

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Den 24. februar 2005

Høringsnotat til Sundhedsudvalget

Forslag til sundhedsloven

Bemærkninger til lovforslaget

Stort set alle høringssvar udtrykker tilfredshed med lovforslaget og dets overordnede intentioner, herunder tilfredshed med:

- samlingen af sundhedslovgivningen i én lov,
- oprettelsen af 5 regioner med ansvar for sygehus- og praksissektoren,
- samlingen af flere opgaver i nye, større kommuner,
- fokus på forebyggelse og sundhedsfremme,
- en styrket central koordinering,
- fokus på kvalitetsudvikling og IT, og
- forpligtende samarbejdsbestemmelser.

På en række områder fremsættes også ønsker til ændringer og præciseringer af lovforslaget. I det følgende foretages en tværgående gennemgang af de politisk centrale forslag til ændringer af lovforslaget, som er fremkommet i høringssvarene.

Der er her navnlig taget udgangspunkt i de høringssvar, som vedrører gennemførelse af kommunalreformen.

Det skal bemærkes, at ud over de punkter, der omtales i det følgende, er der - på baggrund af høringsrunden og ministeriets egen kvalitetssikring af lovforslaget mv. - indarbejdet en række mere tekniske, herunder lovtekniske ændringer i lovforslaget.

Forslag til sundhedsloven

Generelt om bruger-/patientindflydelse

Der er i en del høringssvar foreslået, at brugerne sikres større indflydelse i sundhedsvæsenet. Det er videre foreslået, at der i sundhedsloven sker en formalisering af patientindflydelsen på de forskellige administrative niveauer.

Kommentar:

Det er et væsentligt led i det løbende kvalitetsudviklingsarbejde i regionerne og kommunerne at gennemføre bruger-/patienttilfredshedsundersøgelser og lign samt inddrage relevante bruger-/patient-organisationer, inden der gennemføres væsentlige ændringer i tilrettelæggelsen af sundhedstilbud efter sundhedsloven. Jf. i øvrigt afsnittet om sundhedsplanlægning og samarbejde.

Forslagene har givet anledning til, at det i lovforslagets § 4 er præciseret, at regioner og kommuner i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne skal sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet.

Generelt om sammenhæng i psykiatrien

En del hørings svar peger på vigtigheden af at sikre sammenhæng i indsatsen for psykisk syge. Det anføres bl.a. i den forbindelse, at taksten for kommunernes betaling for færdigbehandlede psykiatriske patienter er for lav i forhold til kommunernes udgifter til pladser på kommunale boinstitutioner. Det efterlyses, at der i lovforslaget sker en afklaring af begrebet "behandlende psykiatri" for at fastslå, at der ikke lægges op til en indskrænkning i de opgaver, som i dag varetages af de psykiatriske afdelinger, og for at bidrage til at afklare tvivlsspørgsmål om grænsedragningen mellem kommuners og regionernes kompetence. ARF har også foreslået, at amternes modtagepligt i forhold til bl.a. domfældte mv. kommer til at fremgå i lovbestemmelser eller bemærkningerne hertil.

Kommentar:

På baggrund af de fremsatte bemærkninger er følgende præciseret i lovforslagets almindelige bemærkninger:

"Ansvaret for at behandle patienter med sindslidelse lægges med kommunalreformen i regionerne sammen med ansvaret for den øvrige del af det behandlende sundhedsvæsen. Ansvaret for den sociale indsats for sindslidende samles i kommunen. Hidtil har den sociale indsats for sindslidende været delt mellem amt og kommune. Med kommunalreformen reduceres dermed antallet af overgange og risikoen for brud i det sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb for sindslidende.

Med kommunalreformen bliver det obligatorisk for kommuner og regioner at indgå sundhedsaftaler om indsatsen for sindslidende netop med det formål at sikre samordning og sammenhæng om patientforløb, som går på tværs af to myndighedsniveauer.

Der gennemføres ikke med lovforslaget en indskrænkning i de aktiviteter, som i dag varetages af de psykiatriske afdelinger, herunder distriktskykiatrien. Den behandlende psykiatri omfatter derfor som hidtil stationær og ambulante behandling, distriktskykiatri, opsøgende psykoseteams og andre udgående/opsøgende psykiatriske teams, konsulentbistand til kommuner, informationsarbejde overfor patienter og pårørende osv. På samme måde som det hidtil har været et amtskommunalt ansvar, vil det blive regionernes ansvar at videreudvikle behandlingstilbudene til sindslidende, ligesom det vil blive et regionalt ansvar at videreudvikle behandlingstilbud til andre patienter. Amternes modtagepligt for domfældte sindslidende følger af lov om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne. Der sker ikke med sundhedsloven ændringer i ansvaret for at modtage og behandle domfældte sindslidende, som således videreføres af regionerne."

Med lovforslaget bliver det obligatorisk for regionerne at opkræve betaling fra kommunerne for færdigbehandlede patienter, herunder psykiatriske patienter, som f.eks. venter på en plads på en kommunal boinstitution. Den obligatoriske betaling for færdigbehandlede patienter vil øge kommunernes økonomiske incitament til at hjemtage færdigbehandlede patienter. Blandt andet med baggrund i de fremsatte bemærkninger ændres betalingen for færdigbehandlede patienter, således at der alene fastsættes én

takst for gruppen af færdigbehandlede patienter. Denne takst fastsættes med baggrund i den nugældende høje takst for færdigbehandlede patienter på 67 år eller derover.

Generelt om centralisering

Hovedparten af høringssvarene udtrykker generelt tilfredshed med og enighed i behovet for en styrket central sundhedsfaglig rådgivning og for en øget central koordinering på sundhedsområdet af hensyn til f.eks. udviklingen inden for kvalitet og IT. En del høringssvar kritiserer dog reformen generelt men også sundhedsloven for gennem et stort antal bemyndigelsesbestemmelser at centralisere beslutningskompetencen hos ministeren og Sundhedsstyrelsen.

Kommentar:

Generelt rummer reformen både decentralisering og centralisering. På sundhedsområdet kombineres decentraliseringen (nye, stærke regioner og stærkere kommuner med et større sundhedsansvar) med en større central koordinering og styring – som anbefalet af f.eks. Strukturkommissionen og som også er modtaget positivt i de fleste høringssvar. Med hensyn til bemyndigelserne er der med sundhedsloven hovedsageligt tale om videreførelse af sundhedslovgivningens eksisterende bemyndigelser. Der er i bemærkningerne til de enkelte nye bemyndigelser angivet, hvorledes ministerbemyndigelsen forudsættes udfyldt. Og endelig vil udmøntningen af bemyndigelserne ske i samarbejde med berørte parter og almindeligvis efter en høringsproces.

Afsnit I. Indledende bestemmelser

Kapitel 1. Formål og opgaver mv.

Afsnit I, kapitel 1, § 2: Let og lige adgang

Flere høringssvar herunder ARF, DSR, DADL, Forbrugerrådet, FTF og Det Kommunale Kartel har rejst spørgsmålet om betydningen af formuleringen i lovforslaget om "let og lige adgang til sundhedsvæsenet".

Kommentar:

Der skal ikke være tvivl om, at princippet om vederlagsfri adgang til sygehusydelser, lægehjælp, kommunale sundhedsydelser mv. fastholdes. I lyset af de rejste spørgsmål er dette præciseret i bemærkningerne til § 2. Sundhedsloven omfatter imidlertid samtlige ydelser fra sundhedsvæsenet, hvoraf nogle (f.eks. i praksissektoren) er forbundet med egenbetaling.

Afsnit I, kapitel 1, § 6: Omtale af apotekernes placering som en del af sundhedsvæsenet

Danmarks Apotekerforening har foreslået, at apotekernes placering som en integreret del af sundhedsvæsenet fremhæves, således at det fremgår af bemærkningerne, at den i § 3, stk. 2, anførte afgrænsning af aktører inden for sundhedsvæsenet alene vedrører de opgaver og ydelser, som reguleres i sundhedsloven, og at der også af andre, herunder apoteker, udføres opgaver inden for sundhedsvæsenet, som er reguleret i

anden selvstændig lovgivning.

Kommentar:

Forslaget er imødekommet ved en kort beskrivelse i lovbemærkningerne. Det bemærkes samtidigt, at apotekernes forhold generelt reguleres efter apotekerlovgivningen.

Afsnit I, kapitel 1, § 3: Omtale af apotekere og apotekspersonale som sundhedspersoner

Danmarks Apotekerforening har foreslået en præcisering i forhold til definitionen af sundhedspersoner i § 6, idet apoteker og apotekspersonale ikke er autoriserede, men dog anses som sundhedspersoner efter anden lovgivning, herunder lægemiddeloven.

Kommentar:

Forslaget er imødekommet ved en kort beskrivelse i lovbemærkningerne. Det bemærkes samtidigt, at apotekernes forhold generelt reguleres efter apotekerlovgivningen.

Afsnit II Retten til ydelser efter loven

Kapitel 2. Personkreds

Kapitel 3. Bevis for ydelser efter loven

Afsnit II, kapitel 2 og 3, § 7-13: Personkreds og beviser

H:S har bemærket, at der savnes ensartede regler for, i hvilket omfang lovens ydelser tilkommer personer, der ikke har bopæl her i landet, og man ønsker, at beviset efter § 13 umiddelbart skal kunne anvendes af de administrerende myndigheder uden en egentlig prøvelse af personens ret til ydelser.

Kommentar:

Der er med forslaget ikke tilsigtet en ændring af den gældende retstilstand for så vidt angår personers ret til ydelser.

Beviset for retten til ydelser, der udstedes i medfør af § 13, vil fremover tjene som bevis for retten til alle lovens ydelser for personer, der har bopæl her i landet, jf. de specielle bemærkninger til § 13. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil i forbindelse med udformningen af de særlige beviser for ret til ydelser, der udstedes til personer, der ikke har bopæl her i landet, foranledige en præcisering på beviset af, hvilke ydelser den sikrede har ret til.

Bemærkningerne har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget, men indenrigs- og Sundhedsministeriet vil udarbejde en vejledning om ret til lovens ydelser, for personer der ikke har bopæl her i landet.

Afsnit III Patienters retsstilling

Kapitel 4. Patientkreds

Kapitel 5. Patienters medinddragelse i beslutninger

Kapitel 6. Selvbestemmelse i særlige tilfælde

Afsnit III, kapitel 6, § 27: Livstestamenter

Landsforeningen Bedre Psykiatri foreslår, at de almindelige livstestamenteregler også skal gælde for psykisk syges ønsker om behandlingssted, behandling, anvendelse af tvang, medicinering mv. Den sindslidende skal kunne tage stilling hertil, når vedkommende har en stabil periode.

Kommentar:

En sindslidende vil ofte i en stabil periode frabede sig, at medicinering og anvendelse af tvang mv. bliver benyttet, når sygdommen manifesterer sig, ud fra en urealistisk vurdering af sygdommen og dennes behandling. Imødekommelse af forslaget vil derfor typisk medføre, at psykisk syge, der har afgivet et "testamente", afskæres fra den nødvendige behandling, når sygdommen manifesterer sig. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Kapitel 7. Selvbestemmelse over biologisk materiale

Kapitel 8. Aktindsigt

Kapitel 9. Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Afsnit III, kapitel 9, § 41: Tavshedspligt

Landsforeningen Bedre Psykiatri ønsker, at sundhedspersoners tavshedspligt lempes over for de pårørende til psykiatrisk syge.

Kommentar:

Tavshedspligten skal sikre, at de oplysninger, der udveksles i læge-patientforholdet, som alt overvejende hovedregel forbliver mellem de to parter. Reglerne i §§ 42 og 44 åbner mulighed for, at patienten kan give samtykke til, at helbredsoplysninger videregives til andre, herunder de pårørende. Det er ikke fundet hensigtsmæssigt at ændre på disse regler i relation til de sindslidende. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Afsnit III, kapitel 9, § 42: Videregivelse af helbredsoplysninger (udskrivningsbrev)

§ 42, stk. 2, nr. 2, er en ny bestemmelse, hvori det foreslås, at der kan ske videregivelse af helbredsoplysninger mv. uden patientsamtykke, når videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, til patientens alment praktiserende læge.

Etisk Råd, De Samvirkende Invalideorganisationer, Forbrugerrådet og Det Centrale Handicapråd havde gerne set, at man fastholdt den gældende retstilstand, hvorefter videregivelse af oplysninger af den pågældende karakter kræver patientsamtykke. ARF, DADL, Århus Amt og H:S støtter ændringen og foreslår yderligere, at muligheden for videregivelse af helbredsoplysninger uden patientsamtykke udvides både med hensyn til omfanget af oplysninger og med hensyn til kredsen af behandlende personer, der kan afgive og modtage oplysninger. DADL opfordrer til, at spørgsmålet om udveksling af helbredsoplysninger mellem de forskellige instanser på sundhedsområdet overvejes nøje.

Kommentar:

Der er med den foreslåede regel tilsigtet en god balance mellem hensynet til individbeskyttelsen og hensynet til mulighederne for at drive et sammenhængende sundhedsvæsen til gavn for patienterne. Forslagene har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget,

Kapitel 10. Tolkebistand

Afsnit III, kapitel 10, § 51: Tolkebistand

Hjernesagen, Landsforeningen LEV, De Samvirkende Invalideorganisationer, Det Centrale Handicapråd og H:S ønsker, at bestemmelsen også skal tage højde for, at personer med forskellige former for fysisk og psykisk funktionsnedsættelse mv. kan have behov for tolkebistand, og at der ikke i sådanne tilfælde bør betales gebyr.

Den Danske Diakonissestiftelse og Diakonissestiftelsens Hospice ønsker en præcisering af, at regionerne også yder vederlagsfri tolkebistand til patienter indlagt på hospice, dvs. på en selvejende institution, som drives med offentlig driftsoverenskomst.

De samvirkende invalideorganisationer anfører bl.a., at tolkning skal forstås som både tegnsprogstolkning, skrivetolkning eller tolkning i tegnstøttet kommunikation, og at tolkebistanden bør gives vederlagsfrit til døve, døvblinde og svært hørehæmmede personer m.fl., som ønsker det i forbindelse med behandling på hele sundhedsområdet. Endvidere anføres, at der bør oprettes én døvpsykiatrisk landsfunktion, idet der ikke er tilstrækkeligt patientgrundlag til, at personalet kan opnå tegnsprogskompetencer mere end ét sted i landet.

Kommentar:

Sygehusvæsenet har efter sygehusloven i dag pligt til at yde vederlagsfri tolkebistand, når det er nødvendigt af hensyn til behandlingen. Denne pligt gælder også ifbm. behandling på de private sygehuse m.fl., herunder hospicer, som er omfattet af sygehusloven § 5, stk. 3, og på andre private institutioner, som amter har indgået aftale med som led i løsningen af sine sygehusopgaver, jf. sygehusloven § 3, stk. 3. Efter sygesikringsloven afholder den offentlige sygesikring desuden udgifter til nødvendig tolkebistand i forbindelse med lægehjælp. Der tilsigtes ingen ændringer heri med lovforslaget. Bemærkningerne har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget. Det bemærkes, at forslaget om tegnsprogstolkning, skrivetolkning mv. samt en døvpsykiatrisk landsfunktion fra De Samvirkende Invalideorganisationer vil indebære en udvidelse af de eksisterende tolketilbud.

Kapitel 11. Patientkontorer

Afsnit III, kapitel 11, § 52: Uafhængige patientkontorer

Forbrugerrådet og Patientforeningen Danmark har foreslået, at patientkontorerne i de nye regioner organiseres således, at kontorerne ikke drives af regionsrådene, og at personalet i kontorerne ikke er ansat af sygehusledelsen eller regionsrådet. Baggrunden for forslaget er bekymring for, at der kan opstå loyalitetsproblemer for patientvejle-

derne, når de skal rådgive og vejlede patienter om klagesager vedrørende sundhedspersoner eller sygehuse i selv samme region.

Kommentar:

Med oprettelsen af de amtskommunale patientkontorer, jf. lov om ændring af centralstyrelsesloven mv., var det hensigten gennem en let adgang til kommunikation, at patienten og sundhedsmyndighederne hurtigt og enkelt at kunne finde løsninger, der kunne tilfredsstille patienten, samtidig med at sundhedsmyndigheden kan lære af klagen og overveje procedureændringer. Patientvejlederne er på forskellige måder sikret uafhængighed i deres ansættelse og er forpligtet til at give patienterne en objektiv rådgivning og vejledning, hvilket de også vil være forpligtet til i fremtiden. Det bemærkes, at patientkontorerne ikke træffer afgørelse i de forelagte sager. Forslaget har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Afsnit III, kapitel 11, § 52: Placeringen af patientkontorerne

Bornholms Regionskommune har foreslået, at patientkontoret på Bornholm videreføres.

Kommentar:

Lovforslaget lægger op til, at det efter reformen er regionsrådet, der fastsætter nærmere retningslinjer for patientkontorenes stedlige og organisatoriske placering. Bemærkningerne har ikke givet anledning til ændringer heri. Det lægges dog til grund, at Region Hovedstaden vil tage hensyn til Bornholm i forbindelse med organisering og placering af patientkontorerne.

Afsnit IV Transplantation

Kapitel 12. Transplantation fra levende og døde personer

Der har ikke været bemærkninger til ovennævnte afsnit, der har givet anledning til kommentarer,

Afsnit V Praksissektorens ydelser

Kapitel 13. Regionsrådets ansvar for ydelser i praksissektoren

Afsnit V, kapitel 13, § 58: Behandlingstilbud hos praktiserende sundhedspersoner

ARF og H:S har anført, at der med § 58 bliver indført en reel forsyningspligt, og at det derfor bør overvejes, om regionerne med bestemmelsen får de fornødne muligheder for at varetage forsyningspligten i tilfælde af konflikt.

Kommentar:

Lovforslaget viderefører sygesikringslovens bestemmelser om ydelser i praksissektoren. Fremover har regionerne ansvaret herfor. Mht. spørgsmålet om, hvad der sker i en konfliktsituation bemærkes, at indenrigs- og sundhedsministeren i den situation fast-

sætter regler om tilskud mv. på samme måde, som det er tilfældet efter sygesikringsloven.

Kapitel 14. Valg af sikringsgruppe

Kapitel 15. Ydelser

Afsnit V, kapitel 15, § 60: Lægevalg for 15-18-årige

DADL har foreslået, at reglerne om lægevalg for 16-18-årige bringes i overensstemmelse med reglen om afgivelse af informeret samtykke til behandling, således at 15-årige patienter har mulighed for at vælge egen læge.

Kommentar:

På baggrund af de indkomne bemærkninger er lovforslaget ændret således, at personer mellem 15 og 18 år kan vælge læge efter bestemmelsen. Bestemmelsen bringes dermed i overensstemmelse med lovforslagets regler om afgivelse af informeret samtykke til behandling. Som en konsekvens heraf er 16 års grænsen i § 59 om valg af sikringsgruppe ligeledes ændret til 15 år.

Afsnit V, kapitel 15, § 68: Fysioterapi

Danske Fysioterapeuter foreslår, at "tilskud til behandling hos fysioterapeut på klinik kan kun ydes, hvis klinikken er godkendt af Regionsrådet" i § 68, 2. led udgår af lovforslaget.

Kommentar:

De overenskomster, som Sygesikringens Forhandlingsudvalg har indgået med de forskellige organisationer af sundhedspersoner, herunder fysioterapeuter, indeholder i dag bestemmelser om indretning af praksis, herunder om sikring af hensigtsmæssige adgangsf forhold for bevægelseshæmmede.

Eftersom det således er indarbejdet i overenskomsts systemet at drage omsorg for at sikre tilgængelighed for bevægelseshæmmede, er lovforslaget ændret i overensstemmelse med Danske Fysioterapeuters anbefaling, således at regionsrådets godkendelsesbeføjelse er udgået.

Afsnit VI Sygehusydelser

Kapitel 16. Regionsrådets ansvar for Sygehusydelser

Afsnit VI, kapitel 16, § 78 (nu § 79): Kommunalfuldmagtens bortfald

ARF og Forbundet af Offentligt Ansatte ønsker, at kommunalfuldmagten skal gælde for regionerne og anbefaler, at der indarbejdes en generel hjemmel for regionerne til at udvikle nye sundhedstilbud. Og til at yde rådgivning eller bistand mod betaling på de områder, hvor kommunerne eller andre samarbejdspartnere mangler den fornødne indsigt eller viden til at løse en opgave tilfredsstillende.

ARF finder det ikke rimeligt, at regionsrådets iværksættelse af en række initiativer vil kræve indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse. Bl.a. findes det uhensigtsmæssigt, hvis der ikke kan indgås aftale med private virksomheder eller tværnationale

samarbejdsaftaler uden indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse. ARF peger endvidere på, at der er udviklet en række lokale sundhedstilbud i grænsefladen af det kommunale og amtskommunale område, som ikke vil være udviklet uden kommunalfuldmagt.

ARF finder det positivt, at eksisterende drifts- og udviklingssamarbejder på sundhedsområdet nævnes i bemærkningerne. Det findes dog uhensigtsmæssigt, at indenrigs- og sundhedsministeren i hvert enkelt tilfælde skal godkende oprettelse af relevante fællesfunktioner, jf. udsendte forslags § 78, stk. 3, og at der derfor bør skabes hjemmel til at indgå relevante driftssamarbejder uden nærmere godkendelse.

Århus Amt giver eksempler på en række aktiviteter, som amtet er itvivl om, kan videreføres, og på samarbejder, der besværliggøres, uden kommunalfuldmagten. Det anføres bl.a., at en ministeriel ansøgningsproces fx vil gøre udviklings- og forskningssamarbejde med Århus Universitet og private virksomheder ufleksibelt. Amtet finder derfor, at det bør overvejes at give regionerne de fornødne frihedsgrader og mulighed for fleksibelt at indgå i forskellige samarbejdsformer, dels med henblik på at sikre forskningen optimale vilkår, og dels med henblik på at kunne arbejde tilfredsstillende med lov om opfindelser ved offentlige forskningsinstitutioner.

Ministeriet for videnskab, teknologi og udvikling ønsker en tydeliggørelse af, hvilke kriterier indenrigs- og sundhedsministeren i medfør af forslaget § 78, stk. 3 kan godkende, for at et regionsråd kan samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver.

Ministeriet gør endvidere opmærksom på, at de offentlige sygehusejere i henhold til lov om opfindelser ved offentlige forskningsinstitutioner har pligt til at arbejde for erhvervs-mæssig nyttiggørelse af nye opfindelser fra sygehusforskningen. Ministeriet finder, at det for at sikre sammenhæng med denne lov og lov om teknologioverførsel mv. ved offentlige forskningsinstitutioner bør sikres, at regionsrådet i en ny regionsstruktur gives mulighed for at udbygge samarbejdet mellem universiteter og sygehuse om kommercialisering af idéer og opfindelser fra forskningen. Herunder bør der fastholdes mulighed for sygehusejerne til at deltage finansielt og ledelsesmæssigt i kommercielle selskabsdannelser med henblik på overførsel af viden og teknologi fra forskning til erhvervsliv.

Indstilling:

Langt den største udvikling i sygehusvæsenet foregår uden anvendelse af kommunalfuldmagten. Regionerne vil derfor med lovforslaget have samme vide rammer som hidtil for udvikling af sygehusvæsenet. I de sammenhænge, hvor kommunalfuldmagten har været anvendt, tager lovforslaget højde herfor. Som det udtrykkeligt fremgår af bemærkningerne til lovforslagets § 78 (nu § 79) har bestemmelsen til formål, at skabe grundlag for at videreføre eksisterende samarbejder - som i dag er hjemlet i kommunalfuldmagtsreglerne - mellem amterne i kommunale selskaber, eller mellem det offentlige sygehusvæsen og private virksomheder samt dels at skabe grundlag for lignende samarbejder i fremtiden. Bestemmelsen giver netop mulighed for, at regionerne kan samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder med henblik på udvikling og nytænkning af sundhedsvæsenet. Regionsrådets samarbejder efter stk. 3 og 4, som er betinget af indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse, vedrører løsningen af opgaver, som enten kun delvist eller slet ikke er omfattet af sundhedsloven, eller som har et meget vidtrækkende omfang.

På baggrund af høringssvarene og efter drøftelse med Ministeriet for videnskab, teknologi og udvikling er det i bemærkningerne præciseret, at stk. 3 også giver mulighed for samarbejde mellem sygehuse og selskaber stiftet efter lov om teknologioverførsel mv.

ved offentlige forskningsinstitutioner. Formålet er, at de offentlige sygehusejere i medfør af lov om opfindelser ved offentlige forskningsinstitutioner kan arbejde for en erhvervsmæssig nyttiggørelse af nye opfindelser fra sygehusforskningen.

Endvidere er tilføjet et nyt stk. 3, 2. pkt., hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at bestemte former for samarbejder, kan indgås uden godkendelse. Formålet er at skabe grundlag for, at eksisterende samarbejder mellem sygehuse og private virksomheder umiddelbart kan videreføres. Endvidere er der bl.a. skabt mulighed for, at forsknings- og udviklingssamarbejde mv. mellem sygehuse og universiteter eller private virksomheder ikke behøver godkendelse.

Kapitel 17. Sygehusbehandling mv.

Afsnit VI, kapitel 17, § 79, stk. 2 (nu § 80, stk. 2): Frit sygehusvalg.

HjerneSagen har stillet forslag om, at det frie sygehusvalg udvides til at omfatte genoptræningstilbud til de sværest skadede. HjerneSagen nævner i den forbindelse Rehabiliteringscenter Kurhus i Dianalund, som er placeret under sociallovgivningen. Center for Hjernesgade foreslår, at fritvalgsrammen udvides til at omfatte al behandling på centret, herunder også revalidering, som kommunerne betaler, idet opdelingen giver anledning til afgrænsningsproblemer

HjerneSagen og Vejlefjord bemærker begge, at de økonomiske rammer for frit valg til behandling på private specialsygehuse mv. kan give anledning til ventetider, jf. § 229, stk. 4 (§ 236, stk. 4). Man finder det positivt, såfremt der ikke fortsat er en sådan begrænsning på det frie valg til de private specialsygehuse mv. Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen, Diakonissestiftelsens Hospice og Muskelsvindfonden foreslår en ændret pris- og lønregulering af fritvalgsrammerne, som i højere grad tager hensyn til udvikling i behandlingstilbud mv.

Kommentar:

Forslagene har givet anledning til, at det i lovbemærkningerne er præciseret, at specialiseret ambulans genoptræning, som forudsætter et sygehus' ekspertise, udstyr mv. fortsat er en sygehusopgave. Forslaget om at ophæve fritvalgsrammerne for de private specialsygehuse vil gå ud over en opfølgning af aftalen om en kommunalreform.

Afsnit VI, kapitel 17, §§ 80-81 (nu §§ 81-82): Sygehusbehandling mv.

H:S har foreslået en række præciseringer af gældende lov i de specielle bemærkninger til lovforslagets § 80 og 81 om betaling for sygehusbehandling. Præciseringerne retter sig mod adgang til og betaling for især svangerskabsafbrydelse og sterilisation for personer uden akut behandlingsbehov og uden bopæl i Danmark.

Kommentar

Forslagene har givet anledning til, at det i lovbemærkningerne er præciseret at betalingsspørgsmålet vil blive taget op i forbindelse med revision af cirkulære om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse og vejledning om svangerskabsafbrydelse samt cirkulære om behandlingen af sager om sterilisation og vejledning om sterilisation.

Kapitel 18. Særlige sygehusydelse

Afsnit VI, kapitel 18, § 83 (nu § 84): Særlige sygehusydelse

§ 83 omhandler tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder, samt jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Der er tale om en videreførelse af de eksisterende regler herom i lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp.

ARF foreslår, at det overvejes at indføre mulighed for, at regionerne - udover det lovpligtige tilbud - kan etablere supplerende tilbud mod betaling.

Jordemoderforeningen foreslår tre ændringer: 1) der indføres et selvstændigt afsnit i lovforslaget om "Jordemodervæsenets ydelse", bl.a. for at sikre regionerne valgfrihed i forhold til organiseringen af jordemodervæsenet, 2) der indføres en fortsat forpligtelse for regionsrådene til at ansætte jordemødre mv. til at opfylde pligten til at yde forebyggende helbredsundersøgelser og fødselshjælp og 3) der indføres mulighed for mere bindende regler for regionsrådenes tilbud om svangreomsorg og fødselshjælp.

Kommentar:

Mht. ARF's forslag om etablering af mulighed for regionerne for at opkræve betaling for supplerende tilbud, så rummer § 234 stk. 2 i lovkastet (nu § 241, stk. 2) - som er en videreførelse af sygehuslovens § 5, stk. 13 - allerede denne mulighed.

For at imødekomme Jordemoderforeningen er overskriften på kap. 18 ændret fra "særlige sygehusydelse" til "særlige sygehusydelse mv." Herudover er der indføjet i de særlige bemærkninger til § 83 (nu § 84) at: "Der er med placeringen af bestemmelsen i dette kapital ikke tilsigtet ændring i de nuværende muligheder for tilrettelæggelse af jordemoderhjælpen". Jordemoderforeningens forslag 2) har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget, idet heller ikke andre faggruppers ansættelsesforhold er reguleret i loven. Til foreningens forslag 3) bemærkes i øvrigt, at Sundhedsstyrelsen vil revidere retningslinierne for svangreomsorgen i 2005.

Kapitel 19. Frit sygehusvalg

Afsnit VI, kapitel 19, § 86 (nu § 87): Kapacitetsmæssige vanskeligheder

På baggrund af en henvendelse fra Folketingets Ombudsmand er der i § 86 (nu § 87) indsat et nyt stk. 2 i bestemmelsen. Stk. 2 lovfæster gældende praksis, hvorefter et sygehus kan afvise at modtage personer fra andre regioner, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i amtet ellers vil blive tilsidesat. Efter bestemmelsen kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om afvisning af patienter fra andre regioner.

Bestemmelsen fremgår i dag i § 15, stk. 3, i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv. Hensigten med bestemmelsen er, at der ved beslutningen om at modtage en patient fra en anden region kan tages hensyn til udviklingen i presset på den pågældende afdelings kapacitet. Et sygehus kan således i situationer, hvor særlige hensyn til regionens patienter gør sig gældende, afvise patienter fra andre regioner. Det vil ved bekendtgørelse blive fastsat, at afdelingen kun kan afvise patienter fra andre regioner, indtil ventetiden er bragt ned på et rimeligt niveau.

Afsnit VI, kapitel 19, § 86 (nu § 87): Frit sygehusvalg for psykiatriske patienter

Sind og Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere ønsker, at begrænsningen i det frie sygehusvalg for psykiatriske patienter fjernes.

Kommentar:

Hovedreglen er, at psykiatriske patienter har samme ret til frit sygehusvalg som andre patienter. Begrænsningen i det frie sygehusvalg i § 86, stk. 3, har alene til formål at sikre psykiatriske patienter den bedst mulige behandling, og kan fx være nødvendig, hvor hyppige ønsker om at skifte behandlingssted kan vanskeliggøre den fornødne kontinuitet i behandlingen. Forslagene har givet anledning til, at det i bemærkningerne til § 86 er præciseret, at psykiatriske patienter almindeligvis har samme ret til at benytte det frie sygehusvalg, som andre patienter, og at det således kun er i undtagelsestilfælde, at bestemmelsen i stk. 3 kan anvendes til at begrænse psykiatriske patienters frie sygehusvalg.

Kapitel 20. Udvidet frit sygehusvalg

Afsnit VI, kapitel 20, § 87 (nu § 88): Udvidet frit sygehusvalg

Behandlingsgaranti:

HjerneSagen har opfordret til, at der udstedes en behandlingsgaranti, således at alle apopleksiramte borgere sikres behandling på et apopleksiafsnit.

Kommentar:

Der kan være gode faglige grunde, fx andre alvorlige sygdomme, som fører til, at en apopleksipatient ikke bør ligge på et apopleksiafsnit. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Kapitel 21. Maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme

Afsnit VI, kapitel 21, § 88 (nu § 89): Maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme

Kontaktudvalget for mindre sygdoms- og handicapforeninger har foreslået, at de maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme udvides, så de også kommer til at inkludere en maksimal ventetid på diagnostik.

Kommentar:

Der er tale om en udvidelse i forhold til de nugældende behandlingsfrister, som derfor ikke har givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Kapitel 22. Behandling i udlandet

Kapitel 23. Regionsrådets oplysningspligt ved henvisning til sygehus

Kapitel 24. Beløb til personlige fornødenheder

Afsnit VII Svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion

Kapitel 25. Betingelser for svangerskabsafbrydelse

Kapitel 26. Betingelser for fosterreduktion

Kapitel 27. Samråd og ankenævn
Kapitel 28. Fremgangsmåden

Afsnit VIII Sterilisation og kastration

Kapitel 29. Anvendelsesområde
Kapitel 30. Sterilisation
Kapitel 31. Samråd og ankenævn
Kapitel 32. Fremgangsmåden
Kapitel 33. Kastration

Der har ikke været bemærkninger til ovennævnte afsnit, der har givet anledning til kommentarer.

Afsnit IX Kommunale sundhedsydelser

Kapitel 34. Kommunalbestyrelsens ansvar

Afsnit IX, kapitel 34, § 118 (nu § 119): Kommunale sundhedsydelser

Mange høringsparter, herunder KL, Københavns Kommune, DSR, og Sundhedskartellet, udtrykker positiv støtte, til at kommunerne med lovforslaget tildes et større ansvar og flere opgaver på sundhedsområdet, således at der skabes et forbedret grundlag for effektiv og sammenhængende opgaveløsning på det kommunale sundhedsområde.

DSR foreslår, at det præciseres, at kommunerne udgør en del af et samlet sundhedsvæsen, og at kvalitet og sikkerhed i de kommunale sundhedstilbud skal udvikle sig parallelt med hospitalernes og følge samme standarder. DSR foreslår videre at tilføje, at kommunerne har frihed til at vælge organisatoriske løsninger, men at den sundhedsfaglige kvalitet og indholdet i sundhedstilbudene skal være ens for borgere i hele landet.

Kommentar:

At kommunerne er en del af et samlet sundhedsvæsen afspejles netop i, at de kommunale sundhedsordninger indgår som en integreret del af forslaget til en samlet sundhedslov. Det indebærer bl.a., at kommunale sundhedsordninger er omfattet af regler for og krav til sikring af kvalitet (kvalitetsudvikling, klagesystem, tilsyn, patientretigheder osv.). Således lovfæstes med § 188 (nu 194) såvel kommunalbestyrelsernes som regionsrådenes forpligtelse til at sikre kvalitet i sundhedsydelserne. Det bemærkes i den forbindelse, at det er hensigten, at Den Danske Kvalitetsmodel, som er under etablering, gradvist skal udvides til at omfatte hele sundhedsvæsenet, altså også ydelser i praksissektoren og i kommunerne. Forslaget har således ikke givet anledning til ændringer, men det er regeringens ønske, at KL snarest indtræder fuldt ud i arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.

Afsnit IX, kapitel 35, § 119 (nu § 120): Forebyggelse og sundhedsfremme**Lovfæstelse af sundhedsfremme og forebyggelse som en kommunal opgave**

Generelt er hørings svarene særdeles positive overfor en lovfæstelse af en kommunal forpligtelse til at skabe sunde rammer for borgerne, herunder forpligtelsen til at etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til borgerne. Det gælder bl.a. KL, ARF, DSR, DADL, Socialchefforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening, Ergoterapeutforeningen mv. samt en række kommuner, amter mv.

Der er imidlertid fra en række høringsparter bl.a. ARF, DADL og DSR rejst spørgsmål om, hvorvidt selv de nye større kommuner vil have tilstrækkelige forudsætninger, herunder sundhedsfaglige forudsætninger, for at løfte opgaven. DADL anfører således, at fraværet af bestemmelser for kommunernes udmøntning af ansvaret på sundhedsområdet kan medføre stor forskellighed i opgavens løsning. DSR foreslår konkret, at der til lovtæksten tilføjes et nyt stk., med følgende ordlyd: "Sundhedsstyrelsen fastlægger indsatsområder og mål for kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter". DSR foreslår endvidere en række ændringer til bemærkningerne, herunder bl.a. en mere detaljeret beskrivelse af, hvad sundhedscentre kan omfatte, fremhævelse af relationerne til Regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet", henvisninger til den sociale ulighed i sundhed og foreslår udarbejdelse af flere nationale handlingsplaner, herunder for forebyggelse og sundhedsfremme.

Rådet for Frivilligt Socialt Arbejde foreslår at der i lovtæksten henvises til, at det kommunale arbejde "bør ske i samarbejde med de frivillige organisationer".

Kommentar:

Bemærkningerne har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget, idet beskrivelsen af indsatsområder og målsætninger vil ske ved vejledninger mv.

I lovbemærkningerne er indarbejdet en forudsætning om, at kommunerne, som på andre driftsområder, udarbejder flerårige planer for forebyggelse - endvidere at arbejdet skal tilrettelægges med hensyn til svage grupper bl.a. ved koordination af forebyggelse på tværs af sundhedspleje, hjemmesygepleje, praksissektor og sygehus og ved integration i kommunens mange sektorer, som skole, fritids- og ældretilbud.

Præcisering af regionsrådets forebyggende og sundhedsfremmende opgave:

DSR foreslår konkret, at der sker en præcisering af regionernes ansvar ved, at der i lovtæksten indføres et nyt stk., med ordlyden: "Regionsrådet har ansvaret for sundhedsfremmende og forebyggende tilbud under indlæggelse".

Kommentar:

Opgaven fremgår af bl.a. lovens § 5, samt kapitel 13 og 16, hvor henholdsvis behandling defineres, og regionsrådets opgaver beskrives. Forslaget har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Ansvar for den patientrettede forebyggelse

ARF, KL, Københavns Amt, Københavns Kommune, Diabetesforeningen m.fl. anfører, at bemærkningerne ikke mere detaljeret tildeler et ansvar til enten region eller kommu-

ne for den patientrettede forebyggelse. ARF foreslår således, at det entydigt fastlægges, at den patientrettede forebyggelse er et regionalt ansvar, mens Københavns Kommune finder, at det modsat bør fastlægges som et kommunalt ansvar. Diabetesforeningen finder, at der er en risiko for at "forebyggelsesindsatsen for diabetikere falder mellem 2 stole". DADL lægger til grund, at sundhedsaftalerne skal anvendes til at skabe klare grænser for opgavevaretagelsen mellem regioner og kommuner på bl.a. forebyggelsesområdet. DADL foreslår i den forbindelse en tre-fase model til klarlægning af ansvaret for patientforløb og fastlæggelse af adskillelse af behandling og efterbehandling (fase 1 og 2) fra den patientrettede forebyggelse (fase 3) der bl.a. kan ske i samarbejde mellem almen praksis og kommune.

Kommentar:

Hensigten med bestemmelserne for sundhedskoordinationsudvalg, sundhedsaftaler mv. er at skabe et råderum for de enkelte regioner og kommuner i tilrettelæggelsen af samarbejdet om den patientrettede forebyggelse. Formålet med sundhedsaftalerne er at skabe afgrænsninger for ansvar og opgaveudførelse for bl.a. kronisk syge. De konkrete overvejelser i høringssvarene vil indgå i arbejdet med vejledningsmateriale mv. for sundhedsaftalerne. Forslagene har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Regionernes ansvar for rådgivning mv.

ARF anfører, at regionerne bør få en egentlig forpligtelse til at udvikle og koordinere den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme, samt for støttetilbud til pårørende, herunder tilbud til børn af sindslidende. Fyns Amt foreslår, at det sikres, at der stadig foregår en regional koordinering af udviklingsarbejdet for den borgerrettede forebyggelse. Århus Amt foreslår, at regionerne for at sikre stærke regionale faglige forebyggelsesmiljøer, sikres mulighed for et bredere forebyggelsesfelt, herunder mulighed for i samarbejde med kommunerne at varetage konkrete forebyggelsestiltag.

Kommentar:

Rådgivningsopgaven på forebyggelsesområdet adskiller sig ikke fra rådgivningsopgaver på andre kommunale områder. Dvs. kommunerne vælger og indgår selv aftaler med rådgivere og samarbejdspartner. På forebyggelsesområdet kan der fx være tale om konsulentfirmaer, udbydere af sundhedsydelse, sygdomsbekæmpende foreninger mv. Regioner er ligestillet hermed. Endvidere forudsættes regionerne som nævnt i bemærkningerne i samarbejde med kommunerne at forestå tværgående opgaver herunder særligt kvalitetsarbejde og uddannelse. Forslagene har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Omtale af apotekerne som samarbejdspartnere i kommunale forebyggelsesaktiviteter

Danmarks Apotekerforening har foreslået, at apotekerne nævnes på lige fod med de sygdomsbekæmpende foreninger i forbindelse med omtalen af kommunernes tilrettelæggelse af den forebyggende indsats vedrørende rygestop.

Kommentar:

Forslaget har givet anledning til en tilføjelse herom i lovbemærkningerne.

Kapitel 36. Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge

Afsnit IX, kapitel 36, §§ 120-126 (nu §§ 121-127): Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge

DSR foreslår, at målgruppen for de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge i § 120 (nu § 121), stk.2, udvides til at omfatte børn, unge, gravide, familier og grupper i lokalsamfundet. DSR foreslår, at bemærkningerne til §§ 120-126 (nu §§ 121-127) udvides i overensstemmelse hermed.

DADL foreslår, at det sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende arbejde videreføres mere systematisk efter folkeskolen.

DSR og Ringkjøbing Amt foreslår videre, at der oprettes en ny § 120 (nu § 121), stk. 3, der fastslår, at "der oprettes en koordinerende sundhedsplejerskefunktion i de nye regioner til afløsning for amtssundhedsplejerskefunktionen".

DSR foreslår, at det fastslås i loven, at sundhedsplejerskens virksomhed normalt udøves ved besøg i hjemmet, og at børn, der op holder sig på en af kriminalforsorgens institutioner eller et kvindekrisecenter, er omfattet af den kommunale sundhedstjeneste.

Herudover foreslår Danske Fysioterapeuter, at den i § 123 (nu § 124) omtalte tværfaglige gruppe også skal inddrage motorisk sagkundskab.

Endelig foreslår Ergoterapeutforeningen, at den forebyggende indsats kan omfatte ergoterapeutisk vurdering af førskolebørn.

Kommentar:

Der er ikke med kommunalreformen tilsigtet nogen udvidelse af ordningens målgrupper. Forslaget om at udvide sundhedsplejens målgruppe til at omfatte børn, unge, gravide, familier og grupper i lokalsamfundet har derfor ikke givet ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Forslaget om, at det sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende arbejde videreføres mere systematisk efter folkeskolen, har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget. Kommunerne får med sundhedsloven ansvar for at skabe rammerne for en sund levevis for borgerne. Dette ansvar omfatter bl.a. sundhedsfremmende og -forebyggende initiativer og indeholder såvel borger- som patientrettet forebyggelse.

Forslaget om at oprette en sundhedsplejerskefunktion i de nye regioner, som afløsning for amtssundhedsplejerskefunktionen, har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget. Der er heller ikke efter gældende lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge krav om oprettelse af en amtssundhedsplejerskefunktion. Det er således fortsat op til regionerne (tidligere amterne) at beslutte, om de ønsker at oprette en amtssundhedsplejerskefunktion.

Forslaget om at indsætte en særlig bestemmelse vedrørende børn, der med forældre opholder sig i kriminalforsorgens institutioner eller på krisecentre, har givet anledning til, at det i de specielle bemærkninger til § 126 (nu 127) er præciseret, at der i en be-

kendtgørelse vil blive fastsat nærmere regler herom, idet det er hensigten at videreføre de i dag gældende regler. Forslaget om, at der bør indsættes en særlig bestemmelse om, at sundhedsplejerskens virksomhed normalt udøves ved besøg i hjemmet, har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget, idet det er anført i bemærkningerne til § 122, at det i bekendtgørelsen vil blive fastslået, at sundhedsplejerskens virksomhed i barnets første leveår normalt udøves ved besøg i hjemmet.

I forhold til forslaget om at inddrage motorisk fagkundskab i den tværfaglige gruppe er der efter gældende bestemmelser adgang til i tilstrækkeligt omfang at formidle kontakt til lægelig, social, pædagogisk, psykologisk og anden sagkundskab, herunder motorisk sagkundskab. Det er, på baggrund af de konkrete støtte- og behandlingsbehov hos barnet og dets familie, op til den enkelte kommune at fastsætte sammensætningen af den tværfaglige gruppe. Eftersom bestemmelsen om den tværfaglige gruppe fastholdes i sundhedsloven, jf. § 123 (nu § 124), har forslaget ikke givet anledning til ændringer.

Forslaget om at præcisere i loven, at den forebyggende indsats kan omfatte ergoterapeutisk vurdering af førskolebørn, har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget. Der bør på dette felt ikke fastsættes specifikke krav til kommunernes inddragelse af forskellige faggrupper i indsatsen.

Kapitel 37. Kommunal tandpleje

Afsnit IX, kapitel 37, § 131 (nu § 132): Omsorgstandpleje

Flere høringsparter, deriblandt ARF og Dansk Tandlægeforening ønsker forslaget ændret, så regionerne får hjemmel til efter aftale med kommunalbestyrelsen at varetage opgaver i henhold til § 131 (omsorgstandpleje).

Kommentar:

På baggrund af de indkomne høringssvar er lovforslaget ændret. Lovforslaget viderefører de gældende regler om, at regionerne (i dag amterne) - efter aftale med kommunerne - kan varetage den omhandlede omsorgstandpleje. Kommunerne har efter lovforslagets § 133 (nu 134) mulighed for at få specialtandplejen varetaget af regionerne. Der vil med ændringen være mulighed for en samlet varetagelse af den omhandlede omsorgstandpleje og specialtandplejen efter lovforslagets § 133 (nu § 134), det vil sige i forhold til hele gruppen af personer, som ikke eller kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud, og som kommunerne efter forslaget har ansvaret for.

Afsnit IX, kapitel 37, § 132 (nu § 133): Omsorgstandpleje - egenbetaling

Flere høringsparter deriblandt Københavns Kommune har peget på, at det i lovgivningen bør sikres, at der sker en harmonisering af egenbetalingen i omsorgstandplejen og i specialtandplejen for sindslidende og udviklingshæmmede.

Kommentar

Forslaget har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget. Der vil imidlertid med hjemmel i forslagens stk. 2 skulle fastsættes nærmere regler i en bekendtgørelse for størrelsen af den maksimale egenbetaling både for borgere i omsorgstandplejen og for

borgere i specialtandplejen, jf. § 135, stk.2. Kommunerne har efter forslaget ansvaret for tandplejen til alle sindslidende, udviklingshæmmede m.fl. som ikke eller kun vanskeligt kan udnytte det almindelige tandplejetilbud. Der vil i forbindelse med reglerne for egenbetaling blive tilstræbt en harmonisering af reglerne for egenbetaling under hensyntagen til de pågældende persongrupperes særlige tandplejebehov.

Afsnit IX, kapitel 37, § 133 (nu § 134): Specialtandpleje

ARF og Foreningen af Specialtandlæger i Tand- Mund og Kæbekirurgi kan ikke tilslutte sig, at opgaven overføres til kommunerne. De finder ikke, at der er skabt tilstrækkelig sikkerhed for, at opgaven bliver løst på et tilstrækkeligt fagligt niveau i forhold til patienternes behov.

Som minimum ønsker ARF, at forslaget ændres, så kommunerne bliver forpligtet til at få varetaget de behandlingsopgaver, som i kompleksitet og specialisering overstiger, hvad kommunen selv kan løfte, i regionalt niveau.

Amtstandlægekollegiet har peget på, at der som minimum bør stilles krav om 2-årige rammeaftaler for at sikre en effektiv drift af det specialiserede tandplejetilbud i regionerne.

Kommentar

Lovforslaget sikrer sammenhæng til andre tilbud til de pågældende borgere - tilbud som i forbindelse med kommunalreformen overføres fra amt til kommune. Bemærkningerne har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Borgerens hjemkommune vil have ansvaret for, at borgeren får det specialiserede tandplejetilbud, som borgeren har krav på. Behandlingsopgaver, som i specialisering og kompleksitet overstiger, hvad den enkelte kommune kan løfte på egne klinikker, har kommunalbestyrelsen mulighed for at få varetaget af andre. Endvidere er den nødvendige forsyningssikkerhed til stede i regionen, for kommuner der ikke kan stille et specialiseret tandplejetilbud til rådighed på anden måde.

Med lovforslaget lægges op til, at kommunerne skal lave en årlig redegørelse vedrørende kommunens behov for og det forventede forbrug af pladser hos regionen med henblik på en rammeaftale med regionsrådet. Ministeren kan med hjemmel i stk. 5 fastsætte nærmere regler om kommunalbestyrelsens årlige redegørelse og om rammeaftalen. På baggrund af det indkomne høringssvar vedrørende flerårige rammeaftaler er det fundet hensigtsmæssigt, at det fremgår af forslagens bemærkninger, at der i den årlige redegørelse vil skulle angives et overslag over det forventede kommunale forbrug af pladser i den efterfølgende 3-årige periode, såfremt en kommune ønsker at indgå aftale med regionsrådet om varetagelse af opgaven.

Afsnit IX, kapitel 37, § 137 (nu § 138): Koordination af tandplejen

ARF har gjort opmærksom på, at forslagens bestemmelser om koordination på tandplejgeområdet §§ 137 og 160 (nu §§ 138 og 166) indholdsmæssigt ikke set er i overensstemmelse med hinanden.

Kommentar

På grund af den uklarhed, som ARF har påpeget, er der sket en præcisering i forslaget, så der nu i begge bestemmelser henvises til hele tandplejeområdet.

Der vil i øvrigt – ligesom i dag – i en bekendtgørelse blive fastsat nærmere regler om koordination på hele tandplejeområdet. Dette fremgår nu af forslagens bemærkninger.

Kapitel 38. Hjemmesygepleje

Afsnit IX, kapitel 38, § 138 (nu § 139): Hjemmesygepleje

DSR foreslår, at vederlagsfri hjemmesygepleje ydes "efter sundhedsfaglig vurdering af behovet" i stedet for "efter lægehenvielse".

DSR og ARF foreslår videre, at sundhedsloven beskriver, hvilke opgaver den kommunale hjemmesygepleje skal varetage.

DSR og Ringkjøbing Amt foreslår endelig, at lov om forebyggende hjemmebesøg skrives ind i sundhedsloven.

Kommentar:

I henhold til lov om hjemmesygeplejerskeordninger ydes hjemmesygepleje efter lægehenvielse. Der lægges ikke med kommunalreformen op til en udvidelse af henvisningsmulighederne efter loven, hvorfor forslaget ikke har givet anledning til ændringer i lovforslaget. Som hidtil vil kommunalbestyrelsen imidlertid kunne tilbyde hjemmesygepleje uden lægehenvielse, hvis den finder, at der er behov for det.

Hjemmesygeplejen varetager efter de gældende regler konkrete patientrettede opgaver i forbindelse med sygepleje og omsorg og deltager i forebyggende og sundhedspædagogisk virksomhed i forhold til personer eller familier, der har behov herfor. Der er allerede i dag fastsat regler vedrørende hjemmesygeplejens opgaver. Sundhedsstyrelsen er i øvrigt ved at revidere de gældende retningslinier.

Forslaget om, at lov om forebyggende hjemmebesøg skrives ind i sundhedsloven, giver ikke anledning til ændring af lovforslaget. De forebyggende hjemmebesøg skal være et led i kommunernes sociale indsats overfor borgeren, men - som det også er tilfældet i dag - i samarbejde med hjemmesygeplejen.

Kapitel 39. Genoptræning

Afsnit IX og VI, kapitel 39, § 140 og § 84 (nu § 141 og 85): Genoptræning

Stort set alle høringsvar beskæftiger sig med genoptræningsområdet. Generelt er der tilfredshed med, at opgaven efter udskrivning fra sygehus flyttes til kommunerne, og tilfredshed med, at ansvaret for den samlede rehabilitering, der omfatter indsatser fra mange forskellige faggrupper og efter flere forskellige lovgivninger, nu samles hos én myndighed. Men flere udtrykker samtidig ønske om større klarhed og yderligere præcisering af den fremtidige tilrettelæggelse af genoptræningsområdet. Der peges især på et behov for afklaring af snitfladen mellem behandling og genoptræning, for sikring af

borgerens valgmuligheder på genoptræningsområdet, nærmere afklaring af finansieringsmodellen, en hensigtsmæssig placering af den specialiserede genoptræning og på forholdet mellem den lægefagligt udarbejdede genoptræningsplan og kommunernes kompetence (visitation) mv.

For så vidt angår visitationskompetencen har KL fremhævet, at sygehusets udarbejdelse af patientens genoptræningsplan udgør et økonomisk styringsproblem for kommunerne. Flere faglige organisationer har på den anden side understreget vigtigheden af at få præciseret, at kommunerne skal visitere i overensstemmelse med genoptræningsplanen for at sikre, at patienten får det nødvendige tilbud. DADL understreger generelt den lægefaglige visitation som vigtig for sikring af den rette behandling, pleje og genoptræning.

Indstilling:

Det understreges, at genoptræningen hviler på en sundhedsfaglig vurdering. Det er i bemærkningerne præciseret, at specialiseret ambulant genoptræning, som forudsætter et sygehus' ekspertise, udstyr mv. skal tilbydes på sygehus. Den lægefagligt udarbejdede genoptræningsplan er således bindende for kommunen i denne henseende og sikrer, at patienten får den nødvendige genoptræning på det nødvendige specialiseringsniveau.

Med udgangspunkt i ønskerne om yderligere afklaringer og med henblik på at tilvejebringe et grundlag for Sundhedsstyrelsens fremtidige koordinering og vejledning på området nedsætter indenrigs- og sundhedsministeren en arbejdsgruppe, der i det kommende år og i god tid, inden reformen træder i kraft den 1. januar 2007 skal se nærmere på og komme med anbefalinger vedrørende genoptræningsområdet, herunder især den indholdsmæssige afgrænsning af genoptræningsydelsen i forhold til andre rehabiliteringsindsatser samt i forhold til fysiurgisk behandling, genoptræningsplanernes detaljerede faglige indhold mv. Regeringen har i december 2004 i øvrigt udmøntet 22,5 mio. kr. i 2005 til projekter vedrørende sammenhæng i genoptræningsindsatsen og vil i foråret 2005 udmønte i alt 120 mio. kr. til forsøg i kommunerne til henholdsvis sundhedscentre (50 mio. kr.) og forebyggelses- og rådgivningscentre (70 mio. kr.). Disse initiativer vil undervejs kunne medvirke til arbejdsgruppens behandling af problemstillingerne på genoptræningsområdet.

Høringssvarene har givet anledning til følgende ændringer af lovforslagets bestemmelse om kommunal genoptræning § 140 (nu § 141):

- *bestemmelsens formulering "efter endt behandling på sygehus" er ændret til "efter udskrivning" i overensstemmelse med formuleringerne i andre sammenhænge (reformaftalen, lovforslagets bemærkninger mv.).*
- *med lovforslaget flyttes den del af genoptræningen, som hidtil har været en sygehusydelse, til kommunerne. Ansvar for den brede rehabilitering har ikke hidtil været sygehusvæsenets (alene genoptræning). Der er derfor heller ikke tale om med den nye bestemmelse om kommunal genoptræning at give kommunerne et bredt rehabiliteringsansvar efter sundhedsloven. Derimod får kommunerne som led i den samlede kommunalreform et samlet ansvar for hele rehabiliteringsindsatsen – efter sundhedsloven, beskæftigelsesloven, den sociale lovgivning og specialundervis-*

ningsloven. Sammenhængen mellem genoptræning og rehabilitering er præciseret og understreget i lovbemærkningerne.

- *Der er indsat et nyt stk., der bemyndiger ministeren til at fastsætte nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud.*

Kapitel 40. Behandling for alkoholmisbrug

Afsnit IX, kapitel 40, § 141 (nu § 142): Alkoholbehandling

Høringssvarene har givet anledning til uddybninger af lovbemærkningerne. De indeholder desuden meget væsentlige bidrag til udmøntningen af lovgivningen i form af vejledninger og i sundhedsaftaler mv.

Placering i lovgivningen

ARF kommenterer kun den lovgivningsmæssige placering af alkoholområdet indirekte. Foreningens fokus er på narkotikamisbrugsområdet, hvor foreningen foreslår, at narkotikaområdet samles i Lov om social service, i stedet for som foreslået at lade det regulere dels i sundhedsloven, dels i loven om social service. Som konsekvens af dette synspunkt – og i øvrigt ubegrundet - foreslår ARF, at også alkoholbehandlingen henføres til lov om social service.

Kommentar:

Alkoholbehandling er i dag også en sundhedsydelse i henhold til sygehuslovens § 16. Lovforslaget viderefører dette. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Forebyggelse af alkoholstorforbrug og -misbrug

En kreds af amtslige og kommunale forebyggelseskonsulenter på misbrugsområdet bemærker med tilfredshed, at forebyggelse bliver en lovpligtig kommunal opgave og ser det som en opprioritering af det forebyggende arbejde. Kredsen bemærker samtidig, at misbrugsforebyggelse blandt børn og unge ikke nævnes i lovforslaget og dets bemærkninger. Samtidig betoner kredsen vigtigheden af, at den sociale dimension af forebyggelsen synliggøres og opprioriteres.

Kredsen finder det vigtigt, at der bevidst tages stilling til eksisterende netværk og fagmiljøer på kort og langt sigt – for at undgå tab af væsentlig viden, kompetence mv. og for at bevare og fastholde udviklingstakten.

Kredsen tillægger det afgørende betydning med regionale videnscentre i samtlige regioner, der kan fungere som sparringspartnere for de enkelte kommuner og i forhold til statsligt niveau, fx Sundhedsstyrelsen. Kredsen henviser til det hidtidige samarbejde mellem amter og kommuner på det misbrugsforebyggende område.

Kredsen giver i øvrigt udtryk for en bekymring for, at den alkoholbehandlernde indsats kan få første prioritet i forhold til den alkoholforebyggende indsats i kommunerne.

Alkoholpolitisk Landsråd frygter, at specialviden på det alkoholforebyggende område spredes eller forsvinder ved at placere opgaven i kommunerne.

Kommentar:

Forslagene har givet anledning til, at lovbemærkningerne er blevet suppleret med bemærkninger om en alkoholforebyggende indsats specielt i forhold til børn og unge.

Den fremtidige placering af alkoholbehandlingen i kommunerne

DADL mener, at alkoholbehandlingen fremover skal varetages af regioner. Foreningen anfører, at alkohol- og stofmisbrugsbehandling er et specialiseret, lægeligt fagområde. Foreningen peger på, at misbrugsbehandlingen ofte er nøje koblet til psykiatrien.

DSR er af den opfattelse, at lovforslaget på dette område kan medføre en væsentlig forringelse af tilbuddene til misbrugerne. DSR henviser dels til behovet for en faglig ekspertise på et tilstrækkeligt højt niveau, og til kommunernes manglende erfaringer på misbrugsområdet, dels til en risiko for, at kommunerne vil betragte misbrug som udelukkende et socialt anliggende med risiko for at overse sundhedsproblemer knyttet til et misbrug. Endelig mener DSR ikke, at forslaget sikrer, at der tages hånd om sindslidende med misbrugsproblemer.

DSR foreslår, at det i bemærkningerne præciseres, at tilbudene skal have samme faglige kvalitet som i dag; at kommunerne først må etablere egne tilbud, når de har opbygget den tilstrækkelige ekspertise; at regionerne fortsat skal have en opgave med udvikling mv.; at der skal være en tæt sundhedsfaglig binding mellem kommunernes og sygehusenes tilbud til misbrugerne; at gruppen af sindslidende skal sikres særligt i lovgivningen.

H:S direktionen bemærker, at alkoholbehandlingen gennem de senere år har udviklet i sig positivt. H:S anfører, at en fortsættelse af denne udvikling – med mere specialiseret og evidensbaseret behandling – forudsætter forankring i enheder med en vis volumen.

Alkoholpolitisk Landsråd og Lænken finder det positivt med en entydig placering af indsatsen på alkoholområdet. Samtidig udtrykker begge, ligesom, Centerlederforeningen og FTF, bekymring for, om kommunerne kan løfte alkoholbehandlingsopgaven. Der henvises til en risiko for forringelse af behandlingen på grund af spredning af ekspertisen og til en risiko for, at uensartede visitationskriterier til døgn-, dag- og ambulant behandling kan medføre såvel over- som underbehandling. Lænken og FTF er derudover bekymrede for, om kommunerne kan fastholde og opbygge den fornødne faglige kompetence. Lænken anfører derudover bekymring for, om kommunerne vil prioritere opgaven som ofte vedrører "normale" i forhold til indsatser i forhold til særlige grupper. Lænken opfordrer til, at placeringen af alkoholbehandlingen som en kommunal opgave genovervejes.

Københavns Kommune tilslutter sig, at alkoholbehandling fremover skal varetages af kommunerne.

Rådet for Socialt Udsatte savner en beskrivelse af medinddragelse af alkoholmisbrugerens familie i behandlingen.

Kommentar:

Forslagene har givet anledning til, at lovbemærkningerne er blevet udbygget med oplysninger om den igangværende og kommende indsats for at kvalitetsudvikle-/sikre alkoholbehandlingsindsatsen. Der vil i regi af Sundhedsstyrelsen blive etableret et al-

koholbehandlingsregister, og Sundhedsstyrelsen vil gennemføre et litteraturstudie vedrørende forskellige behandlingsmetoder. Hensigten er på sigt at udvikle kvalitetsstandarder for god alkoholbehandling.

Særlige grupper

DSR, DADL og De Samvirkende Invalideorganisationer påpeger behovet for en særlig indsats i forhold til særlige grupper, fx sindslidende misbrugere og udviklingshæmmede. De Samvirkende Invalideorganisationer foreslår et udvalgsarbejde herom inden lovens færdiggørelse/implementering.

Disse grupper falder ofte mellem to stole, og det skal sikres, at der er et relevant behandlingstilbud til disse grupper.

Blå Kors har anført, at børn af alkoholikere skal sikres et kvalificeret behandlingstilbud, fordi de tilhører en udsat gruppe.

Kommentar:

Forslagene har givet anledning til, at lovbemærkningerne er blevet suppleret med bemærkninger om indsatsen i forhold til særlige grupper som fx sindslidende og udviklingshæmmede. Kommunerne skal således sikre, at der er et relevant tilbud om alkoholbehandling til disse grupper, som ofte falder mellem to stole. Der skal være et tilbud, som integrerer alkoholbehandling i psykiatrisk behandling fx ved, at det samme behandlerteam forestår det samlede behandlingstilbud.

Alkoholbehandling som relevant, neutralt og anonymt tilbud - valgmuligheder

Alkoholpolitisk Landsråd og Lænken anfører, at der er en risiko for, at nogle alkoholmisbrugere undlader at søge at gå i behandling, når alkoholbehandlingen bliver en kommunal opgave. Det gælder specielt alkoholmisbrugere uden kontakt til kommunen i øvrigt. Dels fordi de ikke ønsker, at deres alkoholproblem bliver et "kommunalt anliggende" (fx kommunalt ansatte), dels fordi de kan se sig selv i rollen som kommunale klienter. Lænken betoner behovet for et tilbud om behandling i et neutralt miljø og med mulighed for at opretholde anonymitet. Lænken vægter opretholdelse af valgfrihed.

Københavns Kommune anfører, at det kan give anledning til visse vanskeligheder, at en alkoholmisbruger uden henvisning har ret til behandling på et alkoholambulatorium, som ikke er en del af det kommunale tilbud. Såfremt misbrugeren ønsker at være anonym, vil man ikke kunne finde rette betalingskommune. Majorgården er enig i, at alkoholbehandling skal kunne finde sted anonymt.

Kommentar:

Hensynet til neutralt miljø og anonymitet tilgodeses ved fortsat ret til anonym og vederlagsfri behandling på ambulatorium uden for egen kommune. Udtalelserne har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Indgåelse af Sundhedsaftaler

Alkoholpolitisk Landsråd og H:S direktionen foreslår, at de kommende sundhedsaftaler også kommer til at omfatte "behandling for alkoholmisbrug", jf. § 200 (nu § 206). H:S henviser bl.a. til fortsatte "gråzoner" i forbindelse med fx akut afrusning, indlæggelse for afbrydelse af misbrug og behandling for abstinenser

Kommentar:

Alkoholmisbrug vil kunne tages op ifbm. sundhedsaftalerne.

Betaling for alkoholbehandling

KFUM' Sociale Arbejde i Danmark foreslår, at § 141, stk. 5, ændres til "Den behandling, alkoholmisbrugeren er visiteret til, er vederlagsfri uanset, hvor alkoholmisbrugeren bor".

Kommentar:

Det fremgår af stk. 1, at kommunens tilbud om alkoholbehandling er vederlagsfrit. Samtidig fremgår det af stk. 6, at anonym behandling på alkoholambulatorium fortsat er vederlagsfrit – uden visitation, tilsvarende i dag. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændringer af lovforslaget.

Frit valg til alkoholbehandling

KFUM's Sociale Arbejde i Danmark og Blå Kors foreslår, at en misbruger, som er visiteret til ambulante behandling eller dag- eller døgnbehandling selv skal kunne vælge behandlingssted. Majorgården anfører, at man bør sikre forskellige behandlingsmodeller samt mulighed for såvel dagbehandling som døgnbehandling, idet det vil give bedre behandlingsresultater.

Kommentar:

Der er i 2005 afsat betydelig flere midler til forebyggelse og behandling af alkoholmisbrug. Forsøg med større valgfrihed til alkoholbehandling kan overvejes i denne forbindelse. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændring af lovforslaget.

Faglig udvikling, forskning og vidensopsamling

DSR mener, at regionerne fortsat har en vigtig opgave på misbrugsområdet, bl.a. når det gælder faglig udvikling, tværgående erfaringsopsamling og rådgivning til kommunerne om at etablere behandlingstilbud.

Lænken ønsker en styrkelse af viden på alkoholområdet, kvalitetssikring og forskning bl.a. med henblik på udvikling af kvalitetsstandarder. Nødvendige ressourcer skal afsættes hertil.

Majorgården anfører, at behandlingstilbudene bør være omfattet af kvalitetssikring med hensyn til faglig, etisk og professionel standard, og det bør søges belyst, om behandlingstilbuddets målsætning og resultater står mål med omkostninger ud fra en samfundsøkonomisk og menneskelig betragtning.

Kommentar:

Forslagene har givet anledning til, at lovbemærkningerne er blevet udbygget med oplysninger om den igangværende og kommende indsats for at kvalitetsudvikle-/sikre alkoholbehandlingsindsatsen.

Afsnit XI, kapitel 40, § 142 (§ 143): Substitutionsbehandling**Opgaveplaceringen (kommune eller region) - koordinering med regionen**

ARF og Viborg Amt vurderer ikke, at kommunerne bør have mulighed for selv at etablere tilbud om substitutionsbehandling. ARF og DADL anfører, at disse tilbud bør etableres af regionen. DSR, FTF og Centerlederforeningen finder, at kun de færreste kommuner kan opbygge og fastholde den nødvendige faglige ekspertise med stofmisbrugsbehandling, ligesom Centerlederforeningen anfører, at regionernes ekspertise risikerer at blive spredt. DADL, DSR og Centerlederforeningen påpeger, at hovedparten af de patienter der behandles for stofmisbrug tillige har somatiske lidelser, ligesom misbrugsbehandling ofte er nøje koblet til psykiatrien. DSR anfører, at opgaverne på det psykiatriske område kun kan løses i tæt sammenhæng mellem sundheds- og socialvæsen, og at noget sådant ikke er sikret i lovforslaget. ARF forudsætter, at der udarbejdes en rammeaftale på baggrund af kommunernes forventede behov for pladser i de regionale tilbud. DSR foreslår, at der i sundhedsloven stilles krav om opretholdelse af behandlingskvaliteten, krav om ekspertise som betingelse for behandling i kommunalt regi og krav om sammenhæng med hospitalernes og socialområdet tilbud til stofmisbrugere, samt at gruppen af sindslidende misbrugere særligt sikres. De Samvirkende Invalideorganisationer foreslår, at et udvalg behandler spørgsmålet om, i hvilket omfang stofmisbrugere med tilknytning til handicapområdet, har behov for speciel rådgivning/kommunikation.

KL finder det positivt, at kommunerne får ansvar for behandling for stofmisbrug.

Kommentar:

Kommunalreformen indebærer, at fremtidens kommune som udgangspunkt vil have de nødvendige forudsætninger for at tilbyde substitutionsbehandling. Kommuner, som finder, at de ikke har disse forudsætninger, vil efter lovforslaget kunne indgå aftale med regionen eller en privat behandlingsinstitution om at overtage behandlingsansvaret. Hvad særligt angår stofmisbrugere med somatiske/psykiske lidelser, er det i bemærkningerne til den foreslåede bestemmelse forudsat, at de regler om sundhedsaftaler, der vil blive fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren med det formål at sikre samordning mellem regioner og kommuner, også vil omfatte spørgsmålet om iværksættelse af substitutionsbehandling af stofmisbrugere indlagt til behandling på psykiatrisk eller somatisk afdeling på regionalt sygehus samt regionernes ydelse af faglig bistand og rådgivning. Det fremgår endvidere, at substitutionsbehandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere. Forslagene har således ikke givet anledning til ændring af lovforslaget.

Tilsyn/kontrol med behandlingen, herunder udlevering af substitutionsstoffer

Etisk Råd og Centerlederforeningen finder det væsentligt at sikre, at alle stofmisbrugere får behandlingstilbud af ens, høj kvalitet, uanset i hvilken kommune de er bosiddende. Rådet finder, at lovforslaget rummer en risiko for, at stofmisbrugere ikke får adækvate behandlingstilbud stillet til rådighed, og påpeger, at der kan være behov for at føre tilsyn med, hvorledes dette for kommunerne nye ansvarsområde implementeres. Nordjyllands Amt påpeger, at spørgsmålet om kontrol med ordination, udlevering og indtagelse af metadon ikke er behandlet i lovforslaget, mens Apotekerforeningen læg-

ger til grund, at der ikke tilsigtes ændringer i apotekernes adgang til at udlevere metadon til stofmisbrugere.

Kommentar: Detaljerede regler om substitutionsbehandling er allerede fastsat i Sundhedsstyrelsens cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (metadoncirculæret). Det er i lovforslagets bemærkninger udtrykkeligt forudsat, at Sundhedsstyrelsen som hidtil udarbejder sådanne faglige retningslinier for behandlingen. Der er ingen planer om at ændre apotekernes adgang til at udlevere metadon til stofmisbrugere inden for rammerne af metadoncirculæret. Den lægelige behandling er i øvrigt undergivet embedslægernes almindelige tilsyn, ligesom eventuelle klager over behandlingen kan forelægges for Patientklagenævnet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet agter i forlængelse af kommunalreformens gennemførelse at foretage en opfølgende undersøgelse af substitutionsbehandlingens tilrettelæggelse.

Finansiering

Nordjyllands Amt gør opmærksom på, at regionerne ifølge lovforslaget skal yde faglig bistand og rådgivning til kommunerne, men at det ikke fremgår, hvordan denne skal finansieres. KL gør opmærksom på, at der ydes faglig bistand og rådgivning fra såvel amtslige som private behandlingsinstitutioner. Af hensyn til ens konkurrencevilkår for alle leverandører bør rådgivning og vejledning derfor finansieres over de takster, som kommunerne betaler for brug af regionalt drevne tilbud.

Kommentar:

Spørgsmålet om finansiering af regionernes bistand og rådgivning til kommunerne, herunder gennem eventuel takstfastsættelse, indgår i de igangværende økonomiske forhandlinger mellem Finansministeriet og de kommunale parter.

Regler om stofmisbrugsbehandling samles i serviceloven

ARF og Viborg Amt vurderer, at reglerne om stofmisbrugsbehandling med fordel kan samles i serviceloven.

Kommentar:

Serviceloven regulerer den sociale stofmisbrugsbehandling, mens den stofmisbrugsbehandling der reguleres i henhold til sundhedsloven er lægelig (substitutionsbehandling). Forslaget har således ikke givet anledning til ændring af lovforslaget.

Afsnit X Tilskud til lægemidler

Kapitel 42. Retten til ydelser

Afsnit X, kapitel 42, § 151 (nu § 156): Medicintilskudsnevnets sammensætning

Lif har foreslået, at Medicintilskudsnevnets sammensætning tages op til overvejelse.

Kommentar:

Med forslaget videreføres de nuværende regler i sygesikringsloven om Medicintilskudsnevnets sammensætning uændret, idet indstillingsretten for Sygesikringens Forhandlingsudvalg dog overføres til det i § 221 (nu § 228) foreslåede forhandlingsudvalg, der består af medlemmer udpeget af såvel regionerne som kommunerne. Forslaget har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget

Afsnit XI Øvrige ydelser og tilskud

Kapitel 43. Vaccination til visse persongrupper

Afsnit XI, kapitel 43, § 153 (nu § 159): Vaccination til visse persongrupper

ARF finder, at den nugældende bestemmelse om, at indenrigs- og sundhedsministeren efter forhandling med ARF (og Københavns, Frederiksberg og Bornholms kommuner) fastsætter regler om, hvilke vaccinationer, der er omfattet af loven, giver sikkerhed for, at der sker en hensigtsmæssig, dialogbaseret tilrettelæggelse af vaccinationstilbudde efter loven. ARF kan derfor ikke tilslutte sig, at det fremover alene er ministeren, der fastsætter reglerne for vaccinationstilbuddene efter loven

Kommentar:

Indenrigs- og sundhedsministeren vil som hidtil inddrage alle relevante parter, herunder regionerne, når ministeren fastsætter regler om, hvilke vaccinationer, der er omfattet af loven. Bemærkningerne har således ikke givet anledning til ændringer af lovforslaget.

Kapitel 44. Tilskud til ernæringspræparater

Kapitel 45. Begravelseshjælp

Afsnit XI, kapitel 45, § 155 (nu § 161): Begravelseshjælp

KL og Københavns Kommune har foreslået, at reglerne om begravelseshjælp flyttes fra sundhedsloven til anden lovgivning fx lov om social service, da der snarere er tale om en transgbestemt økonomisk ydelse til de efterladte, end der er tale om en sundhedsopgave.

Kommentar:

Forslaget har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Kapitel 46. Ydelser til søfarende

Kapitel 47. Regionsspecialtandpleje

Afsnit X., kapitel 47, § 157 (nu § 163): Regionstandpleje

KL og Tandlægenes Nye Landsforening er ikke enige i, at ansvaret for den omhandlede patientgruppe placeres i regionerne. Parterne finder, at ansvaret, herunder finansieringsansvaret bør placeres i kommunerne med en forsyningspligt på det regionale niveau, som svarer til regionernes forsyningspligt ved den kommunale specialiserede tandpleje.

Kommentar

Opgaverne varetages i dag i hovedparten af amterne i tilknytning til de tand- og kæbekirurgiske afdelinger på sygehusene eller ved de 2 odontologiske landsdels- og videnscentre ved henholdsvis Rigshospitalet og Århus Universitetshospital i tæt samarbejde med tandlægeskolerne i København og Århus. Forslaget har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Kapitel 48. Odontologisk landsdels og videnscenterfunktion

Afsnit X., kapitel 48, § 158 (nu § 164): Odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion

Center for små handicapgrupper og Kontaktudvalget for mindre sygdoms- og handicapforeninger har stillet forslag om større mulighed for vederlagsfri behandling til den af bestemmelsen omfattede personkreds.

Kommentar:

Der er tale om en udvidelse i forhold til i dag, som går ud over en opfølgning af aftalen om en kommunalreform. Forslaget har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Afsnit X., kapitel 48, § 161 (nu § 167): Tilskud til tandpleje til visse patientgrupper

Flere patientforeninger, herunder De Samvirkende Invalideorganisationer har stillet forslag om udvidelse af den gruppe af patienter, der kan blive omfattet af den særlige tilskudsordning.

Kræftens Bekæmpelse har stillet forslag om ændret kriterium for godkendelse til den særlige tandplejeordning, så det ikke længere skal være en betingelse, at patienten kan dokumentere "betydelige" tandproblemer som følge af sygdom eller behandling. I stedet ønsker foreningen, at der skal benyttes et objektive kriterium (en egenbetaling til tandplejeydelser der overstiger det nuværende maksimumsbeløb for egenbetaling), for hvem der er berettiget til støtte.

Endelig har Københavns Kommune stillet forslag om, at tilskudsordningen for de omhandlede patienter henlægges til kommunerne, så der sker en hensigtsmæssig samling af alle tilskudsordninger til tandbehandling i kommunerne.

Kommentar:

Forslagene om udvidelse af personkredsen samt ændret kriterium for tildeling af støtte giver ikke anledning til ændring af lovforslaget. Der er ikke med kommunalreformen lagt op til en udvidelse af ordningen.

Behandlingen af de omhandlede patientgrupper vil som i dag foregå i praksistandplejen. Ansvar for denne opgave ligger i regionerne.

Kapitel 49. Tilskud til tandpleje til visse patientgrupper

Kapitel 50. Den offentlige rejsesygesikring

Afsnit XI, kapitel 50, § 162 (nu § 168): Den offentlige rejsesygesikring

Forsikring og Pension har bemærket, at den offentlige rejsesygesikring fortsat skal betale alle udgifter i forbindelse med uheld, fx også til ikke receptpligtig medicin. Endvidere bemærker Forsikring og Pension, at man ikke kan se, om henvisningen til EU-retten i stk. 2 er et skridt i retning af, at den offentlige rejsesygesikring tænkes indskrænket.

Kommentar:

Bemærkningerne har givet anledning til, at det i de specielle bemærkninger til bestemmelsen er præciseret, at henvisningen i stk. 2 alene er en lovteknisk tilpasning til den gældende retstilstand, idet EF-retten, her reglerne i Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet, i dag i vidt omfang regulerer adgangen til sygehjælp under ophold i andre EU-/EØS-lande.

Kapitel 51. Tilskud til ydelser købt eller leveret i et andet EU/EØS-land

Afsnit XI, kapitel 51, § 163 (nu § 169): Tilskud til ydelser købt eller leveret i et andet EU/EØS-land

Lif finder det uhensigtsmæssigt, hvis indenrigs- og sundhedsministeren med hjemlen til at fastsætte regler om tilskud til varer købt i et andet EU/EØS-land kan indføre tilskud til lægemidler købt i udlandet.

Kommentar:

Spørgsmålet om tilskud til lægemidler købt i et andet EU/EØS-land granskes fortsat i forbindelse med de igangværende forhandlinger om forslag til EU's tjenesteydelsesdirektiv. Det er efter regeringens opfattelse hensigtsmæssigt, at sundhedsloven omfatter hjemmel til at foretage eventuelt fornødne ændringer i forbindelse med udfaldet af forhandlingerne om tjenesteydelsesdirektivet. Eventuelle nye regler vil i øvrigt først blive fastsat efter høring af relevante parter. Forslaget har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Afsnit XII Præhospital indsats og befording og beforderingsgodtgørelse

Kapitel 52. Præhospital indsats

Afsnit XII, kapitel 52, § 164 (nu § 170): Præhospital indsats

ARF har foreslået, at bestemmelserne i den nugældende bekendtgørelse om planlægning af den præhospital indsats og uddannelse af ambulancepersonale mv. indarbejdes i lovforslaget.

DADL har fundet, at det i den kommende bekendtgørelse bør fremgå, at den præhospital indsats er en koordineret del af sundhedsberedskabet. DADL har endvidere fundet, at akut betjeningen skal ske via lægelig visitation. Dansk Handel og Service finder ligeledes, at den præhospital indsats i højere grad bør indarbejdes i planlægningen af sundhedsberedskabet.

Sammenslutningen af Danske Småøer har ønsket et forbedret sundhedsberedskab på de mindre øer. Man har foreslået, at der som minimum via lovgivning bliver mulighed for, at kommunerne kan organisere et beredskab på de små øer, som kan foretage en præhospital indsats, indtil redningsmandskabet når frem, herunder at kommunale hjemmesygeplejersker kan deltage den præhospital indsats.

Kommentar:

Forslagene lægger op til en udvidelse i forhold til den gældende lovgivning, og har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Forslagene har imidlertid givet anledning til, at det i lovbemærkningerne er præciseret, at det af vejledning vedr. planlægning af sundhedsberedskabet vil komme til at fremgå, at den præhospitale indsats udgør en grundbestanddel af sygehusberedskabet, og at planlægningen af den præhospitale indsats derfor er en integreret del af planlægningen af sundhedsberedskabet.

Bemærkningerne fra Sammenslutningen af Danske Småøer har givet anledning til, at der i lovbemærkningerne nu er henvist til, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i forbindelse med udsendelse af bekendtgørelse om planlægning af den præhospitale indsats og uddannelse af ambulancepersonale mv. har opfordret til, hvor det er hensigtsmæssigt, at indgå aftaler med kommunerne om tilkald af personale fra det kommunale redningsberedskab eller kommunalt ansatte sygeplejersker med henblik på at yde førstehjælp, indtil ambulancen når frem, de steder, hvor der er lang ventetid på ambulancer.

Kapitel 53. Befordring

Afsnit XII, kapitel 53, §§ 166-169 (§§ 172-175): Befordring.

ARF forudsætter, at de foreslåede regler alene forpligter til at befordre til nærmeste relevante sygehus. ARF forudsætter ligeledes, at befordring i forbindelse med genoptræning efter udskrivning er en kommunal opgave - også i de tilfælde hvor genoptræningen foregår på sygehuset.

Kommentar:

Efter de nugældende bestemmelser er amterne også alene forpligtet til at befordre til nærmeste relevante behandlingssted. Befordring til alle sygehuse inden for amtet er et tilbud, som nogle amter har indført, uden at være forpligtet til det. Med hensyn til befordring til kommunal genoptræning er det efter lovforslaget en kommunal opgave, uanset hvor kommunen vælger at give tilbuddet. Bemærkningerne har derfor ikke givet anledning til ændring af lovforslaget.

Københavns Kommune har foreslået, at befordring til kommunal genoptræning skal ydes efter reglerne vedr. befordring til almen læge/speciallæge i stedet for efter reglerne vedr. befordring til sygehusbehandling.

Kommentar:

Det er med lovforslaget hensigten at sikre borgerne adgang til befordring eller befordringsgodtgørelse efter de samme regler, som hidtil har været anvendt ved befordring til genoptræning på sygehus. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget

Afsnit XII, kapitel 53, § 170 (nu § 176): Godtgørelse for vagtapotekers udbringning af lægemidler

Danmarks Apotekerforening har foreslået, at der tilvejebringes hjemmel til at godtgøre

vagtapotekers udgifter til vederlagsfri udbringning af lægemidler til patienter efter lægeordination.

Kommentar:

Forslaget har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget, idet apotekernes økonomiske forhold reguleres i henhold til apotekerlovgivningen.

Afsnit XIII Ligsyn og obduktion mv.

Kapitel 54. Dødens konstatering

Kapitel 55. Ligsyn og indberetning til politiet mv.

Afsnit XIII, kapitel 55, § 179 (nu § 185):

Landsforeningen Bedre Psykiatri foreslår, at alle personer med psykiatrisk diagnose bliver obduceret, med henblik på afdækning af de bivirkninger, forbruget af psykofarmaka har medført.

Kommentar:

Forslaget er for vidtgående set i forhold til de metoder og muligheder, der i øvrigt er til registrering af bivirkninger, bl.a. de lovpligtige indberetninger til Lægemiddelstyrelsen om lægemiddelbivirkninger. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Kapitel 56. Obduktion

Kapitel 57. Andre bestemmelser

Afsnit XIV Kvalitetsudvikling, forskning, indberetning og patientsikkerhed.

Kapitel 58. Kvalitetsudvikling

Afsnit XIV, kapitel 58, § 188 (nu § 194): Kvalitetsudvikling

Bruger-/patientindflydelse

Flere høringssvar ønsker brugerinddragelse i kvalitetsudviklingsarbejdet.

Kommentar:

Med lovforslaget sker der først og fremmest en tydeliggørelse af det kvalitetsudviklingsansvar, som de ansvarlige sundhedsmyndigheder allerede har i dag. Samtidig får de centrale sundhedsmyndigheder nye beføjelser til at fastsætte standarder for kvaliteten. Der lovgives ikke om nye kvalitetssikringskonstruktioner eller -former. Borger- og patientinddragelse er en naturlig del af kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet både lokalt og centralt. Bemærkningerne har givet anledning til, at dette er blevet præciseret i lovforslaget, jf. § 4. F.eks. indgår landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser som en del af Den Danske Kvalitetsmodel, som lovforslaget også henviser til, og f.eks. er brugerne gennem Forbrugerrådet repræsenteret i Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling. Åbenhed og gennemsigtighed som bærende principper for kvalitetssikringen i sundhedsvæsenet sikrer yderligere, at patienterne har indflydelse på områdets udvikling. I øvrigt henvises til de indledende bemærkninger om bruger-/patientindflydelse, og præciseringerne heraf i lovforslagets § 4.

Fælles terminologi

Flere høringssvar, herunder Ergoterapeutforeningen, peger på nødvendigheden af udvikling af fælles terminologi på tværs af sektorerne, ikke mindst i lyset af det større primærkommunale sundhedsansvar.

Kommentar:

Med ministerens bemyndigelse til fastsættelse af henholdsvis kvalitets- og IT-standarder er der mulighed for at fremme den udvikling af fælles terminologi, der allerede er i gang f.eks. i MedCom, Fælles Sprog m.fl. Det fremgår af lovbemærkningerne, at ministerbemyndigelsen har til formål at sikre sammenhæng i IT-systemerne med henblik på understøttelse af det gode patientforløb. Det betyder, at også sikring af kommunikationen på tværs af sektorer – på tværs af regionale og kommunale institutioner – skal sikres.

Den Danske Kvalitetsmodel

Flere høringssvar herunder DADL, Sundhedskartellet, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, DSR, ARF understreger vigtigheden af, at kommunerne inddrages i kvalitetsudviklingsarbejdet i Den Danske Kvalitetsmodel. KL mener ikke, at kvalitetsudviklingen i kommunerne skal ske efter en bestemt model og mener, at KL i givet fald hurtigst muligt bør inddrages i den danske model som ligeværdig partner.

Kommentar

Det fremgår af lovbemærkningerne, at Den Danske Kvalitetsmodel også skal omfatte sundhedsydelser i kommunerne og i praksissektoren. KL har hele tiden haft observatørpost i styregruppen – nu bestyrelsen – for Den Danske Kvalitetsmodel, og af samarbejdsaftalen om modellen fremgår det, at KL kan tiltræde aftalen, når foreningen ønsker det. Kommunerne skal som led i den generelle kvalitetsudvikling af sundhedsydelserne naturligvis følge fælles og centralt udmeldte standarder, hvorfor regeringen også finder, at KL snarest bør indtræde fuldt ud i arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.

Kapitel 59. Forskning

Afsnit XIV, Kapitel 59, § 189 (nu § 195): Forskning - kompensation for kodificering af forskningsforpligtelsen

ARF mener, at bestemmelsen vil give regionerne merudgifter på forskningsområdet, og at fordelingen af de forskningsmidler, som H:S hidtil har modtaget fra staten, ikke vil kunne dække disse merudgifter. ARF foreslår, at regionerne i henhold til DUT-principperne kompenseres for, hvad der opfattes som en udvidelse af de kommende regions opgaver på forskningsområdet set i forhold til de opgaver, amterne har i dag. Flere høringssvar, herunder fra Århus Amt, Københavns Kommune, Aarhus Universitet, Dansk Medicinsk Selskab og Lif foreslår, at henholdsvis regioner, kommuner og universitetshospitaler tilføres midler til forskning og kvalitetsudvikling på sundhedsområdet.

Kommentar:

Lovforslaget pålægger ikke regioner og kommuner en ny opgave. Der har altid været drevet forskning i sundhedsvæsenet. Bemærkningerne vedrører fordelingen af statens særlige bidrag til H:S' udviklings- og forskningsopgaver til de fem regioner, og har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Kapitel 60. Indberetning til centrale sundhedsmyndigheder mv.

Afsnit XIV, kapitel 60, § 190 (nu § 196): Indberetning til de centrale sundhedsmyndigheder mv.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet foreslår bestemmelsen suppleret, således at der pålægges regionsrådet pligt til at indberette fund af læbe- og ganespalte til et tale- og høreinstitut. Der er tale om en kodificering af en forpligtelse, som i dag er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv., jf. cirkulære om jordemodervirksomhed og cirkulære om jordemødres pligt til at føre ordnede optegnelser, og som også var fastlagt i Socialministeriets nu ophævede bekendtgørelse om underretningspligt vedrørende talelidelse mv. Opretholdelsen af indberetningspligten har stor betydning af hensyn til forældre til børn født med læbe- og/eller ganespalte, der som følge af underretningspligten hurtigst muligt får tilbudt fornøden information og henvisning til relevant behandling.

Kapitel 61. Patientsikkerhed

Afsnit XIV, kapitel 61, § 194 (nu § 200): Sundhedsstyrelsens vejledningspligt om patientens sikkerhed

DADL, DSR og Dansk Selskab for Patientsikkerhed foreslår, at der i Sundhedsstyrelsen sker en systematisk, national erfaringsopsamling med en central udmelding af retningslinier for patientsikkerhed. DSR foreslår dette indskrevet i § 194, så det fastslås, at Sundhedsstyrelsen har et medansvar for at sikre, at der udbredes og udvikles en læringskultur, og at styrelsen løbende skal videreformidle viden om særligt alvorlige og ofte forekommende fejl og utilsigtede hændelser til sundhedsvæsenet.

Kommentar:

Forslaget har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget, idet Sundhedsstyrelsens vejledningsforpligtelse allerede fremgår af § 194. I øvrigt er Sundhedsstyrelsen ved at færdiggøre en omfattende temarapport om medicinering på baggrund af patientsikkerhedssystemets rapporter. Temarapporten forventes udsendt i første kvartal af 2005. Det bemærkes, at patientsikkerhedssystemet endnu kun har været i drift 1 år.

Afsnit XIV, kapitel 61, § 197 (nu § 203): Udvidelse af patientsikkerhedsordningen

DADL, DSR, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Forbrugerrådet og Lif har foreslået, at patientsikkerhedssystemet udvides. Det foreslås af ca. halvdelen af de nævnte foreninger mv., at ordningen udvides, således at også det kommunale sundhedsvæsen inddrages under ordningen, mens de øvrige foreslår, at også patienter og pårørende får adgang til at indrapportere utilsigtede hændelser til systemet. Baggrunden for forslaget er, at en udvidelse af patientsikkerhedssystemet, der p.t. alene omfatter sundhedspersonale i sygehusvæsenet, vil give et mere komplet billede af forekomsten af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet og dermed øget mulighed for læring og kvalitetssikring.

Kommentar:

Forslaget har ikke givet anledning til ændringer i lovteksten, idet en eventuel inddragelse af den primære sundhedssektor under patientsikkerhedsordningen direkte er formuleret i § 197, stk. 1 (nu § 203, stk. 1). I bemærkningerne til kapitel 61 er det tilføjet, at patientsikkerheds-systemet efter 2 års drift skal evalueres med henblik på at vurdere, hvorvidt og givet fald hvordan ikke blot den primære sundhedssektor, men også patienter og pårørende, kan inddrages under ordningen, sådan som der er opnået enighed om mellem regeringen og Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Det Radikale Venstre og Kristeligt Folkeparti.

Afsnit XIV, kapitel 61, § 197 (nu § 203): Patientsikkerhed i primærsektoren

Lif finder det afgørende, at primærsektoren inddrages i rapporteringsordningen vedrørende utilsigtede hændelser i patientbehandlingen, så der skabes en total registrering og oversigt over fejlmedicineringer i hele sundhedssektoren.

Kommentar:

Vurderingen af, om og hvordan primærsektoren kan omfattes af patientsikkerhedssystemet, vil efter aftale mellem regeringen, Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti, Det Radikale Venstre og Kristendemokraterne blive foretaget, når systemet har været i drift i 2 år. Forslaget har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Afsnit XV Samarbejde og planlægning.

Afsnit XV, kapitel 62-64, §§ 199-204 (nu §§ 204-210): Samarbejde og planlægning**Sundhedskoordinationsudvalg: § 199 (nu § 205)**

Flere hørings svar, herunder fra Kolonien Philadelphia (private sygehuse), Gigtforeningen, Diabetesforeningen, De Samvirkende Invalideorganisationer, Kontaktudvalget for mindre sygdoms- og handicapgrupper (KMS), Det Centrale Handicapråd foreslår, at det fremgår, hvem (konkrete ønsker om patient-/borgerrepræsentation), der skal sidde i samarbejdsudvalgene. DSR foreslår, at det fremgår, at sygeplejefaglig ekspertise i både sygehus- og primærsektor repræsenteres i samarbejdsudvalgene. Københavns Kommune ønsker, at det fremgår, at kommunernes repræsentation i de regionale samarbejdsudvalg afspejler kommunens befolkningsstørrelse.

DADL foreslår, at samarbejdsudvalgene kaldes "Sundhedskoordinationsudvalg" for at undgå "sammenblanding" med f.eks. de samarbejdsudvalg, der i dag findes i hvert amt mellem parterne på sygesikringsoverenskomstområdet.

ARF mener, at det bør fremgå, at regionerne har initiativforpligtelsen til at nedsætte samarbejdsudvalget og dermed også sekretariatsbetjener udvalget. KL mener, at sekretariatsbetjeningen bør aftales lokalt.

Kommentar:

Forslaget om et andet navn ("sundhedskoordinationsudvalget") til samarbejdsudvalget er imødekommet ved en ændring af lovforslaget.

For så vidt angår initiativforpligtelsen, fastlægger § 199, at regionsråd og kommunalbestyrelser nedsætter sundhedskoordinationsudvalg, hvorimod bemærkningerne til bestemmelsen siger, at regionsrådet nedsætter sundhedskoordinationsudvalg. Forslaget

har givet anledning til, at bestemmelsen er ændret, således at regionen har initiativforpligtelsen. Evt. udmelding om sekretariatsbetjening bør ske i forbindelse med ministerens fastlæggelse af nærmere regler om koordinationsudvalgenes sammensætning mv. og ikke i loven.

Forslagene har ikke herudover givet anledning til ændringer i lovforslaget, idet ministeren nærmere fastsætter regler om sundhedskoordinationsudvalgene. Disse regler vil beskrive ét samarbejdsorgan for hver region bestående af repræsentanter for regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren (på samme måde som de amtslige samarbejdsudvalg der – hvor de fungerer – er sammensat i dag). Det fremgår af bemærkningerne til bestemmelsen, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne kan beslutte at nedsætte underudvalg efter behov, f.eks. udvalg og arbejdsgrupper med inddragelse af faglig ekspertise og repræsentanter for brugerne.

Sundhedsaftaler: § 200 (nu § 206)

Der er udbredt enighed om, at forslaget om de lovpligtige sundhedsaftaler er en forbedring. ARF mener dog, at bestemmelsen (stk. 3) om Sundhedsstyrelsens godkendelse af aftalerne er overflødig og bør erstattes af, at aftalerne alene fremsendes til orientering for styrelsen – hvilket allerede efter ARF's mening er sikret gennem fremsendelse af den regionale sundhedsplan. KL mener heller ikke, at aftalerne skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

DSR mener, der bør være sanktionsmuligheder i forhold til kommuner og regioner, der ikke overholder sundhedsaftalerne.

Flere hørings svar herunder Det Centrale Handicapråd og Danske Fysioterapeuter har ønske om særlige emner som obligatoriske temaer for sundhedsaftaler.

Kommentar

Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalerne er et led i den styrkede centrale koordinering og kvalitetssikring. Det fremgår imidlertid af bemærkningerne, at ministeren vil udstede nærmere regler om, hvilke områder der skal indgå i aftaler. Sundhedsstyrelsens godkendelse vil kun omfatte områder, hvor der er pligt til at indgå i aftaler. Forslagene om at nævne flere obligatoriske temaer for sundhedsaftaler har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget. Listen over obligatoriske temaer for sundhedsaftalerne i bemærkningerne er ikke udtømmende, hvilket også fremgår. Hertil kommer, at lovforslaget bemyndiger ministeren til at fastsætte regler om, hvilke temaer, det skal være obligatorisk at indgå i aftaler om. Forslaget har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Hjælpe midler: § 200 (nu § 206):

Der er i en del hørings svar foreslået, at der sker en modernisering af Indenrigsministeriets cirkulære om hjælpemidler ("afgrænsningscirkulæret") med henblik på at vurdere, om der er behov for at ændre eller præcisere ansvarsfordelingen mellem kommuner og sygehuse på hjælpemiddelområdet i lyset af, at kommunerne overtager genoptræningsopgaven efter indlæggelse. ARF kan ikke se, at der er hjemmel til at videreføre cirkulæret.

Kommentar:

I forbindelse med udmøntning af lovforslagets bemyndigelser vil Indenrigs- og Sundhedsministeriet, bl.a. i lyset af at kommunerne overtager ansvaret for genoptræning efter indlæggelse, vurdere behovet for en modernisering af afgrænsningscirkulæret.

Placering af lægemiddelområdet: §§ 198-201 (nu §§ 204-207)

Lif finder det uhensigtsmæssigt, at lægemiddelområdet betragtes isoleret i forhold til den øvrige lovgivning, der regulerer sundhedsområdet. Lif ønsker, at kommunalreformen indeholder overvejelser om, hvorledes lægemiddelområdet placeres og koordineres i forhold til det nye sundhedsvæsen. Foreningen finder det beklageligt, at lægemidler ikke betragtes på lige fod med andre ydelser, da lægemidler udgør et vigtigt element inden for både forebyggelse og behandling af de fleste sygdomsområder, hvorfor lægemidler må ses i sammenhæng med den nye struktur for sundhedsvæsenet og de fastsatte mål om kvalitet i behandlinger og sammenhængende patientforløb. Foreningen har i den forbindelse peget på reglerne om etablering af sundhedssundhedskordinationsudvalg og indgåelse af sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner.

Kommentar:

Behovet for koordination og planlægning, herunder sikring af sammenhæng i patientforløb, for så vidt angår behandling med lægemidler som en integreret del af sundhedsvæsenets ydelser vil kunne tilgodeses inden for rammerne af lovforslagets målsætninger og de i lovforslaget indeholdte bestemmelser. Lovforslaget indeholder bestemmelser om borgernes ret til tilskud til lægemidler, herunder bestemmelser om Personlige Elektroniske Medicinprofiler, der indgår som et væsentligt element i kvalitetssikringen af lægemiddelbehandlingen. Desuden bemærkes, at lægemiddelområdet, der er kendetegnet ved en meget indgående EU-regulering, er reguleret særskilt i lov om lægemidler, der også fastlægger Lægemiddelstyrelsens myndighedsopgaver. Det er ikke fundet hensigtsmæssigt at indlægge lægemiddelovgivningen i sundhedsloven, idet lægemiddeloven kun i meget begrænset omfang indeholder en direkte regulering af borgernes rettigheder og sundhedsvæsenets forhold. Forslaget har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Kapitel 63. Planlægning

Sundhedsplaner: § 201 (nu § 207)

DADL mener, at regionernes sundhedsplaner forud for vedtagelse skal sendes i høring blandt borgere og relevante interessenter. KL mener, at planerne skal i høring i kommunerne eller det regionale sundhedskordinationsudvalg.

Kommentar:

Forslaget har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget, idet det er op til regionerne at inddrage relevante parter i udarbejdelsen af sundhedsplanen. Det fremgår af bemærkningerne til § 201, at det forudsættes, at planen er drøftet og behandlet i det regionale sundhedsudvalg, hvor kommunerne og praksissektoren er repræsenteret. Den regionale sundhedsplan giver borgere, virksomheder og andre overblik over regionens politiske dispositioner på sundhedsområdet og er dermed et grundlag for den generelle demokratiske proces. "Borgere" er tilføjet i bestemmelsens bemærkninger om sundhedsplanens funktion som samlet overblik for regionale aktører.

Københavns Kommune mener, at det bør være lovpligtigt for kommunerne at udarbejde en sundhedsplan.

Kommentar:

Kommunerne er forpligtede til at samarbejde med regioner og praksissektor, og kommunerne skal indgå aftaler på centralt udmeldte områder, hvor samarbejde og koordinering er afgørende for sammenhæng i borgerens behandlingsforløb (genoptræning,

misbrugsbehandling, psykiatri mv.) Aftalerne skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. Et stort antal kommuner har tidligere efter lovgivningen udarbejdet sundhedsredegørelser. De kommuner, der ønsker det, vil fortsat kunne udarbejde sådanne redegørelser eller planer som et godt udgangspunkt for sundhedsplanlægningen og samarbejdet med regionen. Forslaget har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget

Sundhedsfaglig rådgivning

DADL ønsker regler om faglig rådgivningsstruktur i regionerne med henblik på at skabe en landsdækkende, ensartet struktur for den faglige rådgivning af regioner og kommuner.

Kommentar

Forslaget har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget. Det vil også fremover være op til de decentrale sundhedsmyndigheder at tilrettelægge indhentelse af sundhedsfaglig rådgivning.

Kapitel 64. Specialeplanlægning

Specialeplanlægning: § 202 (nu § 208)

ARF finder, at formuleringen "Sundhedsstyrelsen skal derudover have beføjelse til at fastlægge sygehusenes optageområder" i lovforslagets almindelige bemærkninger vedrørende specialeplanlægning, strider imod patienternes frie valg.

Kommentar

Bemærkningen har givet anledning til, at sætningen er udgået af lovbemærkningerne. Dels vedrører de styrkede specialeplanlægningsbeføjelser, som Sundhedsstyrelsen med lovforslaget tildeles, fastlæggelse af funktioner ud fra faglige vurderinger af patientunderlag mv., dels signalerer formuleringen et begrænset optageområde og dermed begrænsning i patienternes valgmuligheder, hvilket ikke er tilsigtet.

DADL finder det besynderligt, at det i bemærkningerne til bestemmelsen om det rådgivende udvalg forudsættes, at medicinaldirektøren bliver formand for udvalget, der skal rådgive Sundhedsstyrelsen og ønsker en anden mulighed.

ARF og H:S finder, at regionerne selv skal udpege deres repræsentanter til det rådgivende udvalg – og ikke, som det fremgår, at medlemmerne udpeges af Sundhedsstyrelsen.

Kommentar

Der bliver tale om en udvalgskonstruktion, som er kendt fra andre sammenhænge, hvor udvalgets rådgivning og udtalelser ikke dikteres af formanden. DADL's forslag har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget. Sundhedsstyrelsen har efter den generelle lovgivning – herunder de nye styrkede beføjelser på specialeplanlægningsområdet - under alle omstændigheder det sundhedsfaglige og styrelsesmæssige ansvar for udmeldingerne på området.

ARF's og H:S's ønske om selv at udpege deres repræsentanter er imødekommet ved ændring af lovbemærkningerne, således at det fremgår, at medlemmerne udpeges af Sundhedsstyrelsen efter indstilling fra parterne.

Flere hørings svar herunder fra LEV, KMS, Det Centrale Handicapråd, Hjerteforeningen ønsker brugerinddragelse på et tidligere tidspunkt i specialplanlægningen/repræsentation i det rådgivende udvalg. DSR ønsker sygeplejefaglig ekspertise repræsenteret i det rådgivende udvalg og Sundhedskartellet ønsker en mere tværfaglig repræsentation.

Kommentar

Sundhedsstyrelsens fastlæggelse af specialefordelingen skal - som hidtil - basere sig på sundhedsfaglig rådgivning. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Sundhedsstyrelsen inddrager brugerne/patientforeningerne og andre faggrupper som en del af grundlaget for de faglige udmeldinger – således som f.eks. KMS i deres høringssvar også understreger, det sker i dag.

Aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsfunktioner på regionale sygehuse: § 204 (nu § 210)

Foreningen af Rygmarvsskadede i Danmark finder, at Sundhedsstyrelsen i de tilfælde, hvor to regioner ikke kan blive enige om en sundhedsaftale, bør kunne træffe afgørelse herom, uden at der foreligger en anmodning fra en af de berørte parter.

Kommentar:

Forslaget har ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget, idet Sundhedsstyrelsens beføjelser vedr. specialeplanlægningen allerede er styrket med lovforslagets § 204.

Afsnit XVI Sundhedsberedskab

Kapitel 65. Planlægning og gennemførelse af sundhedsberedskabet

Afsnit XVI, kapitel 65, § 205 (nu § 211): Planlægning og gennemførelse af sundhedsberedskabet.

Nordjyllands Amt efterlyser klarhed over, hvilket ansvar regionerne vil have vedr. den overordnede og konkrete koordinering af det samlede sundhedsberedskab. Det bør præciseres, om regionerne er forpligtede til at koordinere sundhedsberedskabsplanlægningen i regioner og kommuner.

Kommentar:

Som det er omtalt i lovbemærkningerne, vil der blive fastsat nærmere bestemmelser vedrørende planlægning af sundhedsberedskabet. Forslaget har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Afsnit XVII Statslige myndigheder mv.

Kapitel 66. Sundhedsstyrelsen

Generelt om Sundhedsstyrelsens styrkede position

Alle høringssvar støtter en styrkelse af Sundhedsstyrelsens position.

Nordjyllands Amt er som udgangspunkt positiv over for en styrkelse af Sundhedsstyrelsens rolle i udviklingen af sundhedssystemet, men finder, at det er væsentligt, at der bliver et vist regionalt råderum, således at tilrettelæggelsen af det regionale sundhedsområde kan tage hensyn til særlige regionale forhold.

DADL hilser en klar styrkelse af Sundhedsstyrelsens rolle som en central, fagligt funderet sundhedsmyndighed med endelige planbeføjelser velkommen. DADL mener, at denne rolle forudsætter en fagligt stærkere funderet styrelse med større klinisk erfaring

end i dag, hvilket kræver tilførsel af tilstrækkelige økonomiske og personalemæssige ressourcer.

Lif er ligeledes positiv, men mener, at der er behov for øget koordinering i forhold til Lægemiddelstyrelsen eller alternativt til etableringen af et uafhængigt institut, der udarbejder behandlingsvejledninger inden for sygdomsområder, og som sikrer koordineringen af sammenhængende patientforløb også i medicinsk sammenhæng.

DSR foreslår, at Sundhedsstyrelsen skærper opmærksomheden mod det kommunale sundhedsvæsen, bl.a. ved at udstede flere bindende vejledninger vedr. klinisk viden af relevans for det kommunale sundhedsvæsen og ved at intensivere arbejdet med de nationale handlingsplaner på området mv.

Afsnit XVII, kapitel 66, § 207 (nu § 213): Sundhedsstyrelsen og embedslægeinstitutionernes integration i en enhedsorganisation

ARF, DADL, Bornholms Regionskommune og Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere støtter forslaget om embedslægevæsenets fremtidige organisering som en regional statslig myndighed, men lægger vægt på, at embedslægevæsenets opgaver ikke centraliseres, og at væsenet besidder den nødvendige lokale og regionale forankring. De mener, at der er en forudsætning for, at embedslægernes lokale rådgivende og tilsynsførende funktion opretholdes i den nye struktur, at der i regioner med store afstande, kan etableres filialkontorer.

Kommentar:

Den geografiske placering af embedslægeinstitutionerne, som er beskrevet i udmøntningsplanen for kommunalreformen af september 2004, fastholdes, men således at der på et senere tidspunkt, når embedslægeinstitutionerne er placeret i henhold til denne plan, må ses på, hvordan embedslægeinstitutionerne bedst muligt sikrer opgavevaretagelsen i de regioner, som strækker sig over store geografiske afstande. Indenrigs- og sundhedsministeren har tidligere meddelt tilsvarende til Bornholms Regionskommune. Forslaget har således ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Afsnit XVII, kapitel 66, § 209 (nu § 215): Sundhedsstyrelsens rådgivningsvirksomhed

DSR foreslår, at § 209, stk. 3, om myndigheders indhentelse af rådgivning fra Sundhedsstyrelsen formuleres, så patienter og borgere samt statslige, regionale og kommunale myndigheder også sikres adgang til at indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning om sygeplejefaglige forhold.

Kommentar:

Forslaget har givet anledning til, at lovforslagets § 209, stk. 3, har fået følgende formulering: "Statslige, regionale og kommunale myndigheder kan indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning i hygiejniske, miljømæssige og socialmedicinske forhold." Da sygeplejefaglig rådgivning allerede er omfattet af § 209, stk. 2, vil den ændrede formulering klarere vise, at stk. 3 er et supplement til stk. 2, idet stk. 3 bl.a. omhandler de særlige rådgivningsopgaver, som embedslægerne på nuværende tidspunkt varetager i henhold til embedslægeloven.

DSR foreslår i denne sammenhæng endvidere, at Sundhedsstyrelsen og dermed embedslægeinstitutionen etablerer en hygiejneorganisation, der omfatter det samlede kommunale og regionale sundhedsvæsen.

Kommentar:

En regulering heraf i den pågældende sammenhæng skønnes at ville indebære en unødvendig binding for løsningen af dette – i øvrigt – vigtige område. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Afsnit XVII, kapitel 66, § 210 (nu § 216): Sundhedsstyrelsens tilsynsvirksomhed

Dansk Psykolog Forening og Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere har foreslået, at bestemmelse om Sundhedsstyrelsens tilsynsvirksomhed ændres, således at også autoriserede psykologer ansat i sundhedsvæsenet omfattes heraf. Baggrunden for forslaget er, at det ifølge Dansk Psykolog Forening vil skabe klarhed, overskuelighed og administrativ lettelse, hvis Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med samtlige personers sundhedsfaglige virksomhed inden for sundhedsvæsenet. Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere anfører, at nyere undersøgelser viser, at psykologisk behandling kan være mere virksom end traditionel medikamentel behandling, hvorfor en ligestilling af behandlingstilbuddene må være optimal.

Herudover foreslår ARF og Forbrugerrådet mere generelle ændringer af Sundhedsstyrelsens tilsynsvirksomhed. ARF finder, at Sundhedsstyrelsens tilsynsopgaver ikke bør udvikle sig i retning af et egentligt systemtilsyn. Forbrugerrådet foreslår, at Sundhedsstyrelsens tilsynsforpligtelse bliver mere aktiv.

Kommentar:

Autorisation af psykologer blev indført i 1993 ved lov om psykologer mv., og det blev under lovforslagets behandling besluttet at overføre administration og tilsyn med autorisationsordningen til et under Socialministeriet oprettet psykolognævn. Oprettelsen af Psykolognævnet havde baggrund i, at en overvejende del af virksomhedsområdet for psykologer findes på det sociale område. Endvidere blev det fundet naturligt at samle såvel meddelelsen af autorisationen, som tilsynet med at betingelserne for autorisationsudøvelsen blev overholdt, i én og samme myndighed. Der findes derfor ikke grundlag for at ændre ved denne ordning. Der er med lovforslaget er forudsat en uændret videreførelse af Sundhedsstyrelsens tilsynsforpligtelse. Forslagene har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Afsnit XVII, kapitel 66, §§ 207-216 (nu §§ 213-222): Uafhængigt institut for behandlingsvejledninger om lægemiddelområdet mv.

Lif har i relation til de foreslåede bestemmelser om Sundhedsstyrelsens opgaver peget på, at der er behov for en øget koordinering i forhold til Lægemiddelstyrelsen, og foreslået, at der etableres en uafhængig institution/faglig instans, der udarbejder behandlingsvejledninger for de overordnede sygdomsområder fsva. behandling med lægemidler og andre nye teknologier.

Kommentar:

Der er ikke i sammenhæng med lovforslaget aktuelle overvejelser om at foretage organisatoriske ændringer vedrørende lægemiddelområdet. Behovet for koordinering mellem Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen vil med de foreslåede bestemmelser i sundhedslovforslaget fortsat kunne tilgodeses i nødvendigt omfang. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Kapitel 67. Statens serum Institut

Afsnit XVII, kapitel 67, § 217 (nu § 223): Statens Serum Institut

Lif og Århus Amt finder, at reglerne om Statens Serum Institut bør ændres, således at der tages stilling til instituttets fremtidige opgaver, herunder vedrørende børnevacciner.

Kommentar:

Forslaget har givet anledning til, at der i lovforslagets § 223 er indsat bestemmelser, der regulerer Statens Serum Instituts fremtidige opgaver og organisation.

Afsnit XVII Administration, overenskomster og forsøg mv.

Kapitel 68. Forskellige bestemmelser

Kapitel 69. Overenskomster

Afsnit XVII, kapitel 69, § 221 (nu § 228): Regionernes Lønnings- og Takstnævn

ARF anfører, at sekretariatet for forhandlingsudvalget bør placeres hos regionerne i forening, og ARF bemærker, at kommunerne kan inddrages på samme måde som Frederiksberg og Københavns kommuner hidtil har været inddraget.

Kommentar:

Lovforslaget er ændret, således at Sygesikringens Forhandlingsudvalg erstattes med et nyt centralt nævn med repræsentanter fra regionerne, kommunerne og staten. Nævnet benævnes Regionernes Lønnings- og Takstnævn og er nærmere reguleret i lov om regioner. Nævnet får bl.a. til opgave at varetage de opgaver, som Sygesikringens Forhandlingsudvalg har varetaget. Nævnet aftaler og fastsætter i øvrigt bl.a. bestemmelser om løn- og øvrige ansættelsesforhold for personale i regional tjeneste.

Nævnet består af 9 medlemmer, der beskikkes af finansministeren. 5 af nævnets medlemmer beskikkes efter indstilling af regionsrådene. 2 medlemmer beskikkes efter indstilling af KL, 1 medlem beskikkes efter indstilling af indenrigs- og sundhedsministeren og 1 medlem udpeges af finansministeren. Rollen for medlemmerne fra KL og staten er ændret i forhold til sygesikringslovens § 26, stk. 1, hvor disse medlemmer alene havde observatørstatus i Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Den ændrede rolle for de kommunale medlemmer er bl.a. en følge af aftalen om den nye kommunale struktur, som giver kommunerne en styrket rolle på sundhedsområdet.

Overenskomstfastsatte takster for ansøgninger om enkelttilskud til lægemidler

Lif har foreslået, at der i overenskomsterne fastlægges en takst for lægernes ansøgninger om enkelttilskud og forhøjet tilskud til lægemidler. Dette vil muliggøre klage over lægens honorar eller manglende oplysning om adgangen til at søge om tilskud.

Kommentar:

Spørgsmålet om fastsættelse af sådanne takster har været genstand for særskilt overvejelse i forbindelse med Folketingets behandling og vedtagelse af forslag til ændring af sygesikringslovens medicintilskudsregler og det blev i den forbindelse besluttet ikke at gennemføre en sådan ordning. Med det foreliggende forslag ønskes sygesikringslovens medicintilskudsregler videreført uændret. Forslaget har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Kapitel 70. Overenskomster med andre stater

Kapitel 71. Forsøg med fravigelse af lovens regler

Afsnit XIX Finansiering

Kapitel 72. Ydelser i praksissektoren

Generelt om finansiering

Høringsparterne tilslutter sig langt overvejende reformens principper om, at kommunerne gennem et økonomisk incitament får et synligt og forpligtende medansvar for at øge kvaliteten og sammenhængen i patientbehandlingen, herunder medvirke til at forebygge patienternes behov for sygehusbehandling, og at arbejde målrettet med tilbud, der kan fungere som et reelt alternativ til sygehusindlæggelse.

Afsnit XIX, kapitel 72, § 228 (nu § 235): Finansiering af ydelser i praksissektoren

Lægeforeningen finder det ikke sandsynliggjort, at den konkrete finansieringsmodel giver kommunerne det incitament, som skal sikre, at der oprettes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i tilstrækkeligt omfang, eksempelvis i relation til medfinansieringen af praksissektorens ydelser i form af et fast bidrag.

Kommentar:

Den foreslåede model for kommunal medfinansiering giver kommunerne et incitament til at engagere sig i praksissektorens ydelser, og i hvordan de spiller sammen med det kommunale sundhedsvæsen. Den kommunale medfinansiering vil generelt fremover blive fulgt løbende af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på at vurdere, om den opfylder formålene med ordningen. Eventuelle ændringer kræver ikke lovændring. Bemærkningen har derfor ikke givet anledning til ændringer i lovforslaget.

Afsnit XIX, kapitel 72, § 228 (nu § 235): Teddy Øfeldts genoptræningscenter

ARF foreslår, at kommunernes medfinansiering også bør omfatte lovens § 72, for så vidt angår Teddy Øfeldts genoptræningscenter.

Kommentar:

Forslaget har givet anledning til ændring af lovforslaget, således at kommunerne skal medfinansiere regionernes udgifter til Teddy Øfeldts genoptræningscenter i samme omfang (10 pct.), som kommunernes skal medfinansiere regionernes udgifter til praksissektoren i øvrigt. Begrundelsen er, at kommunal medfinansiering også på dette om-

råde vil understøtte effektiv opgaveløsning på træningsområdet i kommunerne og minimere muligheder for økonomisk kassetækning.

Afsnit XIX, kapitel 73, § 232 (nu § 239): Målrkning af den kommunale medfinansiering, prioritering af forebyggelse samt kassetækning i kommunerne

ARF samt Lægeforeningen, Foreningen af Socialchefer i Danmark og Høje-Taastrup Kommune foreslår, at den kommunale medfinansiering målrettes områder, hvor kommunernes muligheder for at påvirke sygehusforbruget er særligt store, f.eks. forebyggelige indlæggelser som hoftebrud, diabetes mv. De pågældende behandlinger foreslås afregnet over for kommunerne med en relativt høj takst, f.eks. 40-50 pct. af DRG-taksten uden loft, mens der for øvrige behandlinger ikke foreslås medfinansiering. KL bemærker, at den styrkede kommunale rolle i sundhedsvæsenet er et godt udgangspunkt for, at det forebyggende element i sundhedsvæsenet styrkes. Lægeforeningen, FTF og LO udtrykker bekymring for, at lovforslagets finansieringsmodel kan skabe risiko for kassetækning i kommunerne, således at økonomiske hensyn kan blive dominerende i forhold til de fagligt funderede. Københavns Kommune og Århus Kommune foreslår, at regionerne sanktioneres økonomisk ved f.eks. manglende genoptræning af patienterne. Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter og FTF, Foreningen af Socialchefer i Danmark og LO udtrykker bekymring for, hvorvidt modellen for kommunal medfinansiering giver kommunerne tilstrækkelige incitamenter til at igangsætte forebyggelse af patientindlæggelser. Danske Fysioterapeuter foreslår, at kommunerne pålægges mål for den forebyggende indsats. FTF foreslår, at det etableres en national handlingsplan på området.

Kommentar:

Det vurderes i praksis ikke at være muligt at afgrænse modellen for kommunal medfinansiering til områder, hvor kommunerne har en større mulighed for at tilbyde et alternativ end på andre områder. F.eks. vil det være vanskeligt at afgrænse effekten af den forebyggende indsats til specifikke diagnoser. Samtidig taler hensynet til kapacitets- og udgiftsstyring for, at den kommunale finansiering på marginalen ikke bliver for høj. Lovforslaget indebærer derfor en relativt enkel model, hvor målsætningen samlet set er at give kommunerne et synligt og forpligtende ansvar for de opgaver med relation til sundhedsområdet, de allerede i dag varetager, samt give et incitament til at arbejde mere målrettet med tilbud som alternativ til sygehusindlæggelse. Det bemærkes, at det er anført i høringsudkastets lovbemærkninger til § 232), at den maksimale grænse for medfinansiering på somatisk, stationær sygehusbehandling udgør 3.000 kr. Det korrekte beløb er 4.000 kr., og dette er nu anført i lovbemærkningerne. Den kommunale medfinansiering vil generelt fremover blive fulgt løbende af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på at vurdere, om den opfylder formålene med ordningen. Eventuelle ændringer kræver ikke lovændring. Bemærkningerne har således ikke givet anledning til ændringer af lovforslaget.

Afsnit XIX, kapitel 73, § 232 (nu § 239): Administration og praktisk håndtering af modellen for kommunal medfinansiering

KL foreslår, at den kommunale medfinansiering af sygehusforbrug tilgår regionen i stedet for sygehusene, samt at der indbygges en forsinkelse i betalingen – begge dele for

at modvirke uhensigtsmæssige incitamenters for sygehusene. H:S og Københavns Amt anbefaler, at reglerne på området udformes, så de muliggør enkle og smidige arbejds-gange i såvel kommuner som regioner. ARF anfører, at den kommunale medfinansie-ring vil komme til at pålægge kommuner og regioner en ny betydelig administrativ byr-de.

Kommentar:

Der er ikke med forslaget lagt op til, at kommunerne skal udøve selvstændig regnings-kontrol. Den varetages i regionerne, som i forvejen er underlagt revision. Med et velud-viklet afregningssystem samt en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem de centrale sundhedsmyndigheder, regionerne og kommunerne er det ikke forventningen, at de administrative byrder forøges i nævneværdigt omfang. Der er allerede i lovforslaget, jf. § 232 (nu § 239) lagt op til, at de kommunale betalinger tilgår regionsniveauet. Be-mærkningerne har således ikke givet anledning til ændringer af lovforslaget.

Afsnit XIX, kapitel 73, § 232, stk. 4 (nu § 239, stk. 4): Begrænsning af ministerbe-myndigelse til at justere reglerne for den kommunale medfinansiering

KL foreslår, at ministerbemyndigelsen i § 232, stk. 4 (nu § 239, stk. 4), begrænses så-ledes, at der kun kan foretages ændringer af reglerne, som samlet set ikke påvirker den kommunale finansieringsandel. KL forudsætter desuden, at reglerne kun kan fore-tages efter dialog med de kommunale parter.

Kommentar:

Niveauet for den kommunale medfinansiering er fastlagt ud fra en samlet vurdering af kommunernes faktiske muligheder for substitution samt udgifterne til drift af alternative behandlingstilbud i kommunalt regi, sammenholdt med hensynet til at fastholde regio-nernes udgiftsansvarlighed og minimere budgetusikkerheden i kommunerne. Evt. juste-ringer af regelgrundlaget ske i en dialog med de kommunale parter. Forslaget har såle-des ikke givet anledning til ændringer af lovforslaget.

Afsnit XIX, Kapitel 73, §§ 232 og 233 (nu § 240): Finansiering

ARF har bemærket, at det særligt på psykiatriområdet vil give anledning til en skæv-vridning af incitamentsstrukturen at opretholde to takster for kommunal betaling for færdigbehandlede patienter i og med, at grundtakstfinansieringen ophører på det sociale område. Man foreslår derfor alene opretholdt én takst svarende til det, man opkræver for færdigbehandlede på 67 år eller derover.

Kommentar:

På baggrund af de indkomne bemærkninger er lovforslaget ændret. Som følge af at grundtakstfinansieringen ophører, og kommunerne selv skal afholde hele udgiften til de enkelte tilbud også for personer under 67 år, forsvinder begrundelsen for at opretholde forskellige takster for færdigbehandlede over og under 67 år. Bestemmelsen er derfor ændret, således at der alene fastsættes én takst for gruppen af færdigbehandlede pa-tienter. Denne takst fastsættes med baggrund i den nugældende takst for færdigbe-handlede patienter på 67 år eller derover. På den måde opretholdes incitamentet til at hjemtage færdigbehandlede patienter på det nuværende niveau. Ændringen giver ikke anledning til administrative eller økonomiske konsekvenser, idet der alene er tale om en konsekvensændring som følge af grundtakstfinansieringens ophævelse.

København Kommune har til bestemmelsen om betaling for færdigbehandlede patienter foreslået, at der åbnes mulighed for en overgangsordning med henblik på etablering af kommunale tilbud.

Kommentar:

Fokus har længe været på området dels i form af amtskommunal mulighed for opkrævning af betaling for færdigbehandlede, dels i form af samarbejde mellem amtskommuner og kommuner om problemstillingen. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Nordjyllands Amt har bemærket, at muligheden for kommunal medfinansiering ved indlæggelse på hospice, også bør omfatte hospicer, som Indenrigs- og Sundhedsministeren efter ansøgning fra den private institution lader være helt eller delvis omfattet af fritvalgsreglerne.

Kommentar:

På baggrund af bemærkningen er der i bestemmelsen (nu § 240) indføjet en henvisning til forslagets § 76, stk. 4 for at præcisere, at der er en sådan mulighed for kommunal medfinansiering.

Afsnit XIX, kapitel 73, § 232 og § 237 (nu § 239 og § 244): Takstfinansiering af det psykiatriske område

ARF anbefaler - svarende til hvad der er forudsat i lovforslaget - at den kommunale medfinansiering af psykiatrien i første omgang baseres på sengedagstakster/besøgstakster, og at psykiatrien ikke indgår i det statslige aktivitetsafhængige tilskud. ARF anbefaler, at der igangsættes et udviklingsarbejde mhp. at udvikle DRG-takster inden for psykiatrien, således at den på sigt kan afregnes efter samme principper som det somatiske område. Viborg Amt og Nordjyllands Amt anfører, at finansieringsgrundlaget på det psykiatriske område bør præciseres for så vidt angår udgående teams, rehabilitering og rådgivning mv.

Kommentar:

Sundhedsstyrelsen arbejder aktuelt på at etablere et egentligt DRG-system inden for psykiatrien - et arbejde, som amterne i den kommende tid vil blive inddraget i. Mulighederne for at lade den kommunale medfinansiering og det aktivitetsafhængige statstilskud på det psykiatriske område overgå til DRG-afregning vil blive vurderet, når systemet er færdigudviklet (2007 eller senere). Lovforslaget betyder, at alle psykiatriske ydelser, der indebærer en kontakt på sygehus eller tilhørende behandlingsinstitutioner mv., er omfattet af kommunal medfinansiering. Indenrigs- og sundhedsministeren vil efter lovforslagets vedtagelse fastsætte de nærmere regler for takstafregningen på det psykiatriske område. Bemærkningerne har således ikke givet anledning til ændringer af lovforslaget.

Afsnit XIX, kapitel 73, § 232 og § 237 (nu § 239 og § 244): Aktivitetsafhængig finansiering af regionernes aktivitet

Det Kommunale Kartel/FOA og LO finder, at de aktivitetsafhængige finansieringsbidrag fra hhv. kommuner og staten påfører regionerne et usikkert og vanskeligt styrbart finansieringsgrundlag, som giver vanskeligheder med f.eks. kapacitetsplanlægning. Det Kommunale kartel/FOA og LO finder, at takstfinansiering som styringsinstrument endnu ikke er analyseret ordentligt. Det Kommunale Kartel/FOA, FTF og Vejle Amt anbefaler, at regionerne får egen skatteudskrivningsret.

Kommentar:

Lovforslaget indebærer, at ca. 85 pct. af regionernes finansieringsgrundlag udmøntes i form af faste, ikke-aktivitetsafhængige tilskud fra staten og kommunerne. Størrelsen af de resterende ca. 15 pct. aktivitetsafhængige bidrag fra kommunerne og staten må forventes at indgå i regionernes budgetlægning på samme måde som amterne i dag lægger budget f.eks. for indtægter/udgifter vedr. udenamtsaktivitet og tilskud fra den statslige meraktivitetspulje. Forslaget om egen skatteudskrivningsret for regionerne er ikke forenelig med den politiske aftale om kommunalreformen. Bemærkningerne har således ikke givet anledning til ændringer af lovforslaget.

Afsnit XIX, kapitel 73, § 237(nu § 244): Ændring af det statslige aktivitetsafhængige tilskud

ARF, Vejle Amt og Nordjyllands Amt foreslår, at udformningen af det statslige aktivitetsafhængige tilskud ændres i forhold til den nuværende statslige meraktivitetspulje. Forslagene vedrører bl.a. ordningens produktivitetskrav, creep-loft, baselineberegning, styrkelse af det marginale element i takstafregningen samt puljeloft.

Kommentar:

Tilskuddet foreslås etableret efter samme hovedprincipper som regeringens nuværende meraktivitetspulje. Det bemærkes i øvrigt, at den konkrete udformning af det statslige aktivitetsafhængige tilskud udmøntes i cirkulære. Der vil kunne foretages ændringer i cirkulæret, og disse vil blive drøftet med sygehusejerne. Bemærkningerne har ikke givet anledning til ændringer af lovforslaget.

Afsnit XIX, kapitel 76, § 248 (nu § 255): Rådgivning og bistand på alkoholområdet

KL har anført, at regionerne efter aftale med de enkelte kommuner kan yde faglig bistand og rådgivning efter lovudkastet. KL gør opmærksom på, at der i dag ydes faglig bistand og rådgivning fra såvel amtslige som private behandlingsinstitutioner. Af hensyn til ens konkurrencevilkår for alle leverandører bør rådgivning og vejledning derfor finansieres over de takster, som kommunen betaler for brug af de regionalt drevne tilbud.

Kommentar:

Det er blevet fastlagt i bestemmelsen (nu § 255), at kommunerne kan indgå aftale med regioner, andre kommuner og private leverandører. Ved at indregne rådgivning og vejledning i taksterne sikres det, at regionerne ikke får en fortrinsstilling på dette område.

Kapitel 74. Svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion

Kapitel 75. Sterilisation og kastration

Kapitel 76. Kommunale sundhedsydelse

Kapitel 77. Lægemedler

Afsnit XIX, kapitel 77, § 249 (nu § 256): Kommunal finansiering af tilskud til lægemidler

Lif har rejst spørgsmål om, hvorledes den nuværende kommunale finansiering af medicinforsbruget i henhold til den sociale lovgivning og pensionslovgivningen tænkes videreført.

Kommentar:

Det bemærkes, at lovforslaget ikke indebærer ændringer vedrørende finansieringen af udgifter til tilskud til lægemidler, hverken i forhold til regionernes finansiering eller de tilskud, der ydes efter den sociale lovgivning og pensionslovgivningen

Kapitel 78. Øvrige ydelser og tilskud

Kapitel 79. Befordring

Kapitel 80. Overenskomster med andre Lande

Afsnit XIX, kapitel 80, § 259 (nu § 267): Omlægning af finansiering af udgifter til sygehjælp ydet efter EU-retten

ARF har bemærket, at man tidligere har tilsluttet sig en af Indenrigs- og Sundhedsministeriet foreslået omlægning af finansieringen af udgifter til sygehjælp ydet til sikrede fra andre EØS-lande, således at amterne modtager den udenlandske refusion, frem for at denne tilfalder staten.

Kommentar:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har tidligere forelagt ARF og H:S et forslag til omlægning af finansieringen af udgifter til offentlige sundhedsydelse ifølge overenskomster med andre stater og EF-retten, her reglerne i Rådets forordning nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere m.fl., der flytter inden for Fællesskabet, og den dertil knyttede gennemførelsesforordning nr. 574/72.

ARF og H:S tilsluttede sig ministeriets forslag, hvorefter amterne m.fl. skal have den refusion, der opkræves af udenlandske sygekasser, af udgifter til sygehjælp, som er ydet her i landet til sikrede fra andre lande, jf. EF-forordningens regler. Efter gældende lov tilfalder den udenlandske refusion statskassen, jf. sygesikringslovens § 21, stk. 4. Ved omlægningen etableres sammenhæng mellem den myndighed, der er forpligtet til at afholde en udgift (yde behandling), og som er berettiget til at modtage (den udenlandske) betaling herfor. Det er dog fortsat staten, der har kompetence til at indgå mellemstatslige aftaler om hel eller delvis undladelse af refusion af udgifter til offentlige sundhedsydelse ifølge overenskomster med andre stater eller EF-retten, jf. lovforslagets § 226, stk. 2 (nu § 232, stk. 2).

Lovforslaget er ændret på baggrund af de indkomne bemærkninger og i øvrigt i overensstemmelse med det forslag, som ministeriet tidligere har forelagt ARF og H:S.

Kapitel 81. Ydelser til personer, der ikke har bopæl i Danmark

Afsnit XX Straffe-, ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser

Kapitel 82. Straffebestemmelser

Kapitel 83. Ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser

Der har ikke været bemærkninger til ovennævnte afsnit, der har givet anledning til kommentarer.

Bilag

Modtagne hørings svar

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har modtaget i alt 110 hørings svar til sundhedslovs forslaget:

1. Amdsrådsforeningen (ARF)
2. Kommunernes Landsforening (KL)
3. Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S)
4. Københavns Kommune
5. Frederiksberg Kommune
6. Bornholms Kommune
7. Århus Amt
8. Nordjyllands Amt
9. Viborg Amt
10. Københavns Amt
11. Vejle Amt
12. Fyns Amt
13. Sønderjyllands Amt
14. Ringkjøbing Amt
15. Århus Kommune
16. Aalborg Kommune
17. Høje Taastrup Kommune
18. Dronninglund Kommune
19. Det Kommunale Kartel
20. Sundhedskartellet
21. Amtslige og kommunale forebyggelses konsulenter inden for rusmiddelområdet
22. Det Sociale Brugerråd i Århus Amt
23. Samrådet af synsfaglige ledere i amterne
24. Netværk af amtslige Tobaksnøglepersoner
25. Foreningen af socialchefer
26. Den Almindelige Danske Lægeforening
27. Dansk Sygeplejeråd (DSR)
28. Forbundet af Offentligt Ansatte
29. Danmarks Apotekerforening
30. Den Almindelige Danske Jordemoderforening
31. Dansk Tandlægeforening
32. Tandlægerne Nye Landsforening
33. Amtstandlægekollegiet
34. Ergoterapeutforeningen
35. Dansk Farmaceutforening
36. Danske Fysioterapeuter
37. Foreningen af Kliniske Diætister
38. Dansk Kiropraktor-Forening
39. Dansk Optikerforening
40. Dansk Tandplejerforening
41. Farmakonomforeningen
42. Dansk Selskab for Patientsikkerhed
43. Akademikernes Centralorganisation (AC)
44. Funktionærernes og Tjenestemændenes Fællesråd (FTF)
45. Landsorganisationen i Danmark (LO)
46. Foreningen af Specialtandlæger i Tand, - mund og kæbekirurgi
47. Handel, Transport og serviceerhvervene (HTS)
48. Centerlederforeningen
49. Dansk Sygeplejeselskab
50. Dansk Psykologforening
51. Danske Bioanalytikere
52. Dansk Selskab for Almen Medicin
53. Dansk Medicinsk Selskab
54. Forbrugerrådet
55. Patientforeningen i Danmark
56. De Samvirkende Invalideorganisationer
57. Det Centrale Handicapråd
58. Center for Små Handicapgrupper
59. ÆldreForum
60. Rådet for Socialt Udsatte
61. Ældremobiliseringen
62. Hjernesagen
63. Kræftens Bekæmpelse
64. Hjerteforeningen
65. Landsforeningen Sind
66. Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere

- | | |
|---|--|
| 67. Landsforeningen Bedre Psykiatri | 90. Diakonissestiftelsens Hospice |
| 68. Foreningen Pårørende til Sindslidende | 91. Epilepsihospitalet i Dianalund |
| 69. Alkoholpolitisk Landsråd | 92. Institut for Muskelsvind |
| 70. KFUM's Sociale Arbejde i Danmark | 93. Vejlefjord |
| 71. Lænkeambulatorierne i Danmark | 94. Center for Hjerneskode |
| 72. Minnesotaforeningen. | 95. Dansk Handel og Service |
| 73. Videncenter for Transkulturel Psykiatri | 96. Lægemiddelindustriforeningen (Lif) |
| 74. Landsforeningen LEV | 97. Megros |
| 75. Det Landsdækkende Synsråd | 98. Falck |
| 76. Gigtforeningen | 99. Marselisborg Centret |
| 77. Dansk Blindesamfund | 100. Datatilsynet |
| 78. Sammenslutningen af danske småøer | 101. Den Centrale Videnskabsetiske Komité |
| 79. Landsforeningen for Autisme | 102. Patientskadeankenævnet |
| 80. Kost- og ernæringsforbundet | 103. Færøernes Landsstyre |
| 81. Danmarks Lungeforening | 104. Det Etske Råd |
| 82. Den uvildige konsulentordning på handicapområdet – (DUKH) | 105. Sundhedsstyrelsen |
| 83. Kontaktudvalget for mindre sygdoms- og handicapforeninger (KMS) | 106. Syddansk Universitet |
| 84. Diabetesforeningen | 107. Ålborg Universitet |
| 85. Blå Kors Danmark | 108. Rådet for frivilligt socialt arbejde |
| 86. Patientforum | 109. Grønlands Hjemmestyre, Direktoratet for Sundhed |
| 87. Forsikring & Pension | 110. Ankestyrelsen |
| 88. Patientforsikringen | |
| 89. Sankt Lukas Hospice | |

Følgende (i alt 26), som er hørt, har ikke afgivet høringssvar til sundhedslovsforslaget:

- | | |
|--|---|
| 1. Sygesikringens Forhandlingsudvalg | 9. ÆldreSagen |
| 2. Foreningen af Fodterapeuter | 10. Hospice Forum Danmark |
| 3. Dansk Laborantforening | 11. Dansk Industri |
| 4. Foreningen af Radiografer i Danmark | 12. Dansk Arbejdsgiverforening |
| 5. Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere | 13. Sct. Maria Hospice |
| 6. HK Danmark | 14. Sclerosecenter Haslev |
| 7. Dansk Handicapforbund | 15. Sclerosecenter Ry |
| 8. Landsforeningen for Bedre Hørelse | 16. Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium |
| | 17. Dronning Alexandrines Gigtsanatorium |

18. Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem
19. Gigtsanatoriet i Skælskør
20. OASIS
21. RCT-Jylland
22. Foreningen af Parallelimportører af lægemidler
23. Industriforeningen for Generiske Lægemidler
24. Patientklagenævnet
25. Lægemiddelskadeankenævnet
26. Konkurrencestyrelsen

