

Lovforslag nr. L 64. Fremsat den 29. januar 2002 af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen)

## Forslag

til

### Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet

(Forhøjede fritvalgsrammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse)

#### § 1

I lov om sygehusvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 687 af 16. august 1995, som ændret senest ved lov nr. 141 af 5. marts 2001, foretages følgende ændringer:

1. § 5, stk. 4, affattes således:

»Stk. 4. Amtskommunernes pligt til at yde vederlagsfri behandling i henhold til stk. 3 er begrænset til en årlig økonomisk ramme, som for hver institution fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren.«

2. § 5 c affattes således:

»§ 5 c. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte bestemmelser om vilkår for og fordeling, udbetaling m.v. af statslige tilskud til sygehusformål. Indenrigs- og sundhedsministeren kan herunder fastsætte, at amtsrådene skal sikre, at budgetrammen for de enheder, der har bidraget til øget aktivitet, øges med de nævnte tilskud eller andele heraf. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse i fornødent omfang fravige bestemmelserne i kapitel V i lov om kommunernes styrelse.«

3. Efter § 5 f indsættes:

»§ 5 g. En person, som er henvist til sygehusbehandling, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som amtskommunerne har indgået aftale med efter stk. 2., jf. dog 4. pkt., hvis bopælsamtskommunen ikke inden for 2 måneder efter, at henvisningen er modta-

get, kan tilbyde behandling ved amtskommunens egne sygehuse eller et af de i § 5, stk. 1-3 nævnte sygehuse, som amtskommunen samarbejder med eller sædvanligvis benytter. I opgørelsen af tidsfristen efter 1. pkt. medregnes ikke perioder, hvor personen gennemgår et forundersøgelsesforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om afgrænsning af, vilkår for og amtskommunernes forpligtelser til at oplyse om den behandling, der er omfattet af 1. pkt., og kan herunder undtage bestemte behandlingsformer.

Stk. 2. Amtskommunerne i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter stk. 1. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af indenrigs- og sundhedsministeren. Der kan ikke henvises patienter efter stk. 1 til sygehuse, klinikker m.v., som ikke ønsker at indgå aftale på de således fastsatte vilkår. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere bestemmelser om krav til dokumentation m.v. fra de privatejede sygehuse, klinikker m.v., der indgår aftale efter 1. pkt.«

#### § 2

§ 1, nr. 1-2, træder i kraft dagen efter lovens bekendtgørelse i Lovtidende. § 1, nr. 3, træder i kraft den 1. juli 2002.

## Bemærkninger til lovforslaget

### Almindelige bemærkninger

#### 1. Lovforslagets formål og hovedindhold

Med dette lovforslag fremlægger regeringen de nødvendige ændringer af sygehusloven til gennemførelse af to væsentlige initiativer i regeringsgrundlaget på sundhedsområdet, nemlig forslaget om at tilføre sygehusvæsenet en ekstra økonomisk saltvandsindsprøjtning på 1,5 mia. kr. i 2002 med henblik på at nedbringe ventetiderne og forslaget om at sikre patienterne frit valg til private og udenlandske sygehuse, hvis det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for 2 måneder.

Urimelige ventetider udgør et hovedproblem for patienterne i det danske sygehusvæsen. Ventetiderne afspejler dels, at der er en pukkel af ventende patienter, som det er meget vanskeligt at komme til bunds i, dels formentlig en mere grundlæggende ubalance i sygehusvæsenet – en ubalance mellem behandlingsmulighederne og befolkningens berettigede forventninger på den ene side og sygehusvæsenets kapacitet med de nuværende ressourcer og den nuværende struktur, styring og arbejdstilrettelæggelse på den anden side. Der er derfor behov for en betydelig og flerstrengt indsats for at skabe den fornødne balance.

Det er regeringens opfattelse, at det er nødvendigt at tilføre sygehusvæsenet ekstra ressourcer, således som det indgår i regeringsgrundlaget – navnlig med henblik på at komme den eksisterende ventelistepukkel til livs. Flere ressourcer er imidlertid ikke nok. For at bekæmpe den mere grundlæggende ubalance og forhindre, at ventetiderne vokser igen, er det også nødvendigt, at der gennemføres strukturelle ændringer i sygehusvæsenets funktionsmåde. Det kræver en mangesidet indsats. Nogle vigtige skridt tages med det foreliggende forslag.

Forslaget indeholder på den baggrund for det første bestemmelser, der gør det muligt at fastsætte de nærmere regler om fordelingen af de ekstra 1,5 mia. kr. i 2002 på en måde, der understøtter ændrede strukturer og nye styringsformer i sygehusvæsenet, navnlig således at det sikres, at de ekstra midler tilfalder de enhe-

der, der præsterer en ekstra aktivitet. Hermed tages der hul på "pengene følger patienten" som styringsprincip i sygehusvæsenet og i det hele taget mekanismer, der fremmer kvalitet, effektivitet og service.

For det andet foreslås et udvidet frit valg for patienterne til private sygehuse og udenlandske sygehuse i tilfælde, hvor det offentlige sygehusvæsen ikke inden 2 måneder kan tilbyde en behandling, som en patient er henvist til. Ud over at det giver en ny og væsentlig rettighed for den enkelte patient og umiddelbart vil medvirke til at nedbringe urimelige ventetider, er også dette forslag et skridt i retning af en ændret styring af sygehusvæsenet, som i højere grad giver de udførende enheder hensigtsmæssige økonomiske tilskyndelser. I tilknytning til det udvidede frie valg foreslås de foreningsejede specialsygehuses økonomiske rammer efter sygehusloven udvidet.

I tilknytning til dette lovforslag fremsætter socialministeren forslag om forhøjelse af det eksisterende tilskud til høreapparatbehandling hos private udbydere fra 3.000 til 5.000 kr. pr. apparat med henblik på at nedbringe ventetiderne på de offentlige audiologiske klinikker.

#### 2. Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser

Lovforslaget har som nævnt to elementer: En hjemmel til at fastsætte regler om fordeling af statstilskud og et udvidet frit sygehusvalg. Det første element har ikke *i sig selv* økonomiske konsekvenser, men sigtet med forslaget er at skabe forudsætninger for at fordele et statstilskud på 1,5 mia. kr. i 2002. Beløbet indgår i regeringens finanslovsforslag, hvor finansieringen af regeringens samlede initiativer er anvist.

Af tilskuddet afsættes 25 mio. kr. målrettet til meraktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien, 15 mio. kr. til meraktivitet ved forhøjelse af fritvalgsrammerne for de foreningsejede specialsygehuse, 12 mio. kr. til forhøjelse af tilskuddet til høreapparatbehandling og knapt 10 mio. kr. til videreudvikling af DRG-systemet og administration af ordningen. De resterende 1.438 mio. kr. anvendes til den generelle indsats mod vente-

tiderne. Tilskuddet vil øge de offentlige sygehusudgifter i den udstrækning, der præsteres en tilsvarende meraktivitet.

Det andet element - det udvidede frie sygehusvalg - vil umiddelbart øge det offentliges sygehusudgifter med betalingen for de patienter, der benytter ordningen. Det kan ikke på forhånd beregnes, hvilket omfang dette vil få. De private sygehuse i Danmark har umiddelbart en forholdsvis beskedne kapacitet, men den nye ordning må i sig selv forventes at give anledning til en udvidelse, medmindre amtskommunernes sygehuse hurtigt formår at udvide aktiviteten i fornødent omfang. Hertil kommer muligheden for, at udenlandske sygehuse kan komme med i ordningen. De sygehusbehandlinger, som i 2002 bliver betalt af bopælsamtskommunerne som følge af ordningen, vil indgå i opgørelsen af meraktiviteten ved fordelingen af statstilskuddet på 1,5 mia. kr., og således blive kompenseret amtskommunerne ad denne vej.

Fordelingen af statstilskuddet efter de retningslinjer, som vil blive fastsat, og som beskrives nærmere nedenfor i bemærkningerne til forslaget nr. 1, vil medføre nye administrative rutiner. Der vil i størst mulig udstrækning blive bygget på eksisterende dataindsamling, først og fremmest gennem landspatientregistret, så de administrative meromkostninger kan begrænses til et minimum. I Indenrigs- og Sundhedsministeriet/Sundhedsstyrelsen afsættes 9,9 mio. kr. til videreudvikling af DRG-systemet og ekstra administration i forbindelse med ordningen.

Forslaget om frit valg til private sygehuse og sygehuse i udlandet vil medføre en vis meradministration i amterne og på amternes sygehuse.

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgere og virksomheder, bortset fra private sygehuse m.m., som vælger af indgå i ordningen.

### *3. Lovforslagets miljømæssige og erhvervmæssige konsekvenser*

Lovforslaget medfører ikke miljømæssige konsekvenser. Lovforslaget vil kunne medføre en øget omsætning i den private sygehussektor, men har herudover ingen erhvervmæssige konsekvenser.

### *4. Lovforslagets EU-retlige aspekter*

EF Domstolen har i en dom af 12. juli 2001 (C 157/99) taget stilling til visse EU-retlige spørgsmål vedrørende sygehusbehandling. Domstolen har fastslået, at sygehusydelse er omfattet af EF-traktatens bestemmelser om fri bevægelighed for tjenesteydelser. Hensynene til planlægning og økonomisk styring kan imidlertid begrunde visse indskrænkninger i adgangen til behandling for de offentlige sundhedsvæseners eller sygeforsikringsordningers regning. Sådanne regler skal imidlertid være objektive, proportionale og ikke-diskriminerende. Det indebærer formentlig, at når der gives adgang til behandling for det offentliges regning på "uafhængige" sygehuse uden for det offentliges styring og planlægning, sådan som det er tilfældet i nærværende lovforslag, må der også gives adgang på tilsvarende vilkår til sygehuse i andre EU-lande. Lovforslaget er i overensstemmelse hermed.

### *5. Høring*

Lovforslaget sendes i høring samtidig med fremsættelsen.

F. t. l. vedr. sygehusvæsenet

**Vurdering af konsekvenser af lovforslaget**

	Positive konsekvenser/mindreudgifter	Negative konsekvenser/merudgifter
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og amtskommuner	Mulige positive effekter på andre områder, f.eks. sociale, af kortere ventetider	Øgede amtslige sygehusudgifter, som finansieres af statstilskud på 1,5 mia. kr. i 2002
Administrative konsekvenser for stat, kommuner og amtskommuner	Ingen	Nye administrative rutiner vedr. udmøntning af statstilskud
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Merindtægter til private sygehuse, der indgår i ordningen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Der henvises til de almindelige bemærkninger pkt. 4.	

*Bemærkninger til de enkelte bestemmelser**Til § 1, nr. 1*

Efter sygehuslovens § 5, stk. 3, er der frit sygehusvalg til 3 hospicer og i alt 10 andre selvejende og foreningsejede specialsygehuse og sanatorier, som er opregnet ved navn i bestemmelsen. Det frie valg gælder inden for en økonomisk ramme, der for hver institution er fastsat i lovens § 5, stk. 4. Rammerne udgør sammenlagt 219 mio. kr. i 2002-niveau. Disse institutioners vilkår ændres som udgangspunkt ikke af den udvidelse af det frie valg til egentlige private sygehuse, der gennemføres med nærværende lovforslag. Regeringen finder det imidlertid rimeligt, at disse institutioners økonomiske rammer hæves i forbindelse med den øvrige udvidelse af det frie valg og finder, at 15 mio. kr. bør afsættes til dette formål.

De økonomiske rammer har som nævnt hidtil været fastsat direkte i loven - i et for de fleste institutioners vedkommende nu 10 år gammelt prisniveau. Det er et usædvanligt og uhensigtsmæssigt system. Det foreslås derfor, at rammerne fremover kan fastsættes af ministeren i en bekendtgørelse. I en kommende bekendtgørelse herom vil indgå forhøjelser af de årlige rammer på sammenlagt 15 mio. kr. Det er i øvrigt hensigten, at de årlige, regulerede rammer fremover skal fremgå af Indenrigs- og Sundhedsministeriets årlige sygehustakstikatalog.

*Til § 1, nr. 2*

Bestemmelsen i den foreslåede § 5 c bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere bestemmelser om vilkår for og fordeling, udbe-

taling m.v. af statslige tilskud til sygehusformål. Bestemmelsen erstatter den gældende § 5 c, som giver hjemmel til, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om forsøgsordninger, der sikrer, at patienter, der er henvist til bestemte operationer, kan tilbydes operation inden for en samlet ventetid på højst tre måneder. Den gældende bestemmelse blev indsat i sygehusloven i forbindelse med forsøgsordningen med behandlingsgaranti for diskusprolaps og knæ i 1995.

Som nævnt i de almindelige bemærkninger er det sigtet med forslaget at kunne fastsætte de nærmere vilkår for det tilskud på op til 1,5 mia. kr. til fremme af aktiviteten i sygehusvæsenet, som indgår i regeringens finanslovsforslag for 2002. Bestemmelsen er imidlertid permanent og giver den fornødne mulighed for i fremtidige tilsvarende tilfælde at fastsætte regler om sådanne tilskud i en bekendtgørelse. Det er naturligvis en forudsætning for at yde tilskud fra staten til sygehusformål, at der tillige er tilvejebragt bevillingsmæssig hjemmel hertil på finanslov eller bevillingslov.

Der kan i henhold til bestemmelsen fastsættes regler om de kriterier, der skal gælde for fordelingen af statslige tilskud.

I en kommende bekendtgørelse om tilskuddet for 2002 vil det i overensstemmelse med regeringsgrundlaget blive fastsat, at det samlede tilskud forlods fordeles på de enkelte amtskommuner og H:S efter demografiske kriterier. Der vil blive anvendt et befolkningsmål, der afspejler sygehusforbrugets køns- og aldersafhængighed.

Der vil endvidere blive fastsat regler, der sikrer, at tilskuddet kun kommer til udbetaling, hvis der er præ-

steret en tilsvarende meraktivitet. Det vil derfor blive defineret, hvilken sygehusaktivitet der er omfattet af ordningen og udløser tilskud. Det vil blive fastsat, at ordningen skal omfatte al elektiv, d.v.s. planlagt, somatisk (kirurgisk og medicinsk) behandling såvel ved indlæggelse som ambulant. Dog vil enkelte behandlingsformer, hvor nedsættelse af eventuelle ventetider ikke kan anses for et prioriteret mål, blive undtaget. Det gælder f.eks. kosmetiske operationer, fertilitetsbehandling, sterilisation m.m., og områder, der ligger på grænsen af sygehusvæsenets opgaver, f.eks. rekonvalescens, eller udenfor, f.eks. kurophold, alternativ behandling o.l. Aktivitet i speciallægepraksis i henhold til sygesikringsloven, der substituerer sygehusbehandling, medregnes i meraktiviteten. Det vil blive fastsat, at det psykiatriske område ikke er omfattet af ordningen. Den eksisterende psykiatraftale tilfører allerede dette område betydelige ressourcer. Derimod vil regeringen inden for rammen på 1,5 mia. kr. afsætte 25 mio. kr. til yderligere initiativer i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor der er betydelige ventetidsproblemer.

Det vil blive nærmere defineret, hvordan den meraktivitet, der udløser tilskud, skal opgøres. Der vil blive taget udgangspunkt i de enkelte amtskommuners elektive sygehusforbrug i 2000/2001 og korrigeret for allerede aftalte og finansierede aktivitetsstigninger, forventet produktivitetsstigning m.m. Forbruget vil blive omregnet til kroner gennem DRG-systemet (diagnoserelaterede grupper), og der vil blive givet tilskud svarende til DRG-taksten for meraktiviteten fordelt på patienternes bopælsamtskommune, uanset om aktiviteten er præsteret på amtskommunens egne sygehuse, i andre amtskommuner eller på private sygehuse, klinikker e.l.

Det statslige tilskud udbetales som nævnt efter meraktiviteten til bopælsamtskommunen eller H:S. Det er imidlertid afgørende for regeringen, at tilskuddene i overensstemmelse med "pengene følger patienten"-princippet i sidste ende tilfalder de enheder - sygehuse, funktionsbærende enheder, afdelinger m.v. - der har præsteret meraktiviteten. Det foreslås derfor, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte bestemmelser, der i fornødent omfang fraviger bestemmelserne i kapitel V i lov om kommunernes styrelse. Bestemmelsen er en videreførelse af den gældende § 5 c, stk. 3.

Kapitel V i styrelsesloven fastsætter de overordnede regler om kommuners og amtskommuners økonomiske forvaltning. Nærmere regler er udstedt i bekendtgørelse nr. 1037 af 16. december 2001. Reglerne giver amtskommuner og kommuner en betydelig fri-

hed til at tilrettelægge deres økonomiske styring, herunder f.eks. til at fastsætte det organisatoriske niveau, som budgetbevillinger skal knyttes til. På sygehusområdet kan amtsrådet således give én samlet bevilling til sygehusvæsenet til det stående udvalg (sygehus- eller sundhedsudvalg). Der er ikke krav om, at de enkelte sygehuse eller afdelinger skal have egen bevilling.

Med den foreslåede bestemmelse kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte bestemmelser, der sikrer, at det statslige tilskud til meraktivitet tilfalder de enheder, der har præsteret meraktiviteten. Da den økonomiske styring er forskellig i amtskommunerne, vil det indgå i bekendtgørelsen for 2002, at den enkelte amtskommune med Indenrigs- og Sundhedsministeriet aftaler den metode, der skal sikre, at midlerne tilføres de producerende enheder. Derved vil der tillige blive lejlighed til at afprøve og evaluere forskellige former for nye bevillingsmekanismer, således at erfaringerne kan indgå i overvejelser om fremtidige styringsformer, f.eks. i indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg om sundhedsvæsenet.

#### *Til § 1, nr. 3*

Med den foreslåede § 5 g, som er ny, indføres en ny rettighed for patienterne. Efter bestemmelsen opnår patienter, som det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for 2 måneder efter henvisning, ret til at få behandling på et privat sygehus eller et sygehus i udlandet betalt af bopælsamtskommunen. I det foreslåede stk. 1 fastslås den grundlæggende nye rettighed, og indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte de fornødne nærmere bestemmelser om afgrænsning af, vilkår for og amtskommunernes forpligtelser til at oplyse om det udvidede frie valg. I stk. 2 pålægges amtskommunerne at indgå de aftaler med de private sygehuse, klinikker m.m., der bliver en forudsætning for det frie valg, og indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastlægge de fornødne nærmere bestemmelser for ordningen i en bekendtgørelse.

Det er præciseret, at der er hjemmel til at fastsætte bestemmelser om afgrænsning af den behandling, der er omfattet af ordningen, og herunder at undtage bestemte behandlingsformer. I bekendtgørelsen vil det blive fastsat, at alle somatiske patienter (d.v.s. patienter med legemlige sygdomme), som er henvist af en læge til sygehusbehandling, og som det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for 2 måneder som udgangspunkt har ret til frit valg til et privat sygehus eller et sygehus i udlandet, som har en aftale med det offentlige efter stk. 2.

I bekendtgørelsen vil det endvidere blive fastsat, at ordningen ikke omfatter psykiatriske patienter. Problemerne i det psykiatriske sygehusvæsen – bortset fra børne- og ungdomspsykiatrien – knytter sig ikke til ventetid, og der er ikke noget relevant tilbud inden for psykiatrien i den private sygehussektor. Psykiatriens vilkår, herunder børne- og ungdomspsykiatriens, tilgodeses i stedet på andre måder, jf. bemærkningerne til nr. 2.

Det vil blive fastsat, at ordningen ikke omfatter områder, der ligger uden for sygehusvæsenets opgaver, f.eks. alternativ eller eksperimentel behandling, rent kosmetiske operationer o.l., eller behandling, der ligger på grænsen af disse opgaver, f.eks. rekonvalescens. Det er endvidere tanken at afgrænse ordningen, så den ikke omfatter en række behandlingsformer, hvor en ventetid på over 2 måneder i almindelighed ikke kan anses for et problem, der bør prioriteres. Det gælder f.eks. kosmetiske operationer i det omfang, de finder sted i det offentlige sygehusvæsen, barnløshedsbehandling, sterilisation, kønsskifteoperationer m.m., jf. i øvrigt bemærkningerne til nr. 2.

Endelig vil høreapparatbehandling ikke blive omfattet af den nye ordning. Høreapparaterne, der udgør hovedudgiften ved høreapparatbehandling, er et hjælpemiddel under den sociale lovgivning, og der er allerede mulighed for frit valg til private udbydere med tilskud efter den sociale servicelov. Regeringen foreslår som nævnt i de almindelige bemærkninger dette tilskud forhøjet fra 3.000 til 5.000 kr. pr. høreapparat med henblik på yderligere at lette presset på de offentlige audiologiske klinikker, hvoraf mange har meget lange ventetider.

Ventetiden på 2 måneder, som udløser frit valg til private sygehuse eller sygehus i udlandet, gælder den samlede egentlige ventetid fra en henvisning er modtaget på sygehuset til behandling, men således at den tid, der medgår i et eventuelt udredningsforløb, ikke tæller som ventetid i denne forbindelse. Hvor det samlede forløb består af henvisning, en forundersøgelse og en behandling, f.eks. operation, vil den samlede ventetid inden frit valg altså være 2 måneder. Hvor forundersøgelsen derimod ikke umiddelbart resulterer i en beslutning om behandling, og der i stedet bliver tale om et udredningsforløb med flere undersøgelser, behov for at se tiden an m.m., tæller ventetiden i denne udredningsfase ikke. Intern kapacitetsbetinget ventetid på over 2 uger til en undersøgelse tæller dog med i 2-måneders fristen. Den samlede ventetid løber igen, når der er truffet beslutning om behandlingen. Egentlig passiv ventetid, d.v.s. ventetid, der er medicinsk begrundet eller skyldes patientens egne forhold eller

ønsker, tæller heller ikke i beregningen af de 2 måneder.

For at patienterne kan få en reel mulighed for at bruge det frie valg, vil det blive fastsat, at sygehuset senest 8 hverdage efter henvisningen skal oplyse, hvilken tid man kan tilbyde for evt. forundersøgelse. Når behandlingen er besluttet, må der ligeledes højst gå 8 hverdage, før sygehuset oplyser, hvornår man kan tilbyde behandling.

Der er frit valg til private sygehuse og sygehuse i udlandet, når det offentlige ikke kan tilbyde behandlingen inden en bestemt frist. Det vil blive fastsat, hvad der nærmere menes hermed, herunder hvilke tilbud i det offentlige der kan medføre, at patienten ikke får frit valg til private sygehuse m.v. Det ville ikke være rimeligt, hvis et "rettidigt" tilbud om behandling på et offentligt sygehus i den modsatte ende af landet kunne medføre, at der ikke bliver frit valg. Det vil derfor blive fastsat, at behandlingen skal kunne tilbydes inden for rammerne af amtskommunens generelle sygehusstilbud, d.v.s. på amtskommunens egne sygehuse eller sygehuse m.m., som amtskommunen almindeligvis samarbejder eller har aftaler med. Hver amtskommune udarbejder en oversigt over, hvilke sygehuse m.m. der indgår i amtskommunens sygehusstilbud.

Det frie valg, der kan blive tale om efter ordningen, indebærer, at patienten får mulighed for at vælge et privat sygehus, hvis der findes et, der tilbyder den pågældende behandling under ordningen. Ordningen betyder, at den private kapacitet kan udnyttes uden egenbetaling fra patienternes side, men i modsætning til den eksisterende ordning for de livstruende sygdomme rummer den ikke nogen garanti for behandling inden en bestemt frist og heller ingen pligt for det offentlige til at sørge for at finde behandlingstilbud på de private sygehuse inden for en bestemt frist. Sygehusene har allerede en almindelig pligt til at vejlede patienterne om mulighederne for at få behandling hurtigere på andre sygehuse. De vil efter den nye ordning tillige have pligt til at oplyse patienterne om mulighederne for frit valg til private sygehuse og sygehuse i udlandet, og om relevante private sygehuse m.v., som amtskommunerne har indgået aftale med. I forbindelse med ordningens gennemførelse vil der ske en betydelig udvidelse af Indenrigs- og Sundhedsministeriets ventetidsoplysninger på internettet - herunder om behandlingsmuligheder og eventuelle ventetider på private sygehuse.

Det er en forudsætning for frit valg med offentlig betaling til et privat sygehus, at sygehuset har indgået en aftale med det offentlige om vilkårene. Der er fastsat bestemmelser herom i det foreslåede stk. 2. Det

foreslås, at aftaleparten fra det offentliges side bliver amtskommunerne og H:S i fællesskab. Der bliver pligt for de offentlige sygehusmyndigheder til at indgå aftaler med private sygehuse, klinikker m.m., som ønsker det, og som udfører sygehusopgaver. En aftale forudsætter naturligvis enighed om vilkårene. Kan parterne ikke blive enige herom, fastsættes vilkårene på de udestående punkter af indenrigs- og sundhedsministeren. Amtskommunerne vil have pligt til at indgå aftale på de således fastsatte vilkår. Derimod kan der ikke pålægges de private sygehusejere en tilsvarende pligt. Hvis de ikke ønsker en aftale på de fastsatte vilkår, vil de ikke komme med i ordningen.

Det bemærkes, at udenlandske sygehuse vil kunne opnå aftale om behandlingen af danske patienter på samme vilkår som de private danske sygehuse.

Det er tanken, at udarbejde en fælles "skabelon" for aftalerne. Der vil heri indgå en række krav til de private sygehuse og sygehuse i udlandet, herunder om patientforsikring, indberetningspligt til landspatientregister og relevante kvalitetsdatabaser o.l. Hvad angår takster, vil udgangspunktet være de samme takster (DRG), som benyttes mellem de offentlige sygehusejere. De medregner ikke forrentning og afskrivning eller indgående moms, som en privat udbyder nødvendigvis skal have dækket. Til gengæld har de priva-

te sygehuse ingen akutforpligtelser eller udgifter til uddannelse af personale. Det bemærkes, at de aftaler, der er tale om her, er fællesaftaler, der giver frit valg for patienter fra hele landet. De enkelte amtskommuner vil fortsat frit kunne indgå aftale på andre vilkår med enkelte private sygehuse og klinikker m.v. om betaling m.m. for patienter, som amtskommunen selv henviser.

Endelig bemærkes, at der i dag er frit sygehusvalg inden for en budgetramme til en række selvejende/foreningsejede specialsygehuse, som er opregnet ved navn i sygehuslovens § 5, stk. 4. Denne gruppe sygehuse er ikke omfattet af den nye ordning, men regeringen finder det rimeligt at øge behandlingsmuligheder på disse sygehuse ved at hæve fritvalgsrammerne for de enkelte institutioner, jf. nr. 1.

#### *Til § 2*

Det foreslås, at reglerne om fordeling af statstilskud og om forhøjede fritvalgsrammer for de foreningsejede sygehuse træder i kraft dagen efter bekendtgørelsen i Lovtidende, mens bestemmelsen om frit valg til private sygehuse m.m. træder i kraft 1. juli 2002. Det indebærer, at personer, der den 1. juli 2002 har ventet i 2 måneder eller mere, har ret til frit valg efter bestemmelsen fra denne dag.

Til lovforslag nr. L 64. Skriftlig fremsættelse (29. januar 2002)

**Indenrigs- og sundhedsministeren** (Lars Løkke Rasmussen):

Herved tillader jeg mig for Folketinget at fremsætte:

*Forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet. (Forhøjede fritvalsrammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse).*

(Lovforslag nr. L 64).

Med forslaget gennemføres to væsentlige initiativer i regeringsgrundlaget på sundhedsområdet, nemlig forslaget om at tilføre sygehusvæsenet en ekstra økonomisk saltvandsindsprøjtning på 1,5 mia. kr. i 2002 med henblik på at øge behandlingsskapaciteten og nedbringe ventetiderne samt forslaget om at sikre patienterne frit valg til private og udenlandske sygehuse, hvis det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for 2 måneder.

Urimelige ventetider udgør et hovedproblem for patienterne i det danske sygehusvæsen. Ventetiderne afspejler dels, at der er en pukkel af ventende patienter, som det er meget vanskeligt at komme til bunds i, dels formentlig en mere grundlæggende ubalance i sygehusvæsenet – en ubalance mellem behandlingsmulighederne og befolkningens berettigede forventninger på den ene side og sygehusvæsenets kapacitet med de nuværende ressourcer og den nuværende struktur, styring og arbejdstilrettelæggelse på den anden side. Der er derfor behov for en betydelig og flerstrengt indsats for at skabe den fornødne balance.

Det er regeringens opfattelse, at det er nødvendigt at tilføre sygehusvæsenet ekstra ressourcer, således som det indgår i regeringsgrundlaget – navnlig med henblik på at komme den eksisterende ventelistepukkel til livs. Flere ressourcer er imidlertid ikke nok. For at bekæmpe den mere grundlæggende ubalance og forhindre, at ventetiderne vokser igen, er det også nødvendigt, at

der gennemføres strukturelle ændringer i sygehusvæsenets funktionsmåde. Det kræver en mangesidet indsats. Nogle vigtige skridt tages med det foreliggende forslag.

Forslaget indeholder på den baggrund for det første bestemmelser, der gør det muligt at fastsætte de nærmere regler om fordelingen af de ekstra 1,5 mia. kr. i 2002 på en måde, der understøtter ændrede strukturer og nye styringsformer i sygehusvæsenet, navnlig således at det sikres, at de ekstra midler målrettes de enheder, der præsterer en ekstra aktivitet. Hermed tages der hul på "pengene følger patienten" som styringsprincip i sygehusvæsenet og i det hele taget mekanismer, der fremmer kvalitet, effektivitet og service.

For det andet foreslås et udvidet frit valg for patienterne til private sygehuse og udenlandske sygehuse i tilfælde, hvor det offentlige sygehusvæsen ikke inden 2 måneder kan tilbyde en behandling, som en patient er henvist til. Ud over at det giver en ny og væsentlig rettighed for den enkelte patient og umiddelbart vil medvirke til at nedbringe urimelige ventetider, er også dette forslag et skridt i retning af en ændret styring af sygehusvæsenet, som i højere grad giver de udførende enheder hensigtsmæssige økonomiske tilskyndelser, hvorved det offentlige sygehusvæsen får et yderligere incitament til at afkorte ventetiderne til et acceptabelt niveau. I tilknytning til det udvidede frie valg foreslås de forenings-ejede specialsygehuses økonomiske rammer efter sygehusloven udvidet.

I tilknytning til dette lovforslag fremsætter socialministeren forslag om forhøjelse af det eksisterende tilskud til høreapparatbehandling hos private udbydere fra 3.000 til 5.000 kr. pr. apparat med henblik på at nedbringe ventetiderne på de offentlige audiologiske klinikker.

Jeg skal hermed anbefale lovforslaget til Folketingets velvillige behandling.