

diagnostisk undersøgelse, f.eks. MR-scanning på et aftalesygehus, som et led i en forundersøgelse på regionsygehuset. Når sygehuset under eller efter forundersøgelserforløbet finder diagnosen tilstrækkelig klar til, at det kan vurderes, om et aftalesygehus kan varetage behandlingen og eventuelt afslutte forundersøgelsen, skal patienten således have tilbud om henvisning til et sådant aftalesygehus, hvis 1 månedsfristen ikke kan overholdes.

Det er endvidere fastsat i bekendtgørelsen, at fristen regnes fra den dag, sygehuset modtager henvisningen fra patientens læge til den dag, behandlingen kan iværksættes. I opgørelsen af tidsfristen medregnes ikke perioder, hvor patienten gennemgår et forundersøgelserforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen. I opgørelsen af tidsfristen, medregnes heller ikke perioder, hvor behandling må udsættes på grund af personens helbredstilstand eller efter personens ønske.

Afgangen til udvidet frit sygehusvalg gælder efter bekendtgørelsen ikke organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, herunder refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk behandling, kønsskifteoperation, psykiatrisk behandling og rekreations- og rehabiliteringsophold. Den gælder heller ikke forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling.

Retten til at vælge et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden til behandling på dette sygehus overstiger ventetiden til behandling på bopælsregionens sygehus eller et af regionens samarbejdsygehuse. Regionsrådene skal offentliggøre en oversigt herover.

Disse bestemmelser, der er fastlagt i bekendtgørelses §§ 15-17, vil blive videreført uændret. Bestemmelser indeholder desuden en konsekvensændring af § 90, stk. 1, nr. 2, som vedrører regionsrådets information til henviste patienter, herunder om patienten kan tilbydes behandling inden for 1 måned.

#### Til nr. 22 (Medicintilskud – beløbsgrænser)

I bestemmelsen i § 146, stk. 2 og 3, angives beløbsgrænserne, som er afgørende for, hvor stor en andel af patientens udgifter til tilskudsberettigede lægemidler, der vil blive finansieret over medicintilskudssystemet. Det fremgår af bemærkningerne til L 74 af 24. februar 2005 om forslag til sundhedsloven, at beløbsgrænserne og egenbetalingsloftet inden sundhedslovens ikrafttræden vil blive opdateret til det niveau, der efter reglerne herom vil være gældende ved sundhedslovens ikrafttræden den 1. januar 2007. Der er således tale om en ren teknisk lovpræcisering.

#### Til nr. 23 (Medicintilskud)

Bestemmelsen i § 147 fastsætter regler om meddelelse af kronikertilskud. Efter bestemmelsen kan Lægemedelstyrelsen bestemme, at personer med et stort, varigt og fagligt veldokumenteret behov for lægemidler, får 100 pct. tilskud til den del af den samlede egenbetaling til tilskudsberettigede lægemidler, som overstiger egenbetalingsloftet. Der henvises til bemærkningerne til nr. 22 ovenfor om opdatering af egenbetalingsloftet inden sundhedslovens ikrafttræden. Der er således tale om en ren teknisk lovpræcisering.

Egenbetalingen opgøres i tilskudspriser og omfatter såvel generelt tilskudsberettigede lægemidler som lægemidler, den pågældende patient måtte have opnået enkelttilskud til, jf. § 145. Kronikertilskud meddeles af Lægemedelstyrelsen efter ansøgning fra den behandelende læge.

#### Til nr. 24 (Opretholdelse af tilskudspris)

Der indsættes med dette lovforslag i bestemmelsen i § 150, stk. 3, 2. pkt. en hjemmel for Lægemedelstyrelsen til at fastsætte regler om, at en tilskudspris opretholdes prisperioden ud, uanset at et billigere lægemiddel bliver tilgængeligt inden for prisperioden, som er den periode på 14 dage, hvor lægemiddelpriserne er fastlåst.

Bestemmelsen er begrundet i, at Lægemedelstyrelsen løbende genberegner tilskudspriser i løbet af en prisperiode som følge af, at der anmeldes leveringsvigt for det billigste lægemiddel i tilskudsgruppen. Efter de gældende regler skal tilskudsprisen til enhver tid fastsættes ud fra det billigste lægemiddel i tilskudsgruppen, hvilket medfører, at tilskudsprisen også skal genberegnes, når det billigste lægemiddel igen kan leveres.

Sådanne hyppige ændringer af tilskudspriser medfører praktiske problemer på apotekerne, der til hver en tid skal kunne levere et lægemiddel med fuldt tilskud. Formålet med ændringen er at mindske sådanne praktiske problemer og sikre, at ingen patient oplever, ikke at kunne få udleveret et lægemiddel med fuldt tilskud.

Lægemedelpriser opdeles administrativt i A-, B- og C-priser:

- A-prisen er den billigste pris i tilskudsgruppen ved prisperiodens start,
- B-priser er priser, der ligger indenfor bagatelgrænsen i receptbekendtgørelsens § 38, stk. 4, nr. 1 eller 3, hvilket medfører, at apoteket kan undlade at substituere, og
- C-priser er øvrige priser.