



Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: FOPS
Sagsbeh.: DEPSAGL
Koordineret med:
Sagsnr.: 2005856
Dok. nr.: 1304502
Dato: 27-09-2020

NOTAT

Høringsnotat om udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love (Bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion for kommunale sundhedsydelser, der leveres til borgere på sociale tilbud og indregning af udgifter til sundhedsfaglig behandling i taksten for sociale tilbud m.v.)

1. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love (Bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion for kommunale sundhedsydelser, der leveres til borgere på sociale tilbud og indregning af udgifter til sundhedsfaglig behandling i taksten for sociale tilbud m.v.) har været sendt i høring i perioden 2. juli 2020 til 12. august 2020 hos følgende myndigheder og organisationer:

Danske Regioner, KL, 3F, Ansatte Tandlægers Organisation, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Bandagister, Danske Bioanalytikere, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Den Danske Dyrlegeforening, Ergoterapeutforeningen, Farmakonomforeningen, FOA, Foreningen af Kliniske Diætister, Foreningen af Speciallæger, Jordemoderforeningen, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlægers Organisation, Psykolognævnet, Radiograf Rådet, Socialpædagogernes Landsforbund, Tandlægeforeningen, Yngre Læger, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Astma-Allergi Forbundet, Bedre Psykiatri, Danmarks Lungeforening, Dansk Handicap Forbund, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Ældreråd, Depressionsforeningen, Det Sociale Netværk, Det Centrale Handicapråd, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Giftforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerterforeningen, Høreforeningen, Kost- og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen for Sociale Tilbud, Landsforeningen LEV, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Landsforeningen SIND, Muskelsvindfonden, OCD-foreningen, Osteoporoseforeningen, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Polioforeningen, Scleroseforeningen, Selveje Danmark, Sjældne Diagnoser, Sundhed Danmark – Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Udviklingshæmmedes Landsforbund, UlykkesPatientForeningen, ÆldreForum, Ældresagen, Advokatrådet, Alkohol og Samfund, ATP, Børnerådet, Børnesagens Fællesråd, Børns Vilkår, Center for Bioetik og Nanoetik, Center for Etik og Ret, Center for hjerneskade, Danish Care, Danmarks Apotekerforening, Danmarks Optikerforening, Danmarks Arbejdsgiverforening, Dansk Farmaceutisk Selskab, Dansk Fertilitetsselskab, Dansk Center for Organdonation, Dansk Diagnostika og Laboratorieforening, Dansk Epidemiologisk Selskab, Dansk Erhverv, Dansk Farmaceutisk Industri, Dansk Industri, Dansk IT –

Råd for IT-og persondata-sikkerhed, Dansk Neurokirurgisk Selskab, Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Dansk Selskab for Retsmedicin, Dansk Standard, Dansk Tatovør Laug, Dansk Transplantations Selskabs, Danske Dental Laboratorier, Danske Diakonhjem, Danske Seniorer, De Videnskabsetiske Komiteer for Region Hovedstaden, De Videnskabsetiske Komiteer for Region Midtjylland, Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet, Den Videnskabsetiske Komité for Region Nordjylland, Den Videnskabsetiske Komité for Region Sjælland, Den Videnskabsetiske Komité for Region Syddanmark, Demenskoordinatorer i Danmark, Den Danske Dommerforening, Det Centrale Handicapråd, Det Etiske Råd, DiaLab, Dignity – Dansk Institut mod Tortur, Faglige Seniorer, FLOR, Forbrugerrådet, Forbundet Kommunikation og Sprog, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Foreningen for Parallelimportører af Medicin, Foreningen af Platformsøkonomi i Danmark, Forsikring & Pension, GCP-enheden ved Aalborg og Aarhus Universitetshospitaler, GCP-enheden ved Odense Universitetshospital, GCP-enheden ved Københavns Universitet, Industriforeningen for Generiske og Biosimilære Lægemidler, Institut for Menneskerettigheder, Landbrug & Fødevarer, Landsforeningen Børn og Forældre, Landsforeningen for ansatte i sundhedsfremmende forebyggende hjemmebesøg, Lægemiddelindustriforeningen, MEDCOM, Medicoindustrien, Patienterstatningen, Pharmadanmark, Pharmakon, Psykiatrifonden, Rådet for Socialt Udsatte, Samvirkende Menighedsplejer, Retspolitisk Forening, Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, Ankestyrelsen, Tjellesen Max Jenne A/S, ViNordic, VIVE, Datatilsynet, Den Nationale Videnskabsetiske Komité, Aalborg Universitet, Aarhus Universitet, Danske Universiteter, Danmarks Tekniske Universitet, IT-Universitet i København, Københavns Universitet, Roskilde Universitet, Syddansk Universitet.

Sundheds- og Ældreministeriet har sendt udkast til lovforslag og høringsbrev til orientering til Rigsombudsmanden for Færøerne og Rigsombudsmanden for Grønland.

Lovforslaget har desuden været offentliggjort på høringsportalen.

Nedenfor er gengivet de væsentligste punkter i de modtagne høringssvar. Sundheds- og Ældreministeriets kommentarer til høringsdelene er anført i *kursiv*.

Sundheds- og Ældreministeriet kan for en fuldstændig gennemgang af samtlige synspunkter henviser til høringssvarene, som er sendt til Folketingets Sundhedsudvalg.

2. Bemærkninger til lovforslaget

Sundheds- og Ældreministeriet har modtaget 23 høringssvar med bemærkninger fra følgende organisationer og myndigheder (i alfabetisk rækkefølge):

Alkohol & Samfund, ATO, Blå Kors, Dansk Erhverv, Dansk Socialrådgiverforening og Faggruppen Alkoholbehandlere under Dansk Socialrådgiverforening, Danske Handicaporganisationer, Danske Regioner, Dataproces, FLOR, FOA, Fonden Novavi, Foreningen af kommunale social- sundheds- og arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD), KABS, KL, Lægeforeningen, Privatperson, Ringgården, Rådet for Socialt Udsatte, Selveje Danmark, Socialpædagogerne, Statens Institut for Folkesundhed, Sundhed Danmark og Syddansk Universitet.

A) Behandling for alkoholmisbrug

1. Generelle bemærkninger

Alkohol & Samfund bifalder lovforslaget og finder, at lovforslaget er et godt skridt i retning af at styrke gennemsigtigheden af sammenhæng mellem pris og kvalitet. De opfordrer til, at anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens Servicetjek afspejles mere i lovforslaget.

Dansk Erhverv og FLOR ser positivt på intentionen om at sikre bedre styring med og kvalitet i behandling for alkoholmisbrug og på ønsket om at tydeliggøre rammerne og skabe øget gennemsigtighed med taksterne for behandlingen.

Danske Regioner finder det positivt, at man vil hæve kvaliteten af behandling for alkoholmisbrug i det private tilbud, og at man samtidig bevarer fleksibiliteten og tilgængeligheden i behandling for alkoholmisbrug for kommunale og regionale tilbud.

Dansk Socialrådgiverforening og Faggruppen Alkoholbehandlere under Dansk Socialrådgiverforening hilser lovforslaget velkomment og støtter intentionerne med at sikre bedre og tydeligere rammer for styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug, og dermed øge gennemsigtigheden med reglerne på området og samlet set løfte kvaliteten af behandlingen for alkoholmisbrug. De savner imidlertid styrkede ambitioner for de behandlingsmæssige indsatser på området.

Det Sundhedsvidenskabelige og Samfundsvidenskabelige Fakultet på Syddansk Universitet (herefter SDU), KABS, Novavi og Sundhed Danmark ser positivt på initiativet med at skabe større synlighed og kvalitet omkring behandlingen for alkoholmisbrug og klarhed på alkoholbehandlingsområdet.

FOA er ikke sikre på, at lovforslaget vil medføre et løft af kvaliteten, selvom de anerkender, at et stort styringsproblem er borgerens frie valg af behandlingsform- og sted og dertilhørende forskellige udgifter.

KL er enig i behovet for bedre styringsmuligheder på alkoholområdet og at det er nødvendigt med regulering. KL ser en lang række positive elementer i de foreslåede ændringer, men er også af den opfattelse, at de foreslåede ændringer ikke i tilstrækkelig grad løser nogle af de centrale problemer. KL ønsker, at overgangsperioden kortes ned til 1. juli 2021, fordi kommunerne modtager regninger på betydelige beløb og ikke har mulighed for at styre udgifterne hertil.

Lægeforeningen bakker op om de foreslåede tiltag i lovgivningen, da der er behov for at sikre øget kvalitet på området. Lægeforeningen bemærker dog, at de foreslåede tiltag på ingen måde er tilstrækkelige til at sikre en højere og mere ensartet kvalitet på området.

Rådet for Socialt Udsatte støtter lovforslaget, selvom der alene er fokus på styrke kvaliteten vil at skabe bedre styring frem for at sikre en høj og ensartet kvalitet i alle tilbud. De påpeger, at styringen kan virke begrænsende for borgernes frie valg.

2. Ændring af sprogbrug

Alkohol & Samfund og Statens Institut for Folkesundhed foreslår, at "alkoholmisbrug" udskiftes med "alkoholproblem". De foreslår endvidere, at der stilles krav til, hvilke sundhedsfaglige og socialfaglige kompetencer personalet bør besidde. Alkohol & Samfund bifalder tydeliggørelse af målgruppen.

Blå Kors finder ændringen fra "alkoholmisbruger" til "personer, der har et alkoholmisbrug" særligt positivt.

KABS udtrykker bekymring for, at de sproglige ændringer af udvider målgruppen for behandling for offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug.

Kommentar:

Ministeriet finder, at betegnelsen "personer, som har et alkoholmisbrug" er dækkende for gruppen af personer, der er omfattet af målgruppen for vederlagsfri behandling efter sundhedslovens § 141. Ministeriet finder ikke, at betegnelsen "personer, som har et alkoholproblem" dækker den samlede målgruppe, men derimod at betegnelsen vil udvide målgruppen. Efter ministeriets vurdering vil betegnelsen omfatte borgere, som har et problem, der ikke nødvendigvis er behandlingskrævende.

Der er ikke med lovforslaget tiltænkt en ændring af målgruppen. Lovforslaget er derfor tilrettet på baggrund af bemærkningerne.

3. Aftaleindgåelse

Alkohol & Samfund og Ringgården anser det foreslåede krav om aftaleindgåelse med to kommuner som utilstrækkeligt til at sikre borgere kvalitet i behandlingen og styring for kommunerne.

Blå Kors er bekymrede for, at det foreslåede krav føre til, at færre søger og kommer i behandling, hvis der ikke findes et privat alternativ til bopælskommunens eget behandlingssted. De er endvidere bekymrede for, at lovændringen vil afvikle eller forhindre oprettelse af private enheder i udkastområder og i områder, hvor kommunen dækker et stort område geografisk.

Dansk Erhverv mener, at det foreslåede krav om, at private behandlingssteder skal indgå aftale med minimum to kommunalbestyrelser for at kunne være en del af den offentligt finansierede behandling skaber ulighed mellem offentlige og private behandlingstilbud og at tilliden til socialområdet svækkes. De er bekymrede for, at borgerens frie valg forsvinder.

Dansk Socialrådgiverforening og Faggruppen Alkoholbehandlere under Dansk Socialrådgiverforening mener ikke, at det foreslåede krav om, at private behandlingssteder skal indgå aftale med minimum to kommunalbestyrelser af sig selv vil øge gennemsigtigheden eller løfte kvaliteten. De frygter i stedet, at kravet kan medføre, at velfungerende behandlingstilbud risikere at skulle lukke.

FLOR ser det foreslåede krav om aftaleindgåelse med to kommuner som et skridt på vejen. De ønsker en præcisering af aftalernes indhold, herunder rækkevidde, takstfastsættelse, varighed, opsigelighed m.v. FLOR peger dog på den optimale løsning, hvor KKR fællesskaberne er det rette aftaleforum for indgåelse af aftaler med private aktører.

FOA mener ikke, at den nye model kan bidrage til et omkostningseffektivt marked men foreslår i stedet, at vurderingen bliver gjort til et centralt anliggende, så der sikres mere ensartethed og høj kvalitet på tværs af landets tilbud. De støtter imidlertid kravet om, at aftalerne fremadrettet skal være skriftlige.

Foreningen af kommunale social- sundheds- og arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD) finder det positivt, at der stilles krav om skriftlige aftaler og at der fremadrettet skal indgås aftale med minimum to kommuner, og at det vil styrke gennemsigtigheden og overordnet set skabe større troværdighed omkring aftalerne. De anbefaler en kvalitetssikring af aftalerne, at alle kommuner får mulighed for at stille spørgsmål om faglighed og kapacitet og at der udarbejdes en konkret skabelon for aftalerne mellem aktørerne.

FSD finder det dog vanskeligt at bringe en aftale mellem en privat leverandør og en kommune til ophør. De anbefaler en automatisk tidsbegrænsning på to år samt gennemgang af aftalerne af socialtilsynet.

KABS støtter krav om indgåelse af skriftlige aftaler mellem et private behandlingssted og minimum to kommuner. KABS opfordrer til vejledning i aftalernes indhold og en præcisering af, af aftalerne skal indeholde bestemmelser om aftalens gyldighedsperiode og vilkår ved mislighold af aftalen.

KL mener ikke, at det foreslåede krav om aftaleindgåelse med to kommuner ændrer på, at de øvrige betalingskommuner ikke har nogen indflydelse på, hvad indholdet i behandlingen skal bestå af og udtrykker bekymring for, at modellen ikke vil kunne sikre en mere ensartet kvalitet eller tilstrækkelige forskelligartede tilbud, og dermed ikke sikre kommunerne en bedre styring. KL foreslår derfor en tværkommunal model, hvor aftaleindgåelse forankres i regi af KKR.

Lægeforeningen bakker op om, at det foreslåede krav om, at private behandlingssteder fremover skal indgå aftaler med mindst to kommuner må formodes at medføre en forbedret kvalitet blandt de mindste private behandlingssteder.

Novavi udtrykker bekymring for, om det foreslåede krav om aftaleindgåelse med to kommuner vil betyde, at borgerens frie valg mindskes. Novavi er enig i, at krav om skriftlige samarbejdsaftaler skaber et mere tydeligt fundament for samarbejdet.

Ringgården foreslår en akkrediteringsmodel, hvor en institution skal kunne redegøre for alle elementer af sin behandling og hvor et kompetent, uvildigt udvalg bedømmer institutionen. På baggrund af akkreditering, skal Socialtilsynet løbende fører tilsyn med behandlingsstedet. Ringgården mener ikke at det er nødvendigt, at aftalerne skal offentliggøres på Tilbudsportalen.

Rådet for Socialt Udsatte er bekymrede for, at kravet om, at private behandlingssteder skal indgå aftale med minimum to kommuner kan medføre et mindre udbud af private behandlingssteder og at der derfor bliver færre alternativer til den kommunale behandling, hvilket især kan være et problem i udkantkommuner. De ser positivt på indførelsen af skriftlighedskrav til aftalerne. Rådet foreslår, at vurderingen af behandlingstilbud gøres til et centralt anliggende for at sikre mere ensartethed, sammenhæng mellem pris og kvalitet, og en generel høj kvalitet på tværs af landets private og offentlige tilbud.

SDU foreslår, at det private tilbud, herunder satellitter, skal have en skriftlig aftale med den kommune, som tilbuddet eller afdelingen af tilbuddet er fysisk placeret i. Det vil sikre, at borgerne på den ene side kan vælge frit at rejse til andre kommuner og stadig få den gode, vederlagsfrie behandling som disse kommunerne tilbyder selv eller tilbyder via private aktører, som de har tegnet kontrakt med, men også på den anden side forebygge, at enkeltkommuner kan invaderes af behandlingstilbud i en ureguleret markedsstruktur, hvor kommunerne skal betale regningen uden mulighed for at sikre sammenhæng i indsatserne.

Selveje Danmark mener, at kravet om, at et privat tilbud skal indgå en aftale med to kommuner for at levere behandling, reelt umuliggør, at nye private alkoholbehandlingstilbud, herunder også selvejende tilbud, kan etablere sig.

Socialpædagogerne udtrykker bekymring over for det nye krav og mener, at kvalitetskontrollen med de sociale og sundhedsfaglige ydelser på dette område entydigt skal ligge hos socialtilsynene, arbejdstilsyn og de sundhedsfaglige tilsyn og ikke henlægges til aftaler mellem kommuner og private leverandører.

Sundhed Danmark støtter ikke forslaget om, at der fremadrettet skal stilles krav om, at et privat behandlingssted skal indgå skriftlig aftale med to forskellige kommuner, før

behandlingsstedet kan tilbyde alkoholbehandling og mener, at forslaget vil ramme alkoholbehandlingsstederne forskelligt, idet det alt andet lige er nemmere for de store behandlingssteder at indgå aftaler med flere kommuner end de små.

Kommentar:

Det bemærkes, at der generelt er tilfredshed med indførelsen af skriftlighedskrav. Ministeriet bemærker endvidere, at formålet med offentliggørelse af aftaler på Tilbudsportalen er at skabe gennemsigtighed på området.

For så vidt angår indhold i aftaler og bestemmelser om aftaleophør bemærker ministeriet indledningsvist, at der er aftalefrihed. Dertil bemærker ministeriet, at det foreslås, at sundheds- og ældreministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om aftalens indgåelse og indhold. Det tilsigtes dog, at der på bekendtgørelsesniveau vil blive fastsat regler om, at aftalerne bl.a. skal tage stilling til, om aftalen omhandler ambulant, dag- og/eller døgnbehandling, taksten for de forskellige intensiteter af behandling for alkoholmisbrug, som er omfattet af aftalen, hvorvidt aftalen omfatter flere afdelinger, og fastsættelse af udløbstidspunkt for aftalen, samt at aftaleparterne skal give socialtilsynet besked om evt. opsigelse af aftalen før udløbstidspunktet.

For så vidt angår den foreslåede ordning er der modtaget blandede høringsvar. Flere høringsparter mener ikke, at modellen vil kunne opfylde det tilsigtede mål, ligesom flere frygter, at den foreslåede ordning vil mindske borgerens frie valg, fordi der vil være færre behandlingssteder at vælge imellem. Det påpeges særligt som et problem i udkantssområder.

Ministeriet foreslår derfor på baggrund af de indkomne høringsvar at ændre modellen for aftaleindgåelse. Det foreslås således at gøre aftaleindgåelsen til et tværkommunalt anliggende ved at stille krav om, at et privat behandlingssted for at være omfattet af borgerens frie valg af ambulant behandlingssted skal indgå skriftlig aftale med mindst én kommune, som er bemyndiget af mindst én anden kommune til at indgå aftaler med private alkoholbehandlingssteder. Det forventes, at kommunerne vil benytte de fem kommunekontaktråd (KKR) under KL til indgåelse af aftalerne med private behandlingssteder. Således samles indgåelse af aftaler på færre enheder, hvilket forventes at skabe bedre rammer og mulighed for at stille krav til mere ensartethed i behandlingskvaliteten, sænke takstniveauet og sikre større gennemsigtighed, så kommunerne får lettere ved at vurdere og sammenligne behandlingsstederne på tværs af landet.

Ministeriet forudsætter, at kommunerne ved aftaleindgåelsen med de private leverandører søger at sikre, at borgerne har en reel mulighed for at benytte det frie valg på området, under forudsætning af at behandlingsstederne kan levere behandlingen med den fornødne kvalitet under rimelige vilkår.

Det er samlet set Sundheds- og Ældreministeriets vurdering, at de ovenstående ændringer sammen med Socialtilsynets godkendelse vil medføre et væsentligt løft af området, ligesom der vil komme øget gennemsigtighed på tværs af behandlingstilbud og kommuner.

4. Takst- og prisberegning

Dansk Erhverv foreslår, at der stilles krav om revision på enhedsniveau at såvel offentlige som private leverandører.

Dansk Socialrådgiverforening og Faggruppen Alkoholbehandlere under Dansk Socialrådgiverforening støtter forslaget om, at prisen for behandlingen skal afspejle de faktiske omkostninger.

FLOR finder det uklart, hvem der har opgaven med og retten til at fastsætte takster.

FOA foreslår, at der indføres retningslinjer for godkendelse af private leverandører, der som minimum pålægger at anvende omkostningsbestemte priser og så der er samme krav til hhv. offentlige og private tilbuds prisberegning.

FSD og Novavi efterspørger en beregningsmodel for takster, hvad tilbuddet præcist indeholder og at der er sammenhæng mellem pris og kvalitet i behandlingen.

KABS mener, at takstberegninger og omkostningsægthed bør være reguleret i generel lovgivning og KKR styringsaftaler fremfor at være en del af en lokal skriftlig aftale.

KL mener, at det med den kommunale forpligtelse ikke er tilstrækkeligt for kommunerne at vide, hvad de betaler for, men at kommunerne ønsker indflydelse på hvilke ydelser, der skal leveres og til hvilken pris. KL finder det ikke hensigtsmæssigt, at da kommunen ikke nødvendigvis har indgået en aftale med det pågældende private behandlingssted og da borgere kan modtage ambulant behandling uden forudgående kommunal visitation, står det den private leverandør frit for at beslutte, hvilke ydelser borgeren tilbydes.

Ringgården finder det ikke nødvendigt at opsplitte prisen for samtlige ydelser i et behandlingsforløb, herunder at man skal specificere, hvilke ydelser man får for hvilke takster.

Selveje Danmark finder det uhensigtsmæssigt, at de øvrige kommuner, som måtte anvende det private behandlingstilbud, kun forpligtet på at betale den takst, som der er fastlagt ved indgåelsen af aftale mellem det private tilbud og kommunalbestyrelserne. Hertil bemærker Selveje Danmark, at det ikke kan "forudsættes, at offentlige behandlingssteder leverer den forventede kvalitet til en passende takst". Det er tværtimod Selveje Danmarks oplevelse, at en række af de kommunale alkoholbehandlingstilbud er af så lav intensitet, at det er vanskeligt at se, hvordan det kommunale tilbud kan levere en tilstrækkelig behandlingseffekt og kvalitet.

Kommentar:

Det er ministeriets opfattelse, at de gældende regler kan give anledning til tvivlsspørgsmål om fastsættelse af takster i forbindelse med offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug. Det er endvidere ministeriets opfattelse, at det efter de gældende regler uklart for kommunerne, hvilke udgifter de skal afholde til behandling for alkoholmisbrug, herunder hvilke takster behandlingsstederne kan opkræve. Det er endvidere ministeriets opfattelse, at der er tvivl om betaling for behandling for borgere, der har gjort brug af sit frie valg. Ministeriet finder på den baggrund, at det vil være hensigtsmæssigt med en præcisering af bestemmelserne for betaling for behandling for alkoholmisbrug.

Ministeriet vurderer det hensigtsmæssigt at fastsætte regler om, at der ved aftaleindgåelse skal tages stilling til takstfastsættelsen. Ministeriet vurderer endvidere, at det er hensigtsmæssigt, såfremt et givent behandlingssted ikke har fastsat en takst, fastsættes en pris, som svarer til de faktiske udgifter ved at levere behandlingen.

Ministeriet finder det imidlertid ikke nødvendigt at fastsætte taksterne eller en fast beregningsmodel. Det skyldes, at taksten vil kunne variere alt efter behandling, beliggenhed og øvrige omstændigheder.

Bemærkningerne giver således ikke anledning til ændring af lovforslaget.

5. Præcisering af bestemmelser om frit valg af behandlingssted, kommunal visitation, ret til anonym ambulant behandling og behandlingsgaranti på 14 dage

Blå Kors, Novavi og Selveje Danmark finder det meget positivt, at der i lovforslaget tydeligt fremgår, at borgeren har selvbestemmelse ift., hvor borgeren ønsker sin behandling.

Dansk Erhverv, Novavi, Rådet for Socialt Udsatte og Socialpædagogerne finder det positivt, at det præciseres, at ambulant behandling og rådgivning kan foregå anonymt.

Dansk Socialrådgiverforening og Faggruppen Alkoholbehandlere under Dansk Socialrådgiverforening hilser præciseringerne omkring betingelserne for dag- og døgnbehandling velkommen og påpeger, at det styrker gennemsigtigheden, at det nuværende retspraksis om ret til frit valg inden for dag- og døgnbehandling gøres eksplicit i lovteksten.

KABS ønsker en præcisering af, i hvilke situationer offentlige behandlingssteder kan afvise personer, som gør brug af det frie valg.

KL er enig i, at der er tvivlsspørgsmål om visitationen til dag- og døgnbehandling. KL udtrykker dog bekymring for, at det er muligt at overholde behandlingsgarantien på 14 dage, da der ofte er tale om borgere med både rusmiddelproblemer og behov for somatisk og psykiatrisk udredning, som er nødvendige for korrekt visitation. KL efterspørger derfor en tydeliggørelse af, hvilke initiativer der skal være sat i værk for, at kommunerne overholder behandlingsgarantien.

Novavi og Statens Institut for Folkesundhed savner en præcisering af, hvad der ligger i ordet "iværksat".

Ringgården mener, at der skal ske en faglig visitation af borgeren inden, at denne frit kan vælge et behandlingssted.

Selveje Danmark finder det positivt, at det bliver præciseret, at rådgivning om og ambulant behandling for alkoholbehandling skal ydes anonymt, hvis borgeren ønsker det. Selveje Danmark foreslår, at borgere i anonym alkoholbehandling, senest 14 dage efter opstart af behandlingen, skal kontakte egen læge og bekræfte at være gået i behandling. Borgerens læge vil herefter over for kommunen kunne bekræfte, at en borger fra kommunen er gået i behandling på det pågældende private behandlingstilbud, samtidig med at borgerens anonymitet i relation til kommunen vil kunne opretholdes.

Statens Institut for Folkesundhed foreslår, at man kræver af private behandlingssteder at man kun kan afkræve en kommune finansiering af en borgers ophold såfremt man har en aftale med borgerens bopælskommune.

Kommentar:

Det overordnede formål med bestemmelserne er, at borgere får den rette behandlingsindsats, mens borgeren er motiveret for at komme i behandling. Sundheds- og Ældreministeriet bemærker, at formålet med retten til anonymitet er at fjerne en barriere for personer, som har et alkoholmisbrug, men som f.eks. ikke ønsker, at kommunen bliver opmærksom på, at denne modtager behandling for alkoholmisbrug. Retten til anonymitet vedrører alene personer i ambulant behandling.

Ministeriet bemærker endvidere, at baggrunden for, borgeren ikke skal visiteres af kommunen til ambulant behandling, hænger sammen med borgerens ret til at

modtage ambulant behandling anonymt. Det ville formentligt begrænse nogle borgeres tilbøjelighed til at tage imod et behandlingstilbud, hvis det krævede visitation fra kommunen.

Ministeriet bemærker endvidere, at der gælder krav om kommunal visitation ved dag- og døgnbehandling. Det skyldes, at kommunen skal have mulighed for at tilrettelægge en helhedsorienteret indsats for personen og f.eks. afdække, om personen har behov for flere eller yderligere indsatser.

Det fremgår af pkt. 2.3.1 i de almindelige bemærkninger, at offentlige behandlingssteder, herunder bopælskommunens egne, kun kan afvise at modtage en person, som har valgt behandlingsstedet, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige hensyn. En afvisning af kapacitetsmæssige hensyn kan f.eks. begrundes i, at modtagelse af en person, som har valgt behandlingsstedet, vil indebære en risiko for, at en kommune ikke vil kunne opfylde sin forpligtigelse til at tilbyde egne borgere misbrugsbehandling, hvor behandlingen i overensstemmelse med kommunens tilrettelæggelse af tilbuddet sædvanligvis finder sted, eller en risiko for, at en kommune eller en region ikke vil kunne opfylde sin forpligtigelse til efter aftale med en kommune at tilvejebringe tilbud om behandling for alkoholmisbrug til kommunens borgere.

Borgere har haft ret til behandling inden for 14 dage siden 1. januar 2005. Retten blev indført i forbindelse med kommunalreformen, hvor kommunerne fik behandlingsforpligtelsen for alkoholområdet. Ministeriet vurderer derfor ikke, at præciseringen i lovgivningen giver anledning til udfordringer. Dertil bemærkninger ministeriet, at en tilsvarende beskrivelse af behandlingsgarantien findes i sundhedslovens § 142 om lægelig stofmisbrugsbehandling. Denne beskrivelse har ministeriet bekendt ikke gives anledning til tvivl. Ministeriet bemærker, at flere høringsparter efterspørger en beskrivelse af, hvad der ligger i "iværksættelse af behandling". Bemærkningerne har således givet anledning til mindre ændringer i lovforslaget.

6. Definitioner, indhold i behandling, faglige minimumsstandarder og krav til uddannelse
Alkohol & Samfund, Blå Kors, FLOR, FOA, Rådet for Socialt Udsatte, SDU og Socialpædagogerne finder det positivt, at der fastsættes definitioner af ambulant, dag- og døgnbehandling.

Alkohol & Samfund, KL og Statens Institut for Folkesundhed giver udtryk for, at der er behov for regulering af virtuel behandling.

Alkohol & Samfund, Dansk Socialrådgiverforening og Faggruppen Alkoholbehandlere under Dansk Socialrådgiverforening, en privatperson, FLOR, FOA, FSD, KABS, KL, Lægeforeningen, Ringgården, Statens Institut for Folkesundhed og Sundhed Danmark savner, at der med lovforslaget indføres nationale kvalitetsstandarder for behandling for alkoholmisbrug og at stilles krav til indholdet i behandlingen.

Blå Kors, Lægeforeningen, SDU og Statens Institut for Folkesundhed savner, at der fastsættes krav om fagkompetencer for personer og krav til uddannelsesniveaue hos behandlerpersonalet.

FLOR og KABS påpeger behovet for en fælles lovgivning for offentligt finansieret alkohol- og stofmisbrugsbehandling og uddannelse.

Novavi savner, at der stilles krav om, at alle behandlingstilbud skal følge Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for alkoholbehandling.

Kommentar:

For så vidt angår virtuel behandling tilsigtes en afgrænsning heraf i bekendtgørelsesarbejdet i forbindelse med fastsættelse af nærmere regler om ambulant, dag- og døgnbehandling.

For så vidt angår alkoholbehandleruddannelse pågår der et arbejde i Sundhedsstyrelsen. Det falder således uden for lovforslagets område.

Kommentar vedr. indhold i behandling:

Dette lovforslag har til formål at skabe bedre rammer for kommunernes styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug samt afklare de tvivlsspørgsmål, som dele af lovgrundlaget giver anledning til. En løsning af de styringsmæssige udfordringer skal ses som en løftestang på området, og der tages således med lovforslaget et væsentligt skridt på vejen mod at styrke kvaliteten i behandlingen for alkoholmisbrug. Med lovforslaget understøttes et løft af kvaliteten ved at skabe bedre rammer for styring af den offentligt finansierede behandling for alkoholmisbrug.

Ministeriet anerkender, at der fra flere sider, herunder gennem Sundhedsstyrelsens Servicetjek fra 2019 peges på et behov for fagligt bindende kvalitetsstandarder. Ministeriet finder dog, at det falder uden for området for lovforslaget.

Sundheds- og Ældreministeriet vurderer således, at bedre styring med behandling for alkoholmisbrug vil medføre et løft i kvaliteten, og lovforslaget er således et væsentligt skridt hen imod højere kvalitet.

7. Forslag til ændringer, der falder uden for lovforslaget

Socialtilsynet

Alkohol & Samfund, Blå Kors, FLOR, FSD foreslår, at der stilles flere krav til socialtilsynets godkendelsesproces.

Dansk Erhverv finder det problematisk, at private behandlingssteder underlægges stramme godkendelseskrav og finder, at socialtilsynets godkendelse er tilstrækkelig for at kunne yde behandling.

Dansk Socialrådgiverforening og Faggruppen Alkoholbehandlere under Dansk Socialrådgiverforening finder, at den faglige kvalitet i behandlingstilbuddene og gennemsigtigheden omkring både tilbuddenes faglige profil og økonomi skal sikres ved at udvide socialtilsynets beføjelser. De mener, at tilsynet kan gå mere kritisk til værks i forhold til at sikre, at den faglige kvalitet er i orden ved øget fokus på lægefaglighed i tilbuddene og på de øvrige medarbejderes behandlingsmæssige kompetencer, og at tilsynet kan øge fokus på tilbuddenes takster og fornuftig sammenhæng mellem pris og kvalitet.

KL foreslår, at satellitter af behandlingssteder skal indgå individuelle kontrakter og godkendes selvstændigt af socialtilsynet.

Selveje Danmark mener, at den nuværende ordning, hvor socialtilsynet træffer afgørelse om, hvorvidt det konkrete tilbud er omfattet af socialtilsynets godkendelse og tilsyn, bør bringes til ophør, og at der i stedet skal sikres uvildigt tilsyn og kvalitetskontrol med alle alkoholbehandlingstilbud bør alle tilbud efter §141 i sundhedsloven pr. definition blive underlagt Socialtilsynet.

Statens Institut for Folkesundhed opfordrer til, at der i forbindelse med en eventuel bekendtgørelse udarbejdes vidensbaserede bindende kliniske retningslinjer til baggrund for socialtilsynenes godkendelse og driftsorienterede tilsyn.

Sundhed Danmark mener, at alle behandlingstilbud – ambulante og døgntilbud – bør godkendes af socialtilsynet, hvorefter den enkelte borger skal have mulighed for frit at vælge behandlingssted, såfremt valget ligger inden for det, vedkommende er visiteret til. Hermed sikres det, at alle godkendelser sker ud fra et nationalt, ensartet og objektivt grundlag.

Behandling til pårørende, dobbeltbelastede og familieorienteret behandling

Dansk Socialrådgiverforening og Faggruppen Alkoholbehandlere under Dansk Socialrådgiverforening og Alkohol & Samfund anbefaler, at der sikres et behov til pårørende til mennesker med alkoholafhængighed.

Dansk Socialrådgiverforening og Faggruppen Alkoholbehandlere under Dansk Socialrådgiverforening påpeger behovet for at sikre den intensitetsmæssigt rigtige behandling for borgere med dobbeltdiagnose.

SDU mener, at kommunerne skal forpligtes til at sikre en bred vifte af behandlingstilbud, herunder familieorienterede behandlingstilbud, individuelle behandlingstilbud m.v.

Kommentar:

Flere hørings svar stiller forslag til ændringer på området, som falder uden for lovforslaget, men som kan medføre forbedringer på området. Ministeriet anerkender, at de foreslåede tiltag kan medføre forbedring af området. Ministeriet finder dog ikke på nuværende tidspunkt grundlag for at inddrage de ovennævnte ændringer i lovforslaget. Der kommenteres således ikke videre på de nævnte bemærkninger eller forslag i høringsnotatet.

B) Mellemkommunal refusion

ATO mener, at socialtandplejen skal være omfattet af den foreslåede ordning om mellemkommunal refusion for sundhedsydelse på lige fod med de øvrige kommunale sundhedsindsatser, samtidig med at der indføres en separat refusionsordning for socialtandplejen.

Blå Kors, Danske Handicaporganisationer, Danske Erhverv, FLOR, KABS, KL, Lægeforeningen, Novavi, Rådet for Socialt Udsatte, Selveje Danmark og Sundhed Danmark støtter den foreslåede ordning om mellemkommunal refusion for sundhedsydelse.

Dansk Erhverv støtter forslaget om bopælskommunens ret til mellemkommunal refusion, da ændringen kan bidrage positivt til etableringen og tilstedeværelsen af offentlige og private behandlingstilbud på området i den enkelte kommune, fordi kommunens økonomi ikke belastes.

Danske Regioner finder det positivt, at det økonomiske ansvar samles hos betalingskommunen.

KL støtter indførslen af mellemkommunal refusion og mulighed for indregning af sundhedsudgifterne i taksten for sociale tilbud og finder, at det vil kunne afhjælpe nogle af de udfordringer, som kommunerne oplever i forhold til levering af sundhedsydelse, der opholder sig på sociale tilbud. KL er enig i, at der er en række udfordringer i forhold til, at det er opholdskommunen, der leverer og betaler for en række sundhedsydelse til udsatte

borgere, der opholder sig på tilbud under serviceloven i andre kommuner end bopælskommunen.

Rådet for Socialt Udsatte er enig i, at det er afgørende for socialtandplejens succes, at borgerne kan få hjælp der, hvor de opholder sig. Rådet er enig i, at socialt udsatte skal sikres en let og smidig adgang til socialtandplejen der, hvor de opholder sig.

Selveje Danmark støtter lovforslaget. Selveje Danmark finder det relevant og helt rimeligt, at der med lovforslaget skabes hjemmel til, at bopælskommunen kan få refusion for nogle af de sundhedsudgifter, der knytter sig til borgere fra andre kommuner. Lovforslaget er med til at sikre, at det ikke er en økonomisk belastning for den enkelte kommune at huse et behandlingstilbud med borgere fra andre kommuner, som har brug for kommunale sundhedsydelser, hvad enten det er privat eller offentligt. Selveje Danmark ser også retten til mellemkommunal refusion som vigtig i forhold til at sikre, at det ikke er en økonomisk belastning for en kommune at have et ikke-offentlig behandlingstilbud, som typisk har borgere fra mange kommuner, beliggende i kommunen.

Danske Regioner finder det uklart, om lovforslaget indebærer, at udgifterne til de sundhedsfaglige udgifter, som borgere har behov for at modtage under et ophold på et socialt botilbud, skal finansieres af samme kommune, som skal finansiere den øvrige del af tilbuddet i henhold til serviceloven.

Selveje Danmark påpeger, at det er vigtigt, at udgifter til forbindingsstoffer bliver betragtet som en del af hjemmesygeplejen, så der også kan opnås mellemkommunal refusion for disse udgifter, ligesom de opfordrer til, at hjemlen til mellemkommunal refusion udvides til flest mulige kommunale sundhedsydelser.

FLOR og KL finder det uklart, hvem der skal inddrive udgiften.

Dataproces mener ikke, at lovforslaget omfatter alle de relevante borgere og anbefaler, at retten til mellemkommunal refusion efter sundhedsloven udstrækkes. Dataproces finder det uklart, i hvilket omfang kommunen skal have medvirket til, at borgeren får ophold i en ny kommune.

KL finder det uklart, hvilke borgere, kommuner kan indhente refusion for. KL påpeger, at ved at begrænse muligheden for mellemkommunal refusion for ydelser efter sundhedsloven til de borgere, der er direkte visiteret til deres nuværende tilbud, afskærer man bopælskommuner fra at indhente refusion for borgere, der er tilflyttet kommunen via borgerens brug af retten til frit valg. KL påpeger endvidere, at mange kommuner har omdannet deres plejehjem og sociale tilbud efter serviceloven til boliger efter almenboligloven, hvilket ikke er omfattet af lovforslagets ordlyd.

FLOR, KABS og KL efterspørger en præcisering af, om muligheden for mellemkommunal refusion også gælder borgere på herberger og krisecentre, hvor borgeren opholder sig uden medvirken fra bopælskommunen.

KL anbefaler, at nye regler om mellemkommunal refusion for sundhedsydelser skrives ind i lov om retssikkerhed og administration på den sociale område i stedet for eller parallelt med en ændring af sundhedsloven. KL peger på, at refusionen hermed vil gælde de samme borgere, som allerede kan få refusion efter retssikkerhedsloven og at refusionen også vil omfatte borgere, der opholder sig på øvrige botilbud, herunder fx boliger ophørt efter almenboligloven.

Dataprocess og KL påpeger, at det ikke vil være muligt at få afgjort eventuelle uenigheder mellem kommuner om deres forpligtelser ved Ankestyrelsen, hvorfor disse vil skulle indbringes direkte for domstolene, hvilket de finder uhensigtsmæssigt, når der er mulighed for afgørelse ved Ankestyrelsen for mellemkommunal refusion efter retssikkerhedsloven.

Kommentar:

Der er enighed om, at det er hensigtsmæssigt at indføre mulighed for mellemkommunal for sundhedsydelse. Det er dog på baggrund af de indkomne høringssvar blevet klart, at det ikke på nuværende tidspunkt har været muligt at afgrænse muligheden tilstrækkeligt i en sådan grad, at der ikke er tvivl om, for hvilke borgere og mellem hvilke kommuner, der er mulighed for mellemkommunal refusion.

Bl.a. KL har i deres høringssvar påpeget, at det med lovforslagets foreslåede model f.eks. ikke er klart, om modellen skal omfatte borgere, der er tilflyttet kommunen via borgerens frie valg eller om modellen skal omfatte borgere på tilbud efter almenboligloven.

Sundheds- og Ældreministeriet har derfor på baggrund af høringssvarene besluttet, at lovforslagets del om etablering af mulighed for mellemkommunal refusion på sundhedsområdet udskydes. Ministeriet finder, at der er behov for yderligere at udrede, hvordan en ny mulighed for mellemkommunal refusion for udgifter til sundhedsydelser, der leveres til borgere på sociale botilbud kan etableres.

Sundheds- og Ældreministeriet har dog besluttet at forsætte med fremsættelsen af lovforslagets del om den særlige refusionsordning for socialtandplejen efter sundhedslovens § 134 a, således at det ikke bliver en hindring for borgere, der er omfattet af tilbuddet om tandpleje efter sundhedslovens § 134 a, stk. 1, at borgeren eventuelt opholder sig i en anden kommune end den kommune, hvor borgeren er bopælsregistreret.

C) Indregning af sundhedsydelser i taksten for tilbud efter lov om social service

Danske Handicaporganisationer, KL, Novavi og Sundhed Danmark støtter lovforslaget og finder, at det kan være med at understøtte en velfungerende organisering af de sociale tilbud, ligesom det vil kunne afhjælpe nogle af de udfordringer, som kommunerne oplever i forhold til levering af sundhedsydelser, der opholder sig på sociale tilbud.

Dansk Erhverv, Selveje Danmark og Sundhed Danmark finder det uhensigtsmæssigt, hvis enkelte tilbud selv kan beslutte, om visse sundhedsudgifter skal indregnes i taksten, da manglende gennemsigtighed og sammenlignelighed kan vanskeliggøre styring og udvikling af kvalitet på området.

Danske Handicaporganisationer og KL efterspørger en positiv afgrænsning af, hvilke sundhedsfaglige udgifter, der kan indregnes.

KABS og FLOR ønsker en præcisering af, om opholdskommunen er berettiget til mellemkommunal refusion hos bopælskommunen i de tilfælde, hvor borgeren har behov for sundhedsydelser ved ophold på herberg eller krisecenter, som ofte drives af regioner eller private.

Kommentar:

Indførelse af hjemmel til indregning af sundhedsydelser i taksten for tilbud efter lov om social service knytter sig til lovforslagets del om etablering af hjemmel til mellemkommunal refusion for sundhedsydelser.

Der er bred enighed i høringssvarene om, at det er hensigtsmæssigt at indregne udgifter til sundhedsydelse i taksten for sociale tilbud. Det har imidlertid vist sig vanskeligt at afgrænse, hvilke sundhedsfaglige udgifter, der kan indregnes.

Som følge af at ministeriet har besluttet ikke at fremsætte lovforslagets del om etablering af mulighed for mellemkommunal refusion på sundhedsområdet på nuværende tidspunkt, vurderes det ikke muligt at fremsættes denne del af lovforslaget.

Ministeriet har derfor besluttet at lade delen om indregne udgifter til sundhedsydelse i taksten for sociale tilbud udgå fra lovforslaget.

Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (herefter psykiatriloven)

Danske Regioner finder det positivt, at nugældende § 15, stk. 1 og 2, samlet til ét stykke for at afspejle flytningen ved lovændringen af 2015 af beslutningskompetencen. De efterspørger mulighed for registrering af brug af en enkelt rumme begrundet i patientens kropsbygning.

De foreslår en præcisering af lovens § 24, så det anføres direkte, at patientrådgiveren beskikkes i motivationsfasen ved påtænkt beslutning om tvangsbehandling. De foreslår endvidere en klagefrist for patientens mulighed for at indbringe klage over tvang til Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Kommentar:

Det fremgår bl.a. af psykiatrilovens § 24, at der beskikkes en patientrådgiver for enhver, der undergives tvangsbehandling. Det fremgår videre af stk. 2, at patientrådgiveren skal vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling.

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1075 af 27. oktober 2019 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger § 3, stk. 4, at forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling skal patienten så vidt muligt have haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Sundheds- og Ældreministeriet har taget bemærkningerne om ordlyden i § 24 til orientering. Sundheds- og Ældreministeriet finder dog ikke på nuværende tidspunkt anledning til at ændre ordlyden i § 24, da den nuværende ordlyd i lovens § 24 ikke afskærer patienten fra at drøfte en eventuel tvangsbehandling med en patientrådgiver.

Ministeriet finder endvidere, at patienter ofte udsættes for tvang, mens de er i en sådan tilstand, at de ikke er i stand til at forstå den tvang, de udsættes for til fulde. Der kan således være patienter, som først efter flere år når frem til en beslutning om, at et givent tvangsindgreb var over deres grænse, og at de ønsker at klage herover. Ved at fastsætte en frist i loven for, hvor længe patienten har mulighed for at indbringe klage over tvangsindgreb til Det Psykiatriske Patientklagenævn, risikerer man at afskære patienter fra muligheden for at klage, fordi de ikke har forstået tvangsindgrebets karakter før end efter en årrække.

Bemærkningerne har således ikke ført til ændring af lovforslaget.