

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Enhed: Sygehuspolitik
Sagsbeh.: SUMANI
Sags nr.: 1302464
Dok. Nr.: 1301095
Dato: 1. oktober 2013

Høringsnotat

1. Høring over udkast til lovforslag

Lovforslaget har i perioden fra den 22. august 2013 til den 16. september 2013 været i høring hos følgende:

Danske Regioner, KL, Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, 3F, Danmarks Apotekerforening, Danske Bandagister, Dansk Rehab Group, Danmarks Optikerforening, Dansk Godkendelse af Medicinsk Udstyr (DGM), Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Ortopædisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Tandlægeforening, Dansk Tandplejerforening, Danske Bioanalytikere, Danske Fysioterapeuter, De Offentlige Tandlæger, Dental Branche Forening, Ergoterapeutforeningen, Farmakonomforeningen, FOA, Foreningen af Kliniske Diætister, Radiograf Rådet, Foreningen af Speciallæger, Foreningen af socialchefer i Danmark, Jordemoderforeningen, Kost- og Ernæringsforbundet, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Landsforeningen af Statsaut. Fodterapeuter, Lægeforeningen, Lægemiddelindustriforeningen, Medicindustrien, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber Pharmadanmark, Praktiserende Tandlægers Organisation, Praktiserende Lægers Organisation, Socialpædagogernes Landsforbund, Yngre Læger, Landsforeningen SIND, Bedre Psykiatri, Den uvildige konsulentordning på handicapområdet, Dansk Handicapforbund, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Ældregeråd, Det Centrale Handicapråd, Diabetesforeningen, Forbrugerrådet, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerteforeningen, Hospice Forum Danmark, Høreforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Landsf. af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Patientforeningen i Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Retspolitisk Forening, Rådet for Socialt Udsatte, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Udviklingshæmmedes Landsforbund, ÆldreForum, Ældremobiliseringen, Ældresagen Alzheimerforeningen, Bedre Psykiatri – landsforeningen for pårørende, Børnerådet Børnesagens Fællesråd, Børns Vilkår, Dansk Erhverv, Brancheforeningen for Private Hospitaler og Klinikker, Dansk Farmaceutisk Industri, Dansk Farmaceutisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Industri, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Selskab for Sygehusapotekere, Dansk Selskab for Distrikpsykiatri, DELTA, Pharmakon, Sex & Samfund, Sygeforsikringen "danmark", Forsikring & Pension, Dansk IT – Råd for IT- og persondatasikkerhed, Landsforeningen for Evnesvage (LEV), Ankestyrelsen, Dansk Selskab for Folkesundhed, Datatilsynet, Det Ethiske Råd, Institut for Menneskerettigheder, Patientforsikringen, Patientombuddet, Psykolognævnet, Socialstyrelsen, Statsforvaltningen Hovedstaden, Statsforvaltningen Midtjylland, Statsforvaltningen Nordjylland, Statsforvaltningen Sjælland, Statsforvaltningen Syddanmark, Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri, Københavns Universitet, Aarhus Universitet, Syddansk Universitet, Aalborg Universitet, RUC.

Lovforslaget er desuden offentliggjort på Høringsportalen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har modtaget indholdsmæssige hørings-svar fra: Danske Regioner, KL, Danske Fysioterapeuter, Danmarks Apotekerfor-

ening, Lægeforeningen, DI, Danske Handicaporganisationer, Kost & Ernæringsforbundet, FOA – Fag og Arbejde, Dansk Handicapforbund, Danske Patienter, Farmakonomforeningen, Danske Ældreråd, Region Sjælland, Dansk Socialrådgiverforening, Ældresagen, Dansk Sygeplejeråd, Tandlægeforeningen, Aalborg Universitet og Medicoindustrien.

2. Generelle bemærkninger

Der udtrykkes generelt opbakning til de foreslåede ændringer om regionsråds muligheder for at samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, ligesom der også er generel opbakning til de foreslåede ændringer på området for sundhedsaftaler, hvor det foreslås, at der fremover skal udarbejdes én sundhedsaftale i hver region.

For god ordens skyld bemærkes det, som det fremgår af nedenstående afsnit, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har foretaget en række ændringer og tilføjelser i det fremsatte lovforslag i forhold til det lovudkast, som har været sendt i høring. Der er herudover foretaget en række andre ændringer af sproglig og lovteknisk karakter.

3. Regionsråds muligheder for at samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder

Danske Regioner, KL, DI, og Aalborg Universitet udtrykker generelt opbakning til de foreslåede ændringer i forhold til et regionsråds muligheder for at samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder.

FOA – Fag og Arbejder tislutter sig, at regionsrådene i højere grad får mulighed for at løse opgaver for og med hinanden, men er skeptiske for, at der generelt åbnes for en højere grad af samarbejde med private gennem eksempelvis selskabsdannelse. FOA – Fag og Arbejder finder det svært at se behovet for oprettelse af selskaber med private og udtrykker bekymring for, at sådanne selskabskonstruktioner kan føre til, at regionsrådene mister indflydelse og demokratisk kontrol.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kan hertil bemærke, at regionsrådene med forslaget får mulighed for at indgå i samarbejder om løsningen af fælles opgaver på nærmere bestemte områder og tilknyttede opgaver, som regionsrådet lovligt kan varetage efter anden lovgivning. Formålet er at sikre, at regionsrådene smidigt kan indgå i relevante samarbejder, hvor det gavner både myndigheder og private at samarbejde.

Danske Regioner anfører, at der er behov for en nærmere præcisering af, hvad "fælles opgaver" indebærer, herunder om der i formuleringen ligger en begrænsning af, hvilke former for samarbejde regionsrådene kan indgå i, udover hvad der fremgår af loven. Danske Regioner mener ikke, at der bør være en sådan begrænsning.

Det fremgår af regionslovens § 5, jf. lovbekendtgørelse nr. 900 af 30. august 2012, at regionsrådene skal varetage sygehusvæsenets opgaver og tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner. Herunder skal regionsrådene varetage opgaver, der ligger i naturlig tilknytning til regionrådets opgaver på sundhedsområdet i overensstemmelse med den lovgivning, der regulerer området, dvs. sundhedsloven og regler fastsat i medfør heraf. Regionsrådene kan ikke påtage

sig andre opgaver på sundhedsområdet end de opgaver, der efter sundhedsloven er henlagt til regionsrådene.

Sundhedslovens § 78, stk. 3 – 5, vedrørende regionsrådets samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder skal ses i lyset af dette, således at der i sundhedsloven efter kommunalreformen fortsat var hjemmel til at videreføre eksisterende samarbejder - som tidligere var 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.

Som en konsekvens af, at regionsrådene ikke kan påtage andre opgaver på sundhedsområdet end de opgaver, der er efter sundhedsloven er henlagt til regionsrådene, fremgår det allerede nu af § 78, stk. 3, at regionsrådets samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder skal vedrøre fælles opgaver. Det vil bero på en konkret vurdering af det foreslåede samarbejdes karakter og indhold, hvorvidt der er tale om fælles opgaver.

Danske Regioner påpeger desuden, at det af § 11 i bekendtgørelsen nr. 905 af 1. juli 2011 om regionernes adgang til levering af sygehusydelser m.v. til offentlige myndigheder og private virksomheder samt regionernes adgang til at indgå i samarbejder med offentlige myndigheder og private virksomheder fremgår, at samarbejde ikke må indgås med henblik på at opnå fortjeneste. Danske Regioner finder, at det vil være hensigtsmæssigt, at dette vilkår præciseres, da private virksomheder typisk vil opnå fortjeneste ved samarbejdet.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kan hertil bemærke, at der ikke nogen er generel adgang for kommunalbestyrelser til at drive virksomhed med fortjeneste for øje, og derfor heller ikke adgang for regionsråd hertil. Der er ikke aktuelle planer om at ændre herpå.

4. Styrkelse af sundhedsaftaler

Danske Regioner, KL, Dansk fysioterapeuter, Apotekerforeningen, Lægeforeningen, DI, Danske Handicaporganisationer, Kost & Ernæringsforbundet, Danske Ældreråd, Dansk Socialrådgiverforeningen, Ældresagen, Dansk Sygeplejeråd, Medicoindustrien og Aalborg Universitet udtrykker opbakning til, at der fremover skal udarbejdes én sundhedsaftale i hver region – dvs. i alt fem sundhedsaftaler i stedet for som i dag 98.

Danske Regioner og KL opfordrer til, at det fremhæves yderligere, at sundhedsaftalerne er en politisk aftale, der indgås mellem regionsråd og kommunalbestyrelser.

Dansk Sygeplejeråd fremhæver vigtigheden af politisk opmærksomhed på, at de nye sundhedsaftaler skal afspejle et større ambitionsniveau end hidtil.

Lægeforeningen opfordrer til, at der også mellem de 5 regionale aftaler sikres større ensartethed, således at de behandlingsmuligheder og tilbud borgerne har til rådighed i regioner og kommuner ensartes.

Aalborg Universitet finder det hensigtsmæssigt, at det i lovforslaget fastlægges, at området for sundhedsaftaler evalueres efter tre år.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker, at det allerede fremgår eksplícít af § 205, at det er regionsråd og kommunalbestyrelser, der indgår aftaler om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet, og at det i bemærkningerne til forslaget endvidere er præciseret, at sundhedsaftalen fortsat er en politisk aftale, der skal godkendes af regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen.

I øvrigt bemærkes, som det fremgår af bemærkningerne til lovudkastet, at lovforslaget netop har til formål at sikre større ensartethed på tværs af kommuner og regioner, og at sundhedsaftalerne generelt har til formål at løfte det tværsektorielle samarbejde. Ministeriet skal i den forbindelse understrege, at det er et politisk ansvar at indgå aftalerne og fastlægge, hvilke sundhedstilbud og samarbejdsrelationer borgerne i den pågældende region har krav på.

Hvad angår forslaget om evaluering, bemærker ministeriet, at det fremgår af lovforslaget, at der vil blive fastsat regler om, at sundhedskoordinationsudvalget en gang årligt gennemgår sundhedsaftalen og vurderer behovet for at revidere aftalens indhold. Sundhedskoordinationsudvalget får således bemyndigelse til løbende at vurdere udviklingen på sundhedsområdet med henblik på at tage højde for nye behov og udviklingstendenser i aftalens gyldighedsperiode.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vil desuden vurdere behovet for at gøre status på de nye rammer for sundhedsaftalerne og indsamle relevante erfaringer.

4.1. Indsatsområder

Danske Regioner og Dansk Socialrådgiverforening støtter, at der fastsættes nye obligatoriske indsatsområder samt forslagene hertil.

Danske Regioner påpeger, at der - for at kunne måle de effekter, som samarbejdet har for patienterne - bør arbejdes videre med at forbedre datagrundlaget og udvikle de nationale indikatorer for sundhedsaftalerne. Endvidere finder Ældresagen, at der bør være national monitorering ift. de fastsatte indikatorer.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker, at der er udviklet nationale indikatorer for sundhedsaftalerne, samt at der i regi af Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut er igangsat et udviklingsarbejde med at udarbejde mere dækkende indikatorer til brug for monitoreringen af udviklingen på sundhedsområde, så indikatorerne kan understøtte den årlige gennemgang af sundhedsaftalen, som Sundhedskoordinationsudvalgene vil blive pålagt at gennemføre.

KL finder, at det i beskrivelsen af baggrund for ændring af reglerne om sundhedsaftaler vigtigt at påpege, jf. evaluering af kommunalreformen, at der er behov for at styrke psykiatriområdet og systematisere og målrette kommunernes behov for rådgivning.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker hertil, at det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at sundhedsaftalen både skal omfatte borgere med somatiske lidelser og borgere med psykiske lidelser. Ved bekendtgørelse og vejledning vil der desuden blive fastsat nærmere regler om, at indsatsområderne både skal omfatte mennesker med somatiske lidelser og mennesker med psykiske

lidelser. Ministeriet bemærker endvidere, at der vil blive fastsat nærmere regler om, at sundhedsaftalen skal fokusere på videndeling og sundhedsfaglig rådgivning mellem sektorer.

Apotekerforeningen opfordrer til, at der ved fastlæggelsen af de konkrete indsatsområder, som sundhedsaftalerne skal omfatte, lægges vægt på, at sundhedsaftalerne understøtter kommunernes og regionernes bredere samarbejde med relevante aktører i sundhedssektoren, herunder apotekssektoren. Farmakonomforeningen anfører desuden, at der fastsættes nærmere regler om sikring af lægemiddelsikkerhed ved sektorovergange, eksempelvis ved at stille krav om medicingennemgang ved indlæggelse og udskrivning.

Apotekerforeningen ser desuden positivt på, at der i lovforslaget lægges op til, at der gennem sundhedsaftalerne sættes fokus på en øget indsats for at udarbejde forløbsprogrammer for de store patientgrupper med kroniske sygdomme. I forbindelse med udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen i sundhedsaftalerne, finder Apotekerforeningen det afgørende, at der sættes fokus på, at de nødvendige faglige kompetencer er til stede i det nære sundhedsvæsen – ikke mindst lægemiddelfaglige kompetencer – med henblik på at øge kvaliteten af behandlingen og forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker, at det følger af den gældende bekendtgørelse, at Sundhedskoordinationsudvalget kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper med henblik på eksempelvis faglig rådgivning eller inddragelse af brugersynspunkter, hvilket vil blive videreført. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker ligeledes, at det vil blive adresseret i vejledningen, at sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre kvalitet og sammenhæng i forbindelse med kommunale medarbejders udførelse af lægelige ordination (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), fx ved medicingivning.

Lægeforeningen foreslår, at et af indsatsområderne målrettes patienter med både psykisk sygdom og alkohol-/stofafhængighed.

Danske Handicaporganisationer foreslår sammenhængende forløb for særligt sårbare patienter med behov for tværgående indsatser (herunder personer med en psykisk, kognitiv eller intellektuel funktionsnedsættelse) tilføjes som et obligatorisk indsatsområde. Danske Handicaporganisationer foreslår desuden, at ulighed og brugerinddragelse bliver obligatoriske emner i sundhedsaftalerne – og ikke som foreslået emner, som "kan" indgå.

Kost & Ernæringsforbundet foreslår, at et øget fokus på ernæring i sundhedsaftalerne medtages som et nyt indsatsområde, eller at der som minimum stilles krav til at der tages stilling til borgerens ernæringsstatus under de obligatoriske indsatsområder.

Kost & Ernæringsforbundet foreslår endvidere, at det er vigtigt at der bliver opstillet konkrete målsætninger for enkelte indsatsområder for sundhedsaftalerne, herunder ernæring som national indikator.

Tandlægeforeningen opfordrer til, at der ved indgåelse af sundhedsaftalerne også er opmærksomhed på tandlægeområdet.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker, at det følger af lovforslaget, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om de indsatsområder, som sundhedsaftalen som minimum skal omfatte. Det følger ligeledes af bemærkningerne til lovforslaget, at indsatsområderne generelt skal understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer og være rettet mod de overordnede udfordringer og udviklingstendenser for det tværsektorielle samarbejde. På den baggrund fremgår det af bemærkningerne, at der vil blive fastsat regler om, at der bl.a. skal indgås sundhedsaftaler, der dækker forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering og træning samt sundheds-it. Der er her lagt vægt på at fastlægge brede og væsentlige indsatsområder. Endelig bemærker Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, at bekendtgørelse og vejledning, som hhv. regulerer og beskriver de nye indsatsområder, vil blive sendt i selvstændig høring efter fremsættelse af lovforslaget.

Danske Patienter tilslutter sig, at der ved bekendtgørelse forventes at blive fastsat nærmere regler rehabilitering som et obligatorisk indsatsområde. Danske Patienter anfører samtidig, at dette bør følges op med skærpede nationale krav, så kvaliteten ikke alene defineres lokalt. Danske Patienter henviser desuden til rammeaftalen om justering af kommunalreformen på sundhedsområdet, hvorefter fagligheden i den kommunale rehabiliteringsindsats skal øges ved at styrke sygehusenes kompetence ift. genoptræning af mennesker med komplekse rehabiliteringsbehov.

Dansk Socialrådgiverforening foreslår, at sociale- og beskæftigelsesmæssige forhold medtages som et indsatsområde for sundhedsaftalerne, idet disse efter foreningens opfattelse er afgørende for, at en bredspektret og helhedsorienteret rehabilitering af syge borgere kan sikres.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker, at der fastsættes nærmere regulering af sygehusenes skærpede kompetencer og fagligheden i den kommunale rehabiliteringsindsats i den kommende revision af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus samt vejledning om træning i kommuner og regioner. Endvidere bemærker Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, at sikringen af sammenhæng til social- og beskæftigelsesområdet nærmere adresseres i vejledningen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

4.2. Sundhedskoordinationsudvalget

Danske Regioner bakker op om den styrkede rolle, som Sundhedskoordinationsudvalget er tiltænkt ift. sundhedsaftalerne. Danske Regioner finder behov for, at det præciseres nærmere, hvad det indebærer, at Sundhedskoordinationsudvalget skal understøtte godkendelsen af aftalen.

KL finder, at det er vigtigt, at Sundhedskoordinationsudvalget ikke bliver pålagt "evt. at skulle forhandle" sundhedsaftaler, som det er formuleret i lovforslagets beskrivelse af gældende ret, men at det ændres til "koordinere". KL finder ikke, at det er en opgave, som Sundhedskoordinationsudvalget har kompetence til at varetage, men at opbakning og godkendelse af sundhedsaftalen skal ske i et tæt samspil kommunerne imellem omkring samarbejdet i KKR.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse finder på baggrund af de indkomne høringssvar fra Danske Regioner og KL anledning til at præcisere, at Sundhedskoordinationsudvalget ikke har forhandlingskompetence, men at der er tale om, at Sundhedskoordinationsudvalget skal udarbejde udkast til sundhedsaftalen og understøtte den proces, som går forud for indgåelsen af sundhedsaftalen, herunder at Sundhedskoordinationsudvalget har ansvar for at sikre, at processen har en inddragende karakter. Dette vil blive fremhævet i lovforslagets bemærkninger.

Danske Fysioterapeuter udtrykker forundring over, at praktiserende fysioterapeuter ikke er repræsenteret i sundhedskoordinationsudvalgene. Danske Fysioterapeuter finder, at fraværet i planlægning og dialog af en hel sektor på trænings-, genoptrænings- og rehabiliteringsområdet er direkte skadelig for det sammenhængende patientforløb. På den baggrund foreslår Danske Fysioterapeuter, at praktiserende fysioterapeuter inddrages særligt ved udformningen af sundhedsaftalens afsnit om træning og andre emner, hvor den fysioterapeutiske praksissektor er naturlig samarbejdspartner.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker, at det i den kommende vejledning vil blive adresseret, at det øvrige praksisområde, herunder praktiserende fysioterapeuter, kan medvirke til udarbejdelsen af og gennemførelsen af aftalen på udvalgte indsatsområder.

Danske Handicaporganisationer foreslår, at kravene til brugerinddragelse i både udvikling, implementering og opfølgning på sundhedsaftalerne beskrives mere detaljeret. Her kan fx indgå, at de lokale handicapråd og de regionale sundhedsbrugerråd/dialogfora samt de kommende Patientinddragelsesudvalg skal inddrages på de relevante tidspunkter

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker, at det følger af den gældende bekendtgørelse, at Sundhedskoordinationsudvalget kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper med henblik på eksempelvis faglig rådgivning eller inddragelse af brugersynspunkter, hvilket vil blive videreført. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker ligeledes, at der vil blive fastsat nærmere regler om, at Sundhedskoordinationsudvalget systematisk og i relevant omfang skal inddrage regionens patientinddragelsesudvalg i drøftelserne af emner, der ligger indenfor Sundhedskoordinationsudvalgets emneområder.

4.3. Supplerende og frivillige aftaler til sundhedsaftalen

Danske Regioner ønsker en afklaring af, hvad en "supplerende" aftale og en "frivillig" aftale indebærer. Det er Danske Regioners opfattelse, at alle aftaler, der ligger uden for sundhedsaftalen, bør refereres til som supplerende aftaler, og bemærker, at de supplerende aftaler kan være aftaler i form af lokale udviklingsprojekter.

KL foreslår, at det ift. mulighederne for supplerende lokale aftaler kommer til at fremgå mere præcist, hvilke aftaler, der kan aftales som en supplerende del af sundhedsaftalen. KL mener, at det er væsentligt, for at holde sundhedsaftalerne så overskuelige og stringente som mulige, men naturligvis er der aftaler, som er nødvendige at supplere med lokale temaer og som det giver mening er en del af sundhedsaftalen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker, at grundlaget for samarbejdet er én fælles sundhedsaftale i hver region, som omfatter regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vil i lovforslagets bemærkninger præcisere, at regionsrådet sammen en eller flere kommunalbestyrelser kan aftale yderligere, bl.a. med henblik på at kunne tage højde for lokale forhold og/eller udviklingsprojekter. Dette betegnes supplerende aftaler.

4.4. Almen praksis

Danske Regioner påpeger, at de første praksisplaner for almen praksis skal foreligge 1. maj 2014, og Danske Regioner finder, at det indebærer, at målsætninger om almen praksis' rolle i det sammenhængende sundhedsvæsen ikke kan nå at blive udmøntet i praksisplanen. Danske Regioner foreslår derfor, at fristen for, hvornår praksisplanen skal foreligge fremrykkes til den 1. september 2014.

Det følger af § 4, stk. 6, i lov nr. 904 af 4. juli 2013, at den første praksisplan, jf. § 206 a, stk. 1, skal foreligge den 1. maj 2014. Af bemærkningerne hertil fremgår, at "De elementer, som er nødvendige for at forberede, at en ny overenskomst kan virke inden for de nye reguleringsmæssige rammer, f.eks. etablering af praksisplanudvalgene, jf. § 204, stk. 2, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 7, forudsættes sat i kraft forud for ovenstående elementer". Ovenstående elementer er her bl.a. ny overenskomst, som forventes senest 1. september 2014. Etableringen af praksisplanudvalgene er således del af den proces, som skal sikre rammerne inden ikrafttræden af en ny overenskomst – også i tilfælde af, at en ny overenskomst indgås inden den 1. september 2014. For så vidt angår "udmøntningen af almen praksis' rolle i det sammenhængende sundhedsvæsen", skal dette ses i lyset af den proces, der pågår.

Derfor vil tidsfristen for, hvornår den første praksisplan skal foreligge ikke blive ændret.

Lægeforeningen finder, at lovforslaget mangler en angivelse af sammenhængen til lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Ændring af rammerne for almen medicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.).

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse skal bemærke, at forholdet til lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er berørt i afsnit 2.1.1. om gældende ret på området for sundhedsaftaler. Det bemærkes desuden, at det omtalte afsnit er justeret efter høringen.

Lægeforeningen og PLO foreslår, at almen praksis bliver direkte aftalepart i sundhedsaftalerne, idet det vurderes at være en nødvendig forudsætning for, at formålet med sundhedsaftalerne kan opnås.

En sundhedsaftale er en politisk aftale mellem offentlige myndigheder, der har den lovgivningsmæssige forpligtelse til at levere sundhedsydelser efter sundhedsloven. Det fremgår allerede eksplicit af sundhedslovens § 205, at aftaleparten er regionsråd og kommunalbestyrelser, som indgår aftaler om varetagelse af opgaver på

sundhedsområdet. Med lovforslaget ændres der ikke herpå. Almen praksis er dog en særdeles vigtig aktør i forhold til sundhedsaftalerne, og som det fremgår af lovforslagets afsnit om gældende ret, er almen praksis forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalerne. Derfor indgår almen praksis også i sundhedskoordinationsudvalgene.

5. Øvrigt

5.1. Rådgivning af sundhedsaktører

KL foreslår, at sundhedsloven justeres således, at det etableres en klar ramme for, at sundhedsaktørerne kan søge vederlagsfri rådgivning om de fælles patienter/borger. Baggrunden herfor er bl.a., at Udvalget om evaluering af kommunalreformen i rapporten påpeger, er der brug for at skabe en større fleksibilitet i forhold til at trække på hinandens kompetencer på tværs af parterne i sundhedsvæsenet. En sådan ramme vil skabe et solidt afsæt for, at sundhedsaktørernes faglighed og samarbejde i højere grad kommer i spil til gavn for den fælles patient/borger. Denne justering skal også sikre, at den løbende opgaveoverdragelse, som der er mellem sundhedsaktørerne bliver fulgt op af aftaler om kompetenceudvikling og dermed sikrer vidensdeling, sammenhæng og kvalitet på tværs af sundhedsvæsenet.

Det anbefales i "Afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet", at der sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet, herunder at kommunerne mere systematisk og efter aftale med regionen får mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi med henblik på at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel opgavevaretagelse. Ministeriet bemærker endvidere, at der vil blive fastsat nærmere regler om, at sundhedsaftalen skal fokusere på videndeling og sundhedsfaglig rådgivning mellem sektorer.

5.2. Ventetid for genoptræning

Ældresagen foreslår, at der nationalt indføres en maksimal ventetid på en uge til genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Det af Ældresagen foreslåede falder uden for lovforslagets område. Det bemærkes samtidig, at der i regi af opfølgningen på evalueringen af kommunalreformen er fokus på øget faglighed i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen – herunder fokus på udviklingen i ventetider på genoptræningsområdet.

5.3. Ernæringsterapi

Kost & Ernæringsforbundet mener, at ernæringsterapi bør prioriteres på lige fod med genoptræning, og at kommunalbestyrelsen skal tilbyde vederlagsfri ernæringsterapi til personer med nedsat funktionsevne, eller som er svækket pga. sygdom eller alderdom, eller som efter lægefaglig vurdering har behov for op-ernæring. Kost & Ernæringsforbundet foreslår, at der udarbejdes en ernæringsjournal for ernæringsmæssigt udsatte borgere, som kan sikre, at den rette ernæring følger borgeren i skiftet mellem sygehuse og kommuner. Det er Kost & Ernæringsforbundets vurdering, at en effektiv informationsudveksling vil hjælpe i forebyggelsesarbejdet, skabe en mere sammenhængende ernæringsindsats og mindske tilfældene med fejl – og underernæring. Derudover vil der også kunne spares ressourcer i sundhedsvæsenet, da en ernæringsindsats, eksempelvis med ernæringscreening, ikke skal foretages på ny, når borgeren bevæger sig rundt mellem forskellige instanser.

Det bemærkes, at det foreslåede af Kost & Ernæringsforbundet falder uden for lovforslagets område. I forhold til bemærkningerne kan ministeriet oplyse, at kommunalbestyrelserne i medfør af sundhedslovens § 119 ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne har ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Ernæringsområdet indgår som en naturlig del af kommunalbestyrelsernes generelle forpligtelse til at levere sundhedsfremmende tilbud, og der er løbende kommunalt fokus på dette, eksempelvis med udarbejdelse af projekter om sund kost.

Hertil kommer, at der i medfør af bekendtgørelse nr. 1491 af 14. december 2006 om tilskud til ernæringspræparater (bekendtgørelsen er udstedt med hjemmel i sundhedslovens § 159) ydes tilskud til sondeernæring og visse andre ernæringspræparater, når præparatet er ordineret af en læge i forbindelse med sygdom eller alvorlig svækkelse.

5.4. Tandpleje

Tandlægeforeningen finder lejlighed til at generelt at bemærke, at der bør værnes om Tandlægeoverenskomstens eksisterende bestemmelser om ejerskab. Det er helt afgørende for Tandlægeforeningen, at patienternes tryghed og sikkerhed aldrig må blive underlagt fremmede investorers krav om indtjening og overskud. Tandlægeforeningen mener derfor, at tandklinikker fortsat skal være ejet af tandlæger. Afsættet for al diagnostik og behandling skal være den odontologiske faglighed — og ikke mål om indtjening og mersalg.

Det bemærkes, at det af Tandlægeforeningen anførte ligger uden for lovforslagets område. I forhold til Tandlægeforeningens bemærkning om, at Tandlægeforeningen mener, at tandlægeklinikker, bl.a. af hensyn til patienternes sikkerhed, fortsat skal være ejet af tandlæger, kan det påpeges, at ejerskabsbestemmelser for tandlægeklinikker med mulighed for offentlige tilskud til patienter er fastsat i den gældende overenskomst på området, som aftales mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Tandlægeforeningen.

Hertil kan det i øvrigt bemærkes, at lov nr. 362 af 9. april 2013 om ændring af lov om virksomhedsansvarlige læger, som bl.a. har til formål at tilgodese patienternes sikkerhed, indebærer, at også sygehuse, klinikker m.v., hvor der foretages tandlægebehandling m.v., og som ikke ejes af offentlige myndigheder, bliver forpligtet til at udpege en virksomhedsansvarlig tandlæge. Dette sikrer en entydig sundhedsfaglig ledelse, således at det overordnede ansvar for patienternes sikkerhed og kvaliteten af det tandlægefaglige arbejde er fastlagt. Dette overordnede ansvar supplerer den enkelte sundhedspersons selvstændige ansvar i henhold til autorisationslovgivningen. Loven giver bl.a. Sundhedsstyrelsen hjemmel til at afvise virksomhedsansvarlige læger og tandlæger og fratage virksomhedsansvarlige læger og tandlæger deres ret til at virke som virksomhedsansvarlig og styrker Sundhedsstyrelsens kontrol og tilsyn med tandlægerne.

5.5 Tilgængelighed

Danske Handicaporganisationer oplyser, at mange af medlemmerne i de 32 organisationer i Danske Handicaporganisationer oplever ulige adgang til sundhedsvæsenet pga. forskellige tilgængelighedsproblemer. Både Danske Handicaporganisa-

tioner og Dansk Handicap Forbund anfører, at der er behov for at fastsætte krav til tilgængeligheden til sundhedsydelse for mennesker med funktionsnedsættelser hos private udbydere, ligesom der bør være krav til offentlige udbydere. Herunder tænkes bl.a. på niveaufri adgang til alle enheder, handicaptoiletter og de nødvendige hjælpemidler som fx lifte.

Det af Danske Handicaporganisationer og Danske Handicap foreslåede falder uden for lovforslagets område. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kan oplyse, at det er de enkelte overenskomster med de forskellige faggrupper, der regulerer kravene om tilgængelig til de private sundhedsklinikker, som har indgået overenskomst med den offentlige sygesikring. I overenskomsten for almen praksis, psykologer, speciallæger, tandlæger, tandplejere, fysioterapeuter (også vederlagsfri), fodterapeuter og kiropraktorer fremgår det, at der skal udarbejdes en praksisdeklaration, som offentliggøres på den fælles offentlige sundhedsportal, sundhed.dk. Af praksisdeklarationen skal der fremgå uddybende information til brug for patientens lægevalg, som for eksempel oplysning om adgangsforhold for bevægelsseshæmmede patienter.

5.6. Befordring

Dansk Handicap Forbund finder anledning til at påpege, at det efter forbundets opfattelse er problematisk at centralisere sundhedsydelserne og samtidigt lægge op til besparelser på befordringen af syge og mennesker med handicap. Videre ønsker foreningen at udvide befordringsordningerne, således at der også ydes fuldstændig befordring i forbindelse med benyttelse af fritvalgsordningerne.

Idet det bemærkes, at befordring ikke vedrører nærværende lovforslag, finder Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anledning til at bemærke følgende. Efter gældende regler i sundhedsloven ydes befordring eller befordringsgodtgørelse til læge, speciallæge, sygehus og genoptræning. Evt. centraliseringer af sundhedsydelserne ændrer ikke på borgernes adgang til at modtage befordring eller befordringsgodtgørelse til og fra behandling.

For så vidt angår befordring i forbindelse med forskellige fritvalgsordninger, kan det oplyses, at patienter, der selv har valgt et andet offentligt eller privat sygehus eller genoptræningssted end det, patienten ville være blevet henvist til efter regionens eller kommunens visitationskriterier, har ret til befordringsgodtgørelse svarende til, hvad patienten ville have modtaget, hvis behandlingen havde fundet sted på det sygehus eller genoptræningssted, som bopælsregionen eller kommunen ville have henvist patienten til. Ligeledes har patienter, som vælger en anden speciallæge end den inden for vedkommende speciale nærmest beliggende, som ikke er forhindret, krav på befordringsgodtgørelse svarende til, hvad patienten ville have modtaget, hvis vedkommende havde valgt den nærmest beliggende, som ikke er forhindret.

Der er ikke aktuelle planer om at foretage omlægninger af befordringsordningerne.

5.7. Indkøb

I forlængelse af lovforslagets ændringer vedrørende regionsråds samarbejde med private virksomheder mv. gør Medicoindustrien opmærksom på, at Medicoindustrien for så vidt angår indkøbsområdet ser en fare i, at man i Danmark i stigende grad koncentrerer den offentlige købermagt i færre og færre enheder. Afhængig

af hvordan man konkret konkurrenceudsætter eller udbyder produkter og ydelser, vil man efter Medicoindustriens opfattelse kunne ødelægge særligt små og nystartede virksomheders mulighed for at få rod fæste på det danske marked. Da det ofte er fra disse, at nye innovative løsninger udvikles, så indebærer en eventuel kommende fælles opgavevaretagelse regioner og kommuner i mellem på indkøbsområdet dermed en barriere for, at Danmark på sigt kan blive ved med at levere de nødvendige løsninger, som sundhedsvæsenet har brug for.

I forhold til Medicoindustriens bemærkninger vedrørende det offentlige indkøb skal Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærke, at det af Medicoindustrien anførte falder uden for lovforslagets område. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er imidlertid af den opfattelse, at organiseringen af det offentlige indkøb af medicinsk udstyr kan forbedres, og at indkøb af medicinsk udstyr kan effektiviseres. Vægtningen af pris og kvalitet bør dog ikke ske på bekostning af patientsikkerheden.

5.8. Økonomi

KL anfører, at de foreslåede ændringer vedrørende sundhedsaftaler vil medføre øgede administrative ressourcer, idet aktørerne skal øge indsatsen i forhold til opfølgning på sundhedsaftalerne. KL opfordrer samtidig til, at det i lovbemærkningerne i højere grad betones, at der skal udvikles få, men sigende indikatorer og målsætninger hvis lovforslaget ikke skal medføre økonomiske og administrative konsekvenser. Danske Regioner tilkendegiver desuden, at der kan forekomme flere omkostninger end påregnet i lovforslaget ved udarbejdelsen og implementeringen af de nye sundhedsaftaler.

Lovforslagets økonomiske konsekvenser forventes drøftet med KL og Danske Regioner. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker samtidig, at det vil medføre en afbureaukratisering at gå fra 98 til 5 sundhedsaftaler, idet der derved vil skulle anvendes færre administrative ressourcer.