktioner.

Stk. 2. Det påhviler hver amtskommune at udarbejde en plan for amtskommunens sygehusvæsen og at revidere planen, i det omfang udviklingen gør dette nødvendigt. Planen skal omfatte amtskommunens drift af eller benyttelse af de institutioner, der er nævnt i § 3.

Stk. 3. Væsentlige ændringer i en amtskommunes sygehusvæsen, der ikke er forudsat i amtskommunens sygehusplan, kan kun gennemføres, såfremt der foretages en revision af planen i overensstemmelse hermed.

Stk. 4. Sundhedsstyrelsens rådgivning indhentes forud for amtsrådets vedtagelse af en plan eller revision heraf. Indenrigsministeren fastsætter nærmere regler herom.

Stk. 5. Indenrigsministeren fastsætter nærmere regler for udarbejdelsen af planer, herunder om tidsfrister for udarbejdelsen, om, hvilken periode planerne skal omfatte, og om revision af planerne.

Stk. 6. Planen og revisioner heraf indsendes til indenrigsministeren. Indenrigsministeren kan meddele amtsrådet sine bemærkninger til planerne. Indenrigsministeren kan herunder i særlige tilfælde, når væsentlige sundhedsmæssige hensyn taler derfor, bestemme, at en plan eller en revision heraf, der indebærer væsentlige ændringer i en amtskommunes sygehusvæsen, på ny skal behandles af amtsrådet. Indenrigsministerens bestemmelse om fornyet behandling i amtsrådet skal træffes senest 3 måneder efter indsendelsen af den pågældende plan eller revision heraf.

Stk. 7. På grundlag af de indsendte planer udarbejder indenrigsministeren en redegørelse for udviklingen på sygehusområdet. Redegørelsen udsendes til amtsrådene.

10. § 12 affattes således:

»§ 12. En amtskommune kan, uanset reglerne i § 5, af en kommune opkræve betaling pr. sengedag for færdigbehandlede patienter, der er indlagt på somatiske sygehuse, og som har bopæl i den pågældende kommune.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter den i stk. 1 nævnte sengedagsbetaling.«.

§ 12. (Ophævet).

11. I § 13 indsættes som stk. 5:

»Stk. 5. I tilfælde, hvor væsentlige hensyn taler for, at visse behandlingsformer samles på ét eller få sygehuse, kan sundhedsministeren, efter forhandling med amtsrådene samt Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser, fastsætte regler for visitation af patienter samt betaling for behandling.«

§ 13. Det påhviler hver amtskommune at indgå aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsafdelinger på fremmede amtskommunale sygehuse samt på statslige og private sygehuse. Indenrigsministeren fastsætter nærmere regler herom.

Stk. 2. Kan der ikke opnås enighed om indholdet af aftaler efter stk. 1, kan indenrigsministeren træffe afgørelse herom efter anmodning fra en af de berørte parter. Vedrører uenigheden aftaler om benyttelse af Rigshospitalet, træffer indenrigsministeren afgørelse efter drøftelse i det kontaktudvalg, der er nedsat i henhold til lov om Rigshospitalets styrelse.

Stk. 3. De indgåede aftaler indsendes til indenrigsministeren.

Stk. 4. Indgår en amtskommune ikke de fornødne aftaler efter stk. 1 og de i medfør heraf fastsatte regler, kan indenrigsministeren bestemme, at betaling kan afkræves vedkommende amtskommune for patienter, der modtages til behandling på lands- og landsdelsafdelinger på fremmede amtskommunale sygehuse samt på statslige og private sygehuse, uden at der foreligger samtykke fra vedkommende amtskommune til patientens behandling.

12. § 16, stk. 4, ophæves.

§ 16. . . .

Stk. 4. Hver amtskommune udarbejder en plan for driften af behandlingsinstitutioner for alkoholskadede og reviderer planen i det omfang, udviklingen gør dette nødvendigt. I planen tages stilling til antallet af behandlingsinstitutioner og til samarbejdet mellem behandlingsinstitutionerne, det øvrige sygehusvæsen og sundheds- og socialvæsenet. Planen og revisioner af denne skal godkendes af socialministeren. Socialministeren udfærdiger vejledende retningslinier for udarbejdelsen af planen.

13. § 16 a, stk. 2-3, ophæves.

§ 16a. Det påhviler hver amtskommune at planlægge og gennemføre sådanne foranstaltninger, at der under krigsforhold og under større katastrofer i fredstid kan ydes syge og tilskadekomne behandling på sygehus eller behandlingssteder uden for sygehusene. Det påhviler statslige og private sygehuse at planlægge og gennemføre sådanne foranstaltninger, at de på tilsvarende måde som amtskommunale sygehuse kan indgå i sygehusberedskabet.

Stk. 2. Indenrigsministeren fastsætter efter forhandling med sygehusrådet vejledende retningslinier for sygehusberedskabsplanlægning og gennemførelse.

Stk. 3. Amtskommunens sygehusberedskabsplan skal omfatte de amtskommunale, statslige og private sygehuse, der er beliggende i amtskommunen. Planen indsendes til indenrigsministeren. Indenrigsministeren kan meddele amtsrådet sine bemærkninger til planerne. Indenrigsministeren kan herunder i særlige tilfælde, når væsentlige beredskabsmæssige hensyn taler derfor, bestemme, at en plan eller en revision heraf, der indebærer væsentlige afvigelser fra de vejledende retningslinier, jf. stk. 2, på ny skal behandles af amtsrådet. Indenrigsministerens bestemmelse om fornyet behandling i amtsrådet skal træffes senest 3 måneder efter indsendelsen af den pågældende plan eller revision heraf. På grundlag af de indsendte planer udarbejder indenrigsministeren en redegørelse om sygehusberedskabsplanlægningen.

14. Kapitel VI Sygehusrådet ophæves.

KAPITEL VI

Sygehusrådet

§ 19. Sygehusrådet virker i samarbejde med Sundhedsstyrelsen for gennemførelsen af sygehusvæsenets fælles foranstaltninger til støtte af de lokale sygehusmyndigheder for at opnå en økonomisk god og forsvarlig drift med en så hensigtsmæssig og fuld udnyttelse af de enkelte sygehuse som muligt. Sygehusrådet skal således medvirke til at opnå et hensigtsmæssigt samvirke mellem de amtskommunale, statslige og private sygehuse og skal medvirke til at fjerne de hindringer for fuld udnyt-

telse af sygehusene, som skyldes de amtskommunale grænser.

Stk. 2. Sygehusrådet bistår Sundhedsstyrelsen i dens arbejde med sygehusvæsenets opbygning og udbygning for at kunne give hele landets befolkning lige adgang til den til enhver tid bedst mulige sygehusbehandling.

Stk. 3. Sygehusrådet virker som rådgivende for indenrigsministeren i spørgsmål vedrørende administration af sygehusvæsenet.

§ 20. Sygehusrådets formand beskikkes af indenrigsministeren. Af rådets øvrige medlemmer udpeges 1 af indenrigsministeren, 1 af undervisningsministeren, 1 af finansministeren, 5 af Amtsrådsforeningen i Danmark, 1 af Københavns Kommune og 1 af Frederiksberg Kommune.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen udpeger en kommitteret, der deltager i rådets forhandlinger uden stemmeret, men med ret til at stille sådanne forslag til behandling i rådet, som skønnes fornødne for den rette løsning af sygehusvæsenets opgaver.

Stk. 3. En repræsentant for Civilforsvarsstyrelsen deltager i rådets forhandlinger uden stemmeret, når der drøftes sager af betydning for sygehusberedskabet. Civilforsvarsstyrelsens repræsentant kan stille forslag vedrørende sygehusberedskabet til behandling i rådet.

Stk. 4. Sygehusrådet tilkalder sagkyndig bistand, når forholdene gør dette ønskeligt.

Stk. 5. Sygehusrådets funktionsperiode er 4 år.

Stk. 6. Udgifterne i forbindelse med rådets virksomhed afholdes af statskassen.

§ 2

I lov om offentlig sygesikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 490 af 21. juli 1986, som ændret senest ved lov nr. 193 af 23. marts 1992, foretages følgende ændringer:

1. § 23, *stk. 2-5*, ophæves.

§ 23. ...

Stk. 2. Amtsrådet nedsætter et udvalg på 4 eller 6 medlemmer. Heraf udpeger amtsrådet blandt medlemmerne af hvert af de stående udvalg, der forvalter amtskommunens opgaver vedrørende sygehusvæsenet, sygesikring samt sociale og øvrige sundhedsmæssige opgaver, mindst 1 medlem fra hvert udvalg.

Kommuneforeningen i vedkommende amtskommune udpeger et medlem. Øvrige medlemmer udpeges af amtsrådet blandt dets medlemmer. For Københavns og Frederiksberg kommuner nedsættes et udvalg på 5 medlemmer, hvoraf Københavns magistrat udpeger 4 og Frederiksberg kommunalbestyrelse udpeger 1.

Stk. 3. Det påhviler det i *stk. 2* nævnte udvalg at virke til fremme af samarbejde og samordning mellem praktiserende læger, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed. Amtslægen (i København og Frederiksberg tillige stadslægen) deltager i udvalgets møder, og udvalget kan yderligere tilkalde repræsentanter for sygehuslæger, praktiserende læger og anden sagkundskab på det sociale og sundhedsmæssige område.

Stk. 4. Der nedsættes for hvert af de i *stk. 2* nævnte stedlige områder et fællesudvalg bestående af medlemmerne af det i *stk. 2* nævnte udvalg og et lige så stort antal medlemmer udpeget af vedkommende lægekredsförening eller lægekredsföreninger. Fællesudvalget behandler klager vedrørende lægebetjeningen efter nærmere regler, der fastsættes ved overenskomst, og varetager i øvrigt opgaver, der måtte blive henlagt til fællesudvalget ved overenskomst eller ved lokal aftale.

Stk. 5. Indenrigsministeren kan efter forhandling med vedkommende kommunale organisationer fastsætte nærmere regler om de i *stk. 2* nævnte udvalg og – efter forhandling med såvel vedkommende kommunale organisationer som Den almindelige danske Lægeförening – fastsætte nærmere regler om nedsættelse af fællesudvalg.

2. Efter § 27 indsættes som nyt kapitel 6 a:

»Kapitel 6 a

Planlægning og samarbejde

§ 27 a. Bestemmelserne i dette kapitel omfatter kommunernes indsats vedrørende:

- Sundhedspleje,
- skolelægeordning,
- tandpleje m.v.,
- hjemmesygepleje,
- forebyggelse og sundhedsfremme og
- sundhedsberedskab.

For amtskommunernes vedkommende om-

fatter kapitlet amtskommunernes indsats vedrørende:

- Offentlig sygesikring,
- sygehusvæsenet,
- svangerskabshygiejne og fødselshjælp,
- tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme,
- lægeundersøgelse af børn,
- forebyggelse og sundhedsfremme og
- sundhedsberedskab.

Stk. 2. Reglerne i dette kapitel vedrørende amtskommunale opgaver gælder tilsvarende for Københavns og Frederiksberg kommuner.

§ 27 b. Amtsrådet og kommunalbestyrelserne i amtskommunen skal i fællesskab etablere et samarbejde om den amtskommunale og den kommunale indsats på sundhedsområdet samt mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

§ 27 c. Sundhedsministeren afgiver ved hver kommunal valgperiodes begyndelse en redegørelse som oplæg til de kommunale redegørelser i henhold til § 27 d og den amtskommunale planlægning i henhold til § 27 e.

Stk. 2. Sundhedsministeren udarbejder, efter forhandling med de kommunale organisationer samt Københavns og Frederiksberg kommuner, en vejledning for sundhedsplanlægningen.

§ 27 d. Kommunalbestyrelsen udarbejder een gang i hver kommunal valgperiode en redegørelse, der omfatter:

- 1) Kommunens betjening af kommunens borgere i henhold til den lovgivning, der er nævnt i § 27 a,
- 2) kommunens forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i øvrigt og
- 3) sundhedsberedskabet i kommunen.

§ 27 e. For hver amtskommune skal foreligge en plan for tilrettelæggelsen af amtskommunens virksomhed på sundhedsområdet, der omfatter:

- 1) Planens forudsætninger, herunder en beskrivelse af sundhedstilstanden i amtskommunen,
- 2) det amtskommunale sundhedsvæsens betjening af amtskommunens borgere i henhold til den lovgivning, der er nævnt i § 2t a,

- 3) amtskommunens forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i øvrigt,
- 4) amtskommunens samarbejde med alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og øvrige ydere i privat praksis, jf. kapitel 2,
- 5) amtskommunens samarbejde med kommunerne i amtskommunen og med andre amtskommuner om varetagelse af sundhedsvæsenets opgaver,
- 6) amtskommunens tilrettelæggelse af ambulancetjenesten og
- 7) sundhedsberedskabet i amtskommunen.

Stk. 2. Amtsrådet skal behandle planen på et møde i hver kommunal valgperiode.

§ 27 f. Forud for amtsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal amtsrådet indhente udtalelser over forslaget fra

- 1) kommunalbestyrelserne i amtskommunen og
- 2) de berørte alment praktiserende læger, speciallæger og øvrige ydere i privat praksis, jf. kapitel 2.

Stk. 2. Forud for amtsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal amtsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Stk. 3. Amtskommunen inddrager embedslægeinstitutionen i den amtskommunale sundhedsplanlægning.

§ 27 g. Amtsrådet skal ændre sundhedsplanen forud for gennemførelse af væsentlige ændringer i amtskommunens sundhedsvæsen, der ikke er forudsat i planen.

§ 27 h. Den af amtsrådet vedtagne sundhedsplan og senere ændringer heri indsendes til sundhedsministeren og Sundhedsstyrelsen.«.

§ 3

I lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, jf. lovbekendtgørelse nr. 477 af 7. november 1985, som ændret senest ved lov nr. 856 af 20. december 1989, foretages følgende ændringer:

1. § 7 affattes således:

»Amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner skal i sundhedsplanen, jf. lov om offentlig sygesikring, redegøre for de

Bilag til f. t. l. vedr. sygehusvæsenet m.m.

forebyggende helbredsundersøgelser og fødselshjælpen.«.

§ 7. Det påhviler amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner at udarbejde en plan for de forebyggende helbredsundersøgelser og fødselshjælpen. Planlægningen indgår i sygehusplanlægningen, jf. lov om sygehusvæsenet.

§ 4

I lov nr. 409 af 13. juni 1973 om sundhedsplejerskeordninger, som ændret senest ved lov nr. 254 af 6. juni 1985, foretages følgende ændringer:

1. § 3 ophæves.

§ 3. Den kommunale sundhedsplejerskeordning forvaltes efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender.

§ 5

I lov om skolelægeordning, jf. lovbekendtgørelse nr. 430 af 16. august 1974, som ændret senest ved lov nr. 254 af 6. juni 1985, foretages følgende ændringer:

1. § 4 ophæves.

§ 4. Den kommunale skolelægeordning forvaltes efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender.

§ 6

I lov nr. 310 af 4. juni 1986 om tandpleje m.v., som ændret senest ved lov nr. 858 af 20. december 1989, foretages følgende ændringer:

1. § 7 ophæves.

§ 7. Den kommunale tandpleje forvaltes efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender.

§ 7

I lov nr. 408 af 13. juni 1973 om hjemmesygeplejerskeordninger, som ændret senest ved lov nr. 254 af 6. juni 1985, foretages følgende ændringer:

1. § 3 ophæves.

§ 3. Den kommunale hjemmesygeplejerskeordning forvaltes efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender.

§ 8

Loven træder i kraft den 1. januar 1993.
Stk. 2. Bestemmelserne i § 1, nr. 8-9 og 12-14, og §§ 2-7 træder dog først i kraft den 1. januar 1994.