



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10
1216 København K.

Im@im.dk

07-01-2005

Birgitte Bælum

e-mail: bib@arf.dk

Høringssvar vedrørende forslag til "Lov om forpligtende kommunale samarbejder"

Indenrigs- og sundhedsministeriet har den 1. december 2004 sendt et forslag til lov om forpligtende kommunale samarbejder i høring. Ministeriet har anmodet om bemærkninger senest den 7. januar 2005.

Amtsrådsforeningen har ingen bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen

Kristian Ebbensgaard

/ Lone Vingtoft

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

E-post: arf@arf.dk
Tlf. 3529 8100
Fax 3529 8300



Amtsråds- foreningen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

im@im.dk

07-01-2005

Lone Vingtoft

e-mail: lvi@arf.dk

Forslag til lov om kommunale borgerservicecentre

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 sendt et forslag til lov om kommunale borgerservicecentre i høring med svarfrist den 7. januar 2005.

Målet med loven er at fremme, at kommunalbestyrelserne frivilligt opretter borgerservicecentre, som kan fungere som borgernes indgang til den offentlige sektor.

Loven skaber hjemmel til, at et borgerservicecenter kan varetage administrative borgerbetjeningsopgaver for andre myndigheder, som disse myndigheder kan og vil overlade til kommunen.

Som eksempler på opgaver, som kan varetages i kommunale borgerservicecentre, nævner lovforslaget bl.a. de administrative opgaver på sygesikringsområdet, som kommunerne allerede i dag udfører (udstedelse af sygesikringsbeviser, lægeskift, skift af sygesikringsgruppe mm).

Amtsrådsforeningen har ingen bemærkninger til lovforslaget, idet foreningen forudsætter, at borgerservice på sundhedsområdet generelt reguleres i forslag til lov om offentlig sundhed.

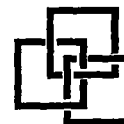
Med venlig hilsen

Kristian Ebbensgaard

/ Lone Vingtoft

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

E-post: arf@arf.dk
Tlf. 3529 8100
Fax 3529 8300



Amtsråds- foreningen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10
1216 København K.

Im@im.dk

07-01-2005

Birgitte Bælum

e-mail: bib@arf.dk

Høringsvar vedrørende "Lov om revision af den kommunale inddeling"

Indenrigs- og sundhedsministeriet har den 1. december 2004 sendt et forslag til lov om revision af den kommunale inddeling i høring. Ministeriet har anmodet om bemærkninger senest den 7. januar 2005.

Amtsrådsforeningen har ingen bemærkninger til lovforslaget.

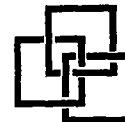
Med venlig hilsen

Kristian Ebbensgaard

/ Lone Vingtoft

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

E-post: arf@arf.dk
Tlf. 3529 8100
Fax 3529 8300



Amtsråds- foreningen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Forslag til lov om ændring af Lov om Begunstigelser for en Kreditforening af Kommuner i Danmark

07-01-2005

Anders Andersen
E-mail: aa@arf.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 sendt Forslag til lov om ændring af Lov om Begunstigelser for en Kreditforening af Kommuner i Danmark i høring.

Lovforslaget indebærer konsekvensrettelser af den gældende lov, således at regioner vil kunne være medlem af Kreditforeningen af kommuner i Danmark, og således at foreningen vil kunne yde lån til regionerne på samme vilkår som til kommunerne.

Amtsrådsforeningen har ikke bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen

Kristian Ebbensgaard

Dorte Hansen Thrige

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

E-post: arf@arf.dk
Tlf. 3529 8100
Fax 3529 8300

NOTAT

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K


**Amtsråds-
foreningen**

07-01-2005

J.nr. 011-471399

Rikke Margrethe Friis/

Marianne Skoven

Tel. 35 29 82 76

Høringssvar over lovforslag om regioners finansiering

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har 01-12-2004 fremsendt forslag til lov om regioners finansiering til Amtsrådsforeningen og anmodet om bemærkninger senest 07-01-2005.

Amtsrådsforeningen skal indledningsvis bemærke, at lovforslaget om regionernes finansiering ikke indeholder alle finansieringselementerne i regionernes økonomi. Nogle af elementerne fremgår af andre lovforslag, og der henvises til nogle af disse i bemærkningerne til lovforslaget om regionernes finansiering, og andre henvises der slet ikke til. Lovforslaget muliggør ikke et samlet overblik over regionernes samlede finansiering.

I Amtsrådsforeningens bemærkninger til lovforslaget om regionernes finansiering vil der indgå bemærkninger til de finansieringselementer der fremgår af andre lovforslag, ligesom der vil indgå bemærkninger om finansieringen af regionernes opgaver af Amtsrådsforeningens høringssvar til lovforslagene på sektorområderne sundhed, social, kollektiv trafik, undervisning og erhvervsfremme.

Opdeling i tre kasser

Det fremgår af lovforslaget og bemærkningerne hertil, at regionernes økonomi består af tre særskilte områder: sundhedsområdet, udviklingsopgaver og drift af institutioner på social- og undervisningsområdet, at alle regionernes udgifter og indtægter skal henføres til et af de tre regionale aktivitetsområder, og at reglerne om regionernes administration af likvide aktiver mv. vil blive fastlagt sådan, at det sikres, at der ikke overføres midler mellem de tre områder.

Opdeling af regionernes økonomi i tre kasser komplicerer den regionale økonomistyring, da der hvert år skal være balance inden for hvert sektorområde. Det er i klar modsætning til den gældende økonomistyring i stat, amter og kommuner i dag, hvor de samlede indtægter finansierer de samlede udgifter. Opdeling i sektorkasser vanskeliggør en sammentænkning af regionernes opgaver og prioritering på tværs af opgaverne. En opdeling af opgaverne i særskilte kasser forudsætter, at det er muligt og naturligt at afgrænse opgaverne fuldstændigt. Det vil f.eks. ikke være gældende for udgifterne til den politiske og administrative organisation.

Opdelingen i tre særskilte kasser stiller store krav til, at det er muligt objektivt at måle udgiftsbehovet præcist på hver af områderne. Der kan være problemer med, at nogle af udgiftsbehovskriterierne er for følsomme overfor tilfældige udsving, eller at kriterierne samvarierer med hinanden. Enkelte kriterier kan ligeledes virke uhensigtsmæssige, når der ses på formålet.

I det nuværende finansierings- og udligningssystem har valget af kriterier ikke haft den samme betydning. Det hænger sammen med, at kriterierne alene anvendes i udgiftsbehovsudligningen, som alene omfordeler knap 1 mia. kr., og at amterne har en bred opgaveportefølje, hvilket gør det lettere at udjævne de økonomiske konsekvenser af eventuelle udsving i kriterierne. I det fremtidige finansieringssystem anvendes kriterierne til fordeling af statens bloktilskud på ca. 52 mia. kr. samtidig med, at tilskuddet målrettes enkelte formål. Dermed bliver de store tals lov fraværende, og regionernes bloktilskud til sundhed eller regional udvikling kan risikere at svinge meget fra år til år. Særlig vil udgifterne til kollektiv trafik volde problemer. Styringen af regionernes økonomi vil derfor blive væsentlig bedre, såfremt regionernes økonomi samles i én kasse.

Hertil kommer, at bortfaldet af egenindtægter ikke muliggør finansiering af de regionale forskelle, som befolkningen eller politikerne i regionen måtte finde rimelige.

Sundhedskassen

Regionernes finansiering af sundhedsområdet skal efter lovforslaget bestå af et statsligt bloktilskud og et kommunalt grundbidrag, som begge er fordelt efter objektive kriterier. Hertil kommer – som det fremgår af lovforslaget om offentlig sundhed – tillige aktivitetsafhængig finansiering fra staten og fra kommunerne. Endelig kan der – hvis de senere års tendenser fortsætter – forventes særtilskud til forskellige delformål.

Finansieringen bliver fastlagt af Folketinget for så vidt angår det statslige bloktilskud, og af kommunerne, fordi 2/3 af kommunerne kan blokere for stigninger i det kommunale grundbidrag i regionen.

Dermed bliver finansieringen til de enkelte regioner i høj grad bestemt af, hvor præcise og dækkende fordelingskriterierne er i forhold til regionens udgiftsbehov, i forhold til befolkningens benyttelse af sundhedsydelser, i forhold til prioriteringen i regionsrådet samt i forhold til servicemål fastlagt i lovgivningen.

Serviceniveauet bør være en konsekvens af beslutninger i regionsrådet og af borgernes faktiske forbrug af sundhedsydelser, således som det bl.a. understøttes af de frie valgmuligheder på sundhedsområdet. Ellers vil sundhedsområdet være det eneste decentrale serviceområde, hvor borgeren ikke får mulighed for lokalt at påvirke prioriteringerne.

En konsekvens af den foreslåede finansieringsmodel er, at det alene overlades til regionsrådet at være administrator af konsekvenserne af de valg, den enkelte bruger træffer indenfor de rammer, som Folketinget og indenrigs- og sundhedsministeren udstikker. Regionsrådets mulighed for at løse denne administratoropgave er, at regionernes finansiering svarer til de servicemål, der fastsættes i sundhedsloven.

Det er derfor vigtigt, at regionerne får egenindtægter med mulighed for variationer mellem regioner, som dels kan finansiere de forskelle i serviceniveauet, som borgerne måtte ønske, dels finansiere det udgiftsniveau, som ikke fuldt ud kan opfanges af de kriterier, der indgår i det beregnede udgiftsbehov.

Amtsrådsforeningen finder derfor, at det grundbidrag, der ifølge regeringens aftale med Dansk Folkeparti indføres som en ny statslig skatteopkrævning – sundhedsskatten på 8 pct. -, bør gøres til en regional finansiering med mulighed for variationer mellem de enkelte regioner. Regeringen lægger afgørende vægt på, at regionerne får lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet. Med en udligning af udgiftsbehov og skattegrundlag vil regionerne stadig kunne opnå samme lighed i mulighederne for at drive sundhedsvæsenet som i lovforslagets finansieringsmodel samtidig med, at borgerne har samme muligheder som i dag for at bestemme serviceniveauet regionalt.

Hvis ikke Amtsrådsforeningens ønske om en direkte egenfinansiering af regioner tilgodeses, bør den indirekte finansiering gennem kommuners bidrag til regionerne indrettes, så finansieringssystemet i videst muligt omfang tilgodeser ansvarshensynet. Amtsrådsforeningen mener derfor, at regionerne skal have mulighed for at fastsætte det kommunale grundbidrag afhængigt af borgernes efterspurgte serviceniveau uden mulighed for, at kontaktudvalget kan blokere for stigninger ud over satsreguleringsprocenten. Der bør endvidere ikke lovfastsættes et loft over grundbidragets størrelse, men bidragets størrelse bør indgå i de årlige forhandlinger mellem regionerne i forening og regeringen.

I lovforslaget om offentlig sundhed er der lagt op til en vis aktivitetsafhængig finansiering fra såvel kommuner som stat. Amtsrådsforeningen mener, at det bør fremgå af bemærkningerne til lovforslaget om regionernes finansiering, hvad formålet med den aktivitetsafhængige finansiering er. Er hovedhensynet at fremme produktivitet i sygehusvæsenet eller at finansiere udgifterne til borgernes sundhedsbehandlinger som følge af det frie valg, hvis den rammefinansiering, regionerne i øvrigt modtager, ikke er tilstrækkelig?

Hvis formålet er at finansiere borgernes efterspørgsel, bør der ikke være noget loft over den aktivitetsafhængige finansiering. Hvis formålet er at fremme produktivitet, vil det være mere hensigtsmæssigt at videreudvikle metoder og værktøjer til regionernes takststyring af sygehusene, jf. de seneste års økonomiaftaler mellem regeringen og Amtsrådsforeningen.

Amtsrådsforeningen skal advare mod særbevillinger og særpuljer til bestemte sundhedsformål. Det komplicerer finansieringen og økonomistyringen, da fokus flyttes fra de planlagte udviklingsforløb til enkeltstager.

Der henvises i øvrigt til Amtsrådsforeningens høringssvar til lovforslag om offentlig sundhed om yderligere bemærkninger om den statslige aktivitetsafhængige finansiering.

For den kommunale aktivitetsafhængige finansiering skal Amtsrådsforeningen anføre, at den kommunale medfinansiering af sygehusbehandlinger, som den foreslås i forslag til sundhedsloven ikke vil give kommunerne tilstrækkelige incitamenter til at styrke den forebyggende indsats, herunder initiativer, der kan forebygge sygehusbehandling og indlæggelse. Det skyldes, at den kommunale betaling afregnes som en fast, og relativt lav, procentsats af taksten pr. ydelse. Disse synspunkter uddybes

yderligere i Amtsrådsforeningens høringssvar vedrørende sundhedsloven. Den kommunale aktivitetsafhængige finansiering kommer med den foreslåede udformning til at fremstå som et generelt finansieringselement, som mere hensigtsmæssigt kunne lægges sammen med de øvrige enklere og administrativt lettere finansieringselementer.

Det fremgår af lovforslaget om regioner, at det er udgangspunktet, at der ikke vil være behov for lånoptagelse som supplerende finansieringskilde i forbindelse med anlægsinvesteringer på grund af regionernes betydelige økonomiske tyngde set i forhold til de enkelte anlægsprojekter. Der kan dog f.eks. i tilfælde af forudsete udsving i anlægsaktiviteten for regionerne være behov for at fastsætte nærmere regler om regionernes låneadgang. Denne låneadgang kan som udgangspunkt blive fastsat for et år ad gangen.

Amtsrådsforeningen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt, at regionerne får en generel lånemulighed svarende til den amterne har i dag. Lånoptagelse vil ikke være en finansieringskilde i sig selv, men et hensigtsmæssigt instrument i tilrettelæggelsen af en økonomistyring, der strækker sig over mere end et år.

Behovet skyldes, at anlægsaktiviteten for regionerne vil svinge mere over tid end den anlægsaktivitet, som amterne har haft hidtil, fordi amterne har kunnet udjævne investeringerne over tid og mellem flere opgaveområder.

Hertil kommer, at det kan være hensigtsmæssigt at lånefinansiere investeringer, der kan sikre fremtidige driftsbesparelser.

Med den finansieringsform, som regionerne får, kan der tværtimod argumenteres for en udvidelse af den hidtidige låneadgang. En udvidelse af låneadgangen vil også indebære, at regionerne bedre kan udnytte mulighederne i det omkostningsbaserede bevillingssystem, som kan forventes indført i den offentlige sektor.

Amtsrådsforeningen skal ikke tage stilling til de enkelte kriterier og deres vægt i bloktilskudsfordelingen, men bemærker alene at kriterierne bør leve op til hensyn om objektivitet, forudsigelighed, upåvirkelighed, robusthed og gennemskuelighed for derved at give regionerne lige mulighed for at tilvejebringe service.

Amtsrådsforeningen har dog enkelte bemærkninger til enkelte kriterier i forhold til de overordnede hensyn, hvilket fremgår af de tekniske bemærkninger til §§ 4 og 5 nedenfor.

Lovforslaget indebærer samlet set, at sundhedsvæsenet skal finansieres af mange forskellige veje og af myndigheder med egne interesser. Finansieringssystemet bliver derfor så fragmenteret, uigennemsigtigt og konfliktfyldt, at det i sig selv kan modvirke en regional politisk prioritering, der kan understøtte et sammenhængende patientforløb og et effektivt sundhedsvæsen på et fagligt højt internationalt niveau.

Udviklingsopgavekassen

Strukturaftalen slår fast, at fem nye regioner skal være dynamoer for den regionale udvikling. Et led heri er at udarbejde udviklingsplaner, der skal indeholde en overordnet samlet vision for regionens udvikling på sektorområderne natur og miljø, erhverv inkl. turisme, beskæftigelse, uddannelse og kultur samt udviklingen i regionens udkantsområder og landdistrikter.

Regionernes rolle som udviklingsdynamoer vil blive reguleret af en lang række love. Forslaget til lov om regionernes finansiering skal derfor ses i sammenhæng med lovforslag fra nedenstående ministerier:

- Beskæftigelsesministeriet
- Finansministeriet
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Kulturministeriet
- Miljøministeriet
- Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri
- Trafikministeriet
- Undervisningsministeriet og
- Økonomi- & Erhvervsministeriet

Lovforslagene fortolker og konkretiserer strukturaftalens ordlyd forskelligt. Dermed gives der ikke et entydigt, sammenhængende grundlag for regionernes rolle som udviklingsdynamoer for den regionale udvikling.

Udover regionernes udviklingsopgaver vil kassen indeholde kollektiv trafik og særlige funktioner i forbindelse med drift af institutioner på social- og undervisningsområdet samt administration og politisk organisation.

Regionernes finansiering til udviklingskassen skal efter lovforslaget bestå af et statsligt bloktilskud og et kommunalt udviklingsbidrag, som begge er fordelt efter objektive kriterier.

Det fremgår, at finansieringsbidragene ikke fastlægges af det enkelte regionsråd, men derimod af Folketinget for så vidt angår bloktilskuddet, og at 2/3 af kommunerne kan blokere for stigninger i udviklingsbidraget.

Dermed bliver finansieringen til de enkelte regioner i høj grad bestemt af, hvor præcise og dækkende fordelingskriterierne er i forhold til de udviklingsopgaver regionen har. Amtsrådsforeningen finder det uheldigt, at de forskelle, der måtte blive i regionale udviklingstiltag, ikke er en konsekvens af de regionale råds beslutninger, men snarere en konsekvens af, om de kriterier, som indtægterne fordeles efter, er korrekte. Borgerens krav og ønsker til serviceniveau bør være en konsekvens af beslutninger i regionsrådet. Disse fordelingskriterier kan aldrig ramme de rigtige udgiftsbehov præcist.

Det fremgår ikke helt klart af bemærkningerne til lovforslaget hvilke opgaver, der skal indgå i udviklingskassen. Det fremgår f.eks. ikke eksplicit, at udgifter vedr. driften af institutioner på social- og undervisningsområdet, som ikke kan indgå i institutionstaksten, indgår i udviklingskassen.

For udviklingskassen er det særligt kompliceret, at udgifter til kollektiv trafik fylder forholdsvis meget. Det er vanskeligt at finde fuldt dækkende udgiftsbehovskriterier på dette område, og forskydninger mellem de faktiske udgifter og finansieringen vil påvirke regionernes mulighed for at afholde udgifter til de øvrige udviklingsopgaver. Det vurderes ikke hensigtsmæssigt.

I dag er der betydelig forskel på, hvordan den kollektive trafik påvirker amternes økonomi, især på grund af den forskellige opgavefordeling mellem amterne og kommunerne. For eksempel finansierer kommunerne i hovedstadsområdet ikke kollektiv trafik, mens Fyns, Ringkøbing og Århus amter betaler mindre til kollektiv trafik end de øvrige amter, fordi der ikke er oprettet trafikselskaber.

Samtidig er belastningen af trafikselskabernes økonomi meget forskellig, fordi nogle trafikselskaber og busselskaber har en stor pensionsbyrde til

tjenestemandsansatte, f.eks. Århus Sporveje. Amtrådsforeningen skal derfor foreslå, at pensionsbyrden tages helt ud og finansieres særskilt.

Side 8

Amtrådsforeningen har herudover i sine bemærkninger til lovforslaget om kollektiv trafik bemærket, at udgifterne til regionernes andel af kollektiv trafik ikke omfatter alle dele af den kollektive trafik. Det giver særlige byrdemæssige problemer, at kun dele af togtrafikken (de tidligere privatbaner) skal indgå i trafikselskaberne. Det problem må der tages særlig hånd om.

Der bør være plads til, at befolkningen lokalt kan beslutte, at der er behov for en særlig udviklingsindsats i området, og at der kan afsættes midler hertil. Det er derfor afgørende, at regionerne får egenindtægter med mulighed for variationer mellem regioner, som dels kan finansiere de forskelle i udviklingsindsatsen, som borgerne måtte ønske, dels finansiere det udgiftsniveau for kollektiv trafik, som ikke fuldt ud kan opfanges af de kriterier, der indgår i det beregnede udgiftsbehov.

Hvis ikke Amtrådsforeningens ønske om en direkte egenfinansiering af regioner tilgodeses, bør den indirekte finansiering gennem kommuners bidrag til regionerne indrettes, så finansieringssystemet i videst muligt omfang tilgodeser ansvarshensynet. Amtrådsforeningen mener derfor, at regionerne skal have mulighed for at fastsætte det kommunale udviklingsbidrag afhængigt af borgernes efterspurgte serviceniveau uden mulighed for kontaktudvalget for at blokere for stigninger ud over satsreguleringsprocenten. Der bør endvidere ikke lovfastsættes et loft over udviklingsbidragets størrelse, men bidragets størrelse bør indgå i de årlige forhandlinger mellem regionerne i forening og regeringen.

Amtrådsforeningen skal ikke tage stilling til de enkelte kriterier og deres vægt i bloktilskudsfordelingen, men bemærker alene at kriterierne bør leve op til hensyn om objektivitet, forudsigelighed, upåvirkelighed, robusthed og gennemskuelighed for derved at give regionerne lige mulighed for at tilvejebringe service og udvikling. Kriterierne skal også være meningsfyldte i forhold til ændringer i det samlede bloktilskud, hvis man yderligere vil fremme regional udvikling.

De to kriterier antal km. privatbanespor og udgifter til tjenestemandspensioner optjent før 1. januar 2007 er direkte uheldige. Amtrådsforeningen finder det paradoksalt, at regionernes udgifter skal afhænge af fortidens pensionsudgifter og af længden af privatbanespor. Kriterierne bør være

mere robuste og upåvirkelige. De skal afspejle udgiftsbehovet, og ikke historiske udgifter på enkelte områder. Finansieringsmodellen er derved konserverende i forhold til strukturændringer på kollektiv trafik.

Amtsrådsforeningen vil derfor i stedet foreslå, at pensionsudgifterne opgøres og finansieres særskilt svarende til Amtsrådsforeningens forslag til håndtering af pensionsudgifterne i høringssvaret til lovforslaget om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen.

Amtsrådsforeningen skal opfordre til, at regeringen finder et andet kriterium end privatbanespor. Ellers vil det være klogere at tage udgangspunkt i de nuværende faktiske udgifter til kollektiv trafik.

Opgaverne omfattet af udviklingskassen kan indebære investeringer, f.eks. anskaffelse af nye tog, billetteringssystemer, rejsekort, som det kan være hensigtsmæssigt at udstrække over flere år. Især hvis brugerne skal medfinansiere investeringerne. Det vil også for denne kasse være hensigtsmæssigt med en låneadgang.

Kassen vedrørende drift af institutioner på social- og undervisningsområdet

Regionernes opgaver på social- og undervisningsområdet bliver:

- videreførelse af drift af amternes nuværende sociale tilbud - bortset fra døgninstitutioner til børn og unge med sociale og adfærdsmæssige problemer.
- pligt til efter aftale med kommunerne at etablere og udvikle eksisterende tilbud (regionerne har forsyningspligt). Der skal indgås årlige rammeaftaler om kommunernes behov og regionernes tilbud.
- pligt til at koordinere kapacitet og sammensætning i forhold til de landsdækkende og landsdelsdækkende tilbud og til at udarbejde udviklingsplaner for tilbud med mere end 100 pladser.
- videns- og specialrådgivningsfunktioner.
- mulighed for i en fireårig overgangsperiode at udføre entreprenøropgaver for kommunerne.
- opgaver vedr. magtanvendelse.
- politiske og administrative opgaver forbundet med ovenstående.

Det fremgår af bemærkningerne i lovforslag om regionernes finansiering, at udgifterne til regionernes institutioner på social- og undervisningsområdet skal finansieres af kommunal takstbetaling. Det fremgår ikke, hvilke principper der skal gælde for takstfinansieringen af institutionerne på

social- og undervisningsområdet. Amtsrådsforeningen forholder sig imidlertid til denne finansiering i dette afsnit ligesom Amtsrådsforeningen i høringssvarene vedrørende sektorlovgivningen også vil afgive bemærkninger hertil.

Institutionerne i regionerne vil indgå i en konkurrencesituation i forhold til kommunernes egne og private tilbud. Ved takstfastsættelsen bør der tages hensyn til denne konkurrencesituation, og det bør sikres, at regionerne ikke stilles konkurrencemæssigt ringere end kommuner og private udbydere.

Regionernes administrative opgaver bør derfor finansieres særskilt via regionernes øvrige finansieringskilder, og ikke over taksterne. Der er tale om opgaver, som kommuner og private institutioner ikke har.

Der bør i forlængelse heraf angives, hvilke "særlige administrative omkostninger" (som angivet i bemærkningerne), der omfattes af statstilskuddet til regional udvikling vedrørende de takstfinansierede områder på social og uddannelse.

Det er forudsat, at regionernes drift af de sociale institutioner skal hvile i sig selv inden for det enkelte regnskabsår. I dag har den enkelte institution i amtet adgang til at overføre uforbrugte midler fra det ene år til det andet. Der bør sikres den samme adgang til overførsler mellem årene i regionerne.

I forhold til hvile i sig selv-princippet vil der også være behov for en startkapital i regionerne som buffer ved udsving i belægnings på institutionerne

Hvis regionerne skal kunne finansiere anlæg af nye institutioner, forudsætter det en lånemulighed for regionerne. Finansieringen af nyanlæg må forudsættes at skulle ske over taksterne over en årrække. Regionerne vil derfor mangle kapital til finansiering af nye institutioner i anlægsåret. Med den finansieringsform, som regionerne får, kan der tværtimod argumenteres for en udvidelse af den hidtidige låneadgang. En udvidelse af låneadgangen vil også indebære, at regionerne bedre kan udnytte mulighederne i det omkostningsbaserede bevillingssystem, som kan forventes indført i den offentlige sektor.

Der er en særlig problemstilling i relation til anlæg finansieret af den statslige satspulje. Hvis satspuljen fortsat skal finansiere anlæg på de regionale institutionsområder, er der en adskillelse mellem myndigheden, der endeligt skal afholde udgiften og derfor skal modtage satspuljemidlerne, og den myndighed som træffer beslutning om nyanlæg. Det bør derfor overvejes, hvordan fremtidige udmøntninger fra satspuljen kan tage højde herfor.

Side 11

Med venlig hilsen

Kristian Ebbensgaard

/

Dorte Hansen Thrige







Bestemmelse i lovforslaget	Bestemmelsens indhold	Amtsrådsforeningens bemærkninger / ændringsforslag
§1 og §2: Regionernes finansiering	Regionernes økonomi opdeles i tre kasser. Finansieringen sker ved et generelt tilskud fra staten, et grundbidrag (sundhedskassen) og et udviklingsbidrag (udviklingskassen).	Det bør fremgå, hvilke andre elementer der indgår i regionernes finansiering (aktivitetsafhængig finansiering på sundhedsområdet, statslig og kommunal takstfinansiering og lån). Opdeling af regionens økonomi i tre dele komplicerer den regionale økonomistyring
§3: Det generelle statstilskud	Beskrivelse af fastsættelse af det generelle tilskud fra staten.	Da regionernes økonomi bliver meget påvirkelige over for selv de mindste udsving, bør ændrede demografiske forhold indgå i en automatisk regulering af bloktilskuddet hvert år. Ligeledes bør det sikres, at bloktilskuddets størrelse følger med udviklingen i skattegrundlaget og realvæksten i øvrigt i samfundet. §3 stk. 3 giver finansministeren hjemmel til at forhøje eller reducere bloktilskuddet til regionerne. Dette er i modsætning til den nuværende lovgivning, hvor Finansministeren alene har hjemmel til at forhøje tilskuddet. Amtsrådsforeningen finder denne ændring uacceptabel. Jf. §9 og §11 finder Amtsrådsforeningen det uacceptabelt, at bloktilskuddet kan reduceres som følge af overskridelse af den årlige norm for stigningen af grundbidraget.
§4: Udgiftsbehov for sundhedsopgaven	Beskrivelse af udgiftsbehov på sundhedsområdet.	Amtsrådsforeningen anerkender behovet for at der tages højde for psykiatriske patienters belastning af sundhedsvæsenet. Det skal dog

		<p>bemærkes, at kriterierne "antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter" og "antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter med diagnosen skizofreni" kan være påvirkelig (afhænger af praksis for diagnosticering forskellige steder i landet). Det kan derfor foreslås, at kriteriet tages op til genovervejelse, når der foreligger et takststyringsinstrument på psykiatriområdet</p> <p>For kriteriet "antal tabte leveår" fremgår det af lovbemærkningerne, at i de regioner, hvor der er en lav middellevetid, må der forventes at være en relativ høj belastning af sundhedsvæsenet. Denne sammenhæng er dog ikke entydig, idet udviklingen i sundhedsvæsenet har bevirket, at nye og ofte dyre behandlingsformer har forbedret patienters chance for at blive kureret og leve længere.</p>
<p>§5: Udgiftsbehov for de regionale udviklingsopgaver</p>	<p>Beskrivelse af udgiftsbehov for de regionale udgifter.</p>	<p>Kriteriet antal km. privatbanespor vil virke konserverende i forhold til den nuværende trafikstruktur. Regionerne mister dermed muligheden for at foretage en rationel afvejning mellem tog og busstrafik. Kriteriet bør derfor udgå i det generelle bloktilskud til regionerne, og erstattes med et andet kriterium, der giver samme byrdefordelmæssige konsekvenser, eller erstattes med et kriterium, der har udgangspunkt i de nuværende faktiske udgifter til kollektiv trafik.</p> <p>Kriteriet udgifter til tjenestemandspensioner bør ikke indgå i det generelle bloktilskud til regio-</p>

Kopi til (alle)

Bianca Lund Sørensen

Fra: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sendt: 7. januar 2005 13:54
Til: Kontorpostkasse 1 økonomiske kontor; Charlotte Bidsted
Emne: VS: Amternes høringssvar på strukturlovene

-  Høringssvar fra Vestsjællands ...
-  Sundhedslov høringssvar fra År...
-  Miljø og trafik fra Århus Amt....
-  Århus Amt smærkninger til sun
-  Århus Amt Børn, kultur og udda...
-  Århus Amt Udtalelse til de fre...
-  Fire partier i Århus Amtsråd.d...
-  Høringssvar på kommunalreform ...
-  Vejle Amt Kopi af brev vedr. u...
-  Nordjyllands Amts bidrag til A...
-  Bidrag i høringsdebatten.
-  Supplement fra Fyns Amt til AR...
-  Høringssvar fra Sønderjyllands...
-  Ringkjøbing Amt sundhed og for...
-  Ribe amts høringssvar i.f.m. s...
-  Frederiksborg Amt Indstilling ...
-  Orientering om høringssvar til...
-  Høringssvar - udkast til lov o...
-  Københavns Amt.pdf (534 KB)
-  3 Amts narbejdet - Trafik_vnarbejdet
-  3 Amts Erhvervsfr
-  3 Amts narbejdet Planlægning

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: "Birgitte Bælum, BIB" [mailto:bib@ARF.DK]
Sendt: 7. januar 2005 13:34
Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Cc: 'kk@kk.dk'; Frederiksberg Kommune - Amt; Kommunernes Landsforening; Bornholms Regionskommune; Amter - Frederiksborg Amt; Amter - Fyns Amt; Amter - Københavns Amt; Amter - Nordjyllands Amt; Amter - Ribe Amt; Amter - Ringkjøbing Amt; Amter - Roskilde Amt; Amter - Storstrøms Amt; Amter - Sønderjyllands Amt; Amter - Vejle Amt; Amter - Vestsjællands Amt; Amter - Viborg Amt; Amter - Århus Amt
Emne: Amternes høringssvar på strukturlovene

Som bilag til Amtsrådsforeningens høringssvar på de lovforslag, som blev sendt i høring den 1. december 2004, med henblik på udmøntning af strukturreformen fremsendes hermed amternes høringssvar, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet bedes fremsende til de relevante ministerier.

- > <<Høringssvar fra Vestsjællands Amt>> <<Sundhedslov høringssvar fra
- > Århus Amt.pdf>> <<Miljø og trafik fra Århus Amt.PDF>> <<Århus Amt
- > Bemærkninger til sundhedsloven.pdf>> <<Århus Amt Børn, kultur og
- > uddannelse.PDF>> <<Århus Amt Udtalelse til de fremlagte lovforslag om
- > Lov om offentlig sundhed og Lov om social service_v1.TIF>> <<Fire
- > partier i Århus Amtsråd.doc>> <<Høringssvar på kommunalreform - Vejle Amt>>
- > <<Vejle Amt Kopi af brev vedr. udmøntning af kommunalreformen på plan-
- > natur- og miljøområdet_v1.TIF>> <<Nordjyllands Amts bidrag til
- > Amtsrådsforeningens høringssvar vedr. lovforslag til gennemførelse af
- > strukturreformen>> <<Bidrag i høringsdebatten.>> <<Supplement fra
- > strukturreformen>> Fyns

- > Amt til ARFs høringssvar.pdf>> <<Høringssvar fra Sønderjyllands
- > Amt_v1.TIF>> <<Ringkjøbing Amt sundhed og forebyggelse.doc>> <<Ribe
- > amts høringssvar i.f.m. strukturreformen_v1.TIF>> <<Frederiksborg Amt
- > Indstilling om personaleoverførsler i.f.m. kommunalreformen_v1.TIF>>
- > <<Orientering om høringssvar til lovudkast på det sociale og psykiatriske
- > område>> <<Høringssvar - udkast til lov om erhvervsfremme>>
- > område>> <<Københavns
- > Amt.pdf>> <<3 Amts Samarbejdet - Trafik_v1.TIF>> <<3 Amts
- > Samarbejdet Erhvervsfremme_v1.TIF>> <<3 Amts Samarbejdet
- > Planlægning_v1.TIF>>

God weekend,

> Med venlig hilsen

>

> Birgitte Bælum

>

> Amtsrådsforeningen

> Dampfærgevej 22

> 2100 København Ø

>

> Telefon direkte 35298246

> Telefon omstilling 3529 8100

> Fax 3529 8300

> www.arf.dk

>

> Officiel post bedes sendt til arf@arf.dk

>

>

de pågældende område, som er udarbejdet eller er under udarbejdelse i samarbejde mellem regeringen og de kommunale parter.

Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling vil gerne være behjælpelig med rådgivning på dette område i samarbejde med de kommunale organisationer.

Der henvises til j.nr. 2004-2200-21.

Med venlig hilsen

Adam Lebech
Specialkonsulent

**Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling**

		<p>nerne. Der er tale om historiske udgifter, der skal behandles på samme måde, som da amterne overtog pensionsforpligtelserne fra privatbanerne. Kriteriet bør derfor udgå, og udgifterne bør finansieres særskilt.</p> <p>Det bemærkes, at der i øvrigt er en betydelig samvariation i valget af kriterier.</p>
<p>§6-§8: Grundbidragenes og udviklingsbidragenes størrelse</p>	<p>Fastsættelse af det årlige grundbidrag hhv. det årlige udviklingsbidrag samt norm for stigning.</p>	<p>Kommuner bør ikke kunne blokere for stigninger i bidraget ud over satsreguleringsprocenten.</p> <p>Minimumsstigningen bør ikke tage udgangspunkt i satsreguleringsprocenten, der ikke er tilstrækkelig.</p> <p>Hvis bidragenes størrelse ikke skal udhules, bør det sikres, at kommuner finansierer en del af den aftalte realvækst gennem stigninger i grundbidraget.</p> <p>Det er noteret, at Bornholms kommune fritages for betaling af udviklingsbidraget ligesom en forholdsmæssig del af statens tilskud til finansiering af udviklingsopgaver i Region Hovedstaden skal udbetales til Bornholms kommune.</p>
<p>§9-§12: Modregningsmekanisme</p>	<p>Beskrivelse af modregningsmekanisme (reduktion i statens tilskud), hvis grundbidraget hhv. udviklingsbidraget stiger med mere end den fastsatte norm.</p>	<p>Amtsrådsforeningen tager afstand fra overregulering, og at den nuværende amtskommunale straffemekanisme ved stigninger i den gennemsnitlige skatteprocent overføres til det kommunale grundbidrag/udviklingsbidrag</p> <p>Ved en eventuel modregningsmekanisme bør den kollektive modregning først påbegyndes i året efter budgetåret af hensyn til regionernes budgetsikkerhed. Med den angivne finansieringsmodel har</p>

		budgetsikkerhed en meget store betydning end i den nuværende amtskommunale finansiering.
§19: Ikrafttrædelse m.m.		Grundbidraget fra kommunerne fastsættes i 2007 til 1.000 kr. pr. indbygger i 2004 pris- og lønniveau. Det skal rettes til 2003 pris- og lønniveau, så det er konsekvent med niveauet i bemærkningerne.

NOTAT

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K


**Amtsråds-
foreningen**

Hørings svar om forslag til lov om evalueringsinstitut

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har 01-12-2004 fremsendt forslag til lov om et evalueringsinstitut for kommuner m.v. til Amtsrådsforeningen og anmodet om bemærkninger senest 07-01-2005.

07-01-2005

J.nr. 464516

Marianne Skoven

Tel. 3529 8193

E-mail: msk@arf.dk

Amtsrådsforeningen har følgende bemærkninger til lovforslaget.

Amtsrådsforeningen tager til efterretning, at regeringen ønsker et oprette et evalueringsinstitut med det formål at evaluere den kommunale og regionale opgavevaretagelse og understøtte indsatsen i kommuner og regioner for at fremme effektivitet og bedre ressourceanvendelse, kvalitetsudvikling og økonomistyring.

Af lovforslaget og dets bemærkninger fremgår det, at hovedsigtet for instituttets virksomhed vil være den kommunale opgavevaretagelse. Regionerne vil dog også blive omfattet, hvilket i bemærkningerne begrundes med, at "kommunalreformen lægger op til et styrket samarbejde mellem kommuner og regioner. Derfor bør muligheden for at inddrage samspillet mellem kommuner og regioner og egentlig regional opgavevaretagelse være til stede for instituttet".

Der vil være lignende snitflader mellem kommuner, regioner og staten, og hvis der skal benchmarkes eller stilles forslag om bedre ressourceudnyttelse og økonomistyring, bør det kunne ske på opgaveområder, der både omfatter kommuner, stat og regioner. Evalueringsinstituttets virke skal derfor udvides til også at omfatte statens opgavevaretagelse.

Instituttet bør også have mulighed for at komme med forslag til ændringer i de rammer, som staten sætter for kommunernes og amter/regionernes virksomhed. Uden den mulighed kan man risikere, at evalueringsinstituttet ikke i tilstrækkelig grad kan understøtte indsatsen i kommuner og regioner for at fremme effektivitet og bedre ressourceanvendelse. Som lovforslaget er udformet nu, vil instituttets anbefalinger alene være rettet mod kommunerne og amterne/regionerne.

Det fremgår af lovforslaget og dets bemærkninger, at instituttet foreslås oprettet som en statslig institution. Indenrigs- og sundhedsministeren skal udpege bestyrelsesformanden og direktøren. Ligeledes skal instituttets årsprogram, budget, årsberetning og regnskab godkendes af ministeren, som også skal have instituttets rapporter i høring før offentliggørelse.

For at sikre en bred opbakning til instituttets virksomhed vil Amtsrådsforeningen anbefale, at evalueringsinstituttet bliver et selvstændigt institut, der ikke kan opfattes som en del af et ministerium. Der bør være fælles ejerskab af instituttet og en ligeværdig udpegning af bestyrelsesmedlemmer fra de berørte parter, dvs. kommuner, stat og regioner. Her kan det være lærerigt at skelne til den danske kvalitetsmodels organisering som et godt eksempel på et mere ligeværdigt samarbejde.¹

Set i relation til den danske kvalitetsmodel kan det i øvrigt virke uigenomtænkt, at evalueringsinstituttet parallelt med Sundhedsstyrelsen og tilsyneladende helt uden indbyrdes koordination kan foretage evalueringer af sundhedsvæsenets virksomhed, jf. §211 i udkastet til ny sundhedslov.

Endelig vil Amtsrådsforeningen foreslå, at evalueringsinstituttet, givet de beskedne økonomiske rammer for instituttet (2,5 mio. kr. i 2005, 3,5 mio. kr. i 2006 og 5,5 mio. kr. fra 2007), lægger fokus på den brede evaluering på tværs af sektorer hhv. kommuner, staten, regioner og institutioner. Det vil også begrænse risikoen for, at enkelte kommuner eller regioner bliver hængt ud i en offentlige gabestok.

Amtsrådsforeningen har nedenfor angivet bemærkninger af mere specifik karakter til de enkelte kapitler og paragraffer i lovforslaget.

Med venlig hilsen

Kristian Ebbensgaard

/

Dorte Hansen Thrige

¹ Modellen er et fælles dansk system, der skal understøtte kontinuerlig kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. Den overordnede ledelse af Kvalitetsmodellen er forankret i en bestyrelse med deltagelse af amterne, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

Bestemmelse i lovforslaget	Bestemmelsens indhold	Amtsrådsforeningens bemærkninger / ændringsforslag
§1: Evalueringsinstituttets formål	Evalueringsinstituttet er en statslig institution, der skal evaluere den kommunale og regionale opgavevaretagelse og fungere som videnscenter for analyser af kommunal og regional opgavevaretagelse.	Amtsrådsforeningen mener, at det bør fremgå af lovforslaget, at evalueringsinstituttets virke også skal omfatte statens opgavevaretagelse. For at sikre evalueringsinstituttets succes mener Amtsrådsforeningen ikke, at instituttet bør være en statslig institution
§2-4: Evalueringsinstituttets opgaver og finansiering	Nærmere beskrivelse af instituttets opgaver.	Det konstateres, at opgavevaretagelsen er meget bred set i lyset af de beskedne midler, der er sat af på finansloven. Amtsrådsforeningen finder, at evalueringer af enkelt-institutioner hører under revisionens opgaveområde, hvorfor evalueringsinstituttet bør holde sig til de brede evalueringer på tværs af sektorer hhv. kommuner, staten, regioner eller institutioner.
§5-6: Bestyrelsen	Bestyrelsens formand udpeges af indenrigs- og sundhedsministeren, der også udpeger fire andre medlemmer efter indstilling fra KL, regionerne i for- ening, Finansministeren og en højere læreanstalt.	Amtsrådsforeningen konstaterer med tilfredshed, at instituttet ifølge lovforslagets bemærkninger i sin faglige virksomhed er uafhængig af indenrigs- og sundhedsministeren.
§7: Rådgivende udvalg	Det rådgivende udvalg består af 14 medlemmer, der er indstillet fra forskellige organisationer (SFI, EVA, DS, FTF, AMI, KTO, AC, indenrigs- og sundhedsministeren m.fl.). Udvalget skal udtale sig om	Amtsrådsforeningen finder, at der er en meget skæv repræsentation af medlemmerne, idet næsten alle medlemmer er statslige repræsentanter. Der kan ligeledes stilles spørgsmålstejn ved relevansen af flere af medlemmerne i et sådant

	årsprogrammet og årsberetningen.	udvalg. Side 4
§8-10: Evalueringsinstituttets direktør	Direktøren ansættes og afskediges af indenrigs- og sundhedsministeren efter indstilling fra bestyrelsen.	Amtsrådsforeningen undrer sig over, at direktøren foruden at være ansvarlig over for bestyrelsen også skal være ansvarlig over for Indenrigs- og Sundhedsministeriet, jf. lovforslagets §9. Det bør således alene fremgå, at instituttets direktør skal være ansvarlig over for sin bestyrelse.
§11-14: Evalueringsinstituttets virksomhed		<p>Det konstateres, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter instituttets vedtægter. Amtsrådsforeningen mener, at opgaven bør ligge hos de evaluerende parter i samarbejde (det vil sige hos kommunerne, staten og regionerne), da medbestemmelsen vil være med til at sikre den kommunale opbakning til evalueringsinstituttets virke. Lovforslagets §11 stk. 1 og bemærkningerne hertil bør derfor ændres, så ovenstående kommer til udtryk.</p> <p>Tilsvarende finder Amtsrådsforeningen, at lovforslagets §11 stk. 2 bør udgå. Det synes unødvendigt, at instituttets årsprogram, budget, årsberetning og regnskab skal godkendes af indenrigs- og sundhedsministeren, da ministeriet er repræsenteret i bestyrelsen via bestyrelsesformanden.</p> <p>§12 stk. 2 bør ligeledes udgå, da Amtsrådsforeningen ikke finder det relevant, at indenrigs- og sundhedsministeren orienteres om rapporten 14 dage før offentliggørelsen. Alternativt bør de evaluerede parter have samme mulighed</p>

		<p>for at få den endelige rapportstatistik orientering 14 dage før offentliggørelse.</p> <p>Det bør fremgå af bemærkningerne til §13, at indhentning af oplysninger hos de evaluerede institutioner skal ske med en rimelig tidsfrist, der bør sættes ud fra mængden eller arbejdsindsatsen ved at fremskatte de ønskede oplysninger.</p> <p>Endelig bør §14 udgå, da Amtsrådsforeningen ikke finder det nødvendigt, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om evalueringer.</p>
--	--	--

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Hovedbestyrelsessekretariatet
7. januar 2005
J. 302.98
S. 20040001.17

INDGÅET
- 7 JAN. 2005
1.Ø

Kopi til Lisa, 2S
Lina, 1K
Louise, 1K
Mau, 2Ø
Nils, 2Ø
NFH, 1Ø
Helle, 1K
Schønau

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 offentliggjort en række lovforslag, der tager sigte på at udmønte kommunalreformen.

Lægeforeningens høringssvar er et fælles høringssvar for Den Almindelige Danske Lægeforening, Foreningen af Speciallæger, Praktiserende Lægers Organisation og Yngre Læger.

Lægeforeningen har forholdt sig til:

Udkast til lov om sundhed,
Udkast til lov om oprettelse af regioner,
Udkast til forslag om regionernes finansiering,
Udkast til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet,
Udkast til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet,
Udkast til lov om regional statsforvaltning samt
Udkast til lov om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen.

Endvidere er der nogle få bemærkninger vedrørende samspillet mellem udkast til sundhedslov og udkast til lov om social service.

For så vidt angår forslag til lov om visse proceduremæssige spørgsmål, hvori de ansættelsesretlige konsekvenser af kommunalreformen for langt de fleste af Lægeforeningens medlemmer er skitseret, henvises der til det høringssvar, der er udarbejdet i samarbejde mellem AC og medlemsorganisationerne og fremsendt som AC's høringssvar af 7. januar 2005.

Domus Medica
Trondhjems-gade 9

Tlf 3544 8500

E-post dadl@dadl.dk

Fax Fejl Autotekst er ikke defineret.

2100 København Ø
ikke defineret.@dadl.dk (direkte)

Tlf 3544 8Fejl Autotekst er ikke defineret. (direkte)

www.laegeforeningen.dk

E-post

Fejl Autotekst er

Lægeforeningens mere generelle betragtninger fremgår af høringssvarets indledning, mens de mere specifikke bemærkninger til de enkelte lovforslag findes på de efterfølgende sider.

Lægeforeningen lægger overordnet vægt på at sikre patienterne:

- et solidarisk sundhedsvæsen gennem fortsat fri og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser
- et sammenhængende sundhedsvæsen
- et sundhedsvæsen baseret på kvalitet, faglighed og planlægning
- et sundhedsvæsen baseret på forskning og uddannelse

Fri og lige adgang

Lægeforeningen har noteret sig, at der i udkast til sundhedslov, § 2, 1) nævnes en let og lige adgang til sundhedsvæsenet og ikke en fri og lige adgang. Foreningen går ud fra, at det ikke med ordvalget tilsigtes at ophæve den visitationsbaserede og behovsbestemte adgang til sundhedsvæsenets ydelser; men at den frie adgang uafhængig af betalingsevne, selv om den ikke er eksplicit nævnt, fortsat er det bærende princip for sundhedsområdet. Lægeforeningen går derfor ud fra, at "letheden" retter sig mod, at patienten på en klar og overskuelig måde fx kan få adgang til den rigtige ydelse og fx få alle relevante oplysninger om frit sygehusvalg. Lægeforeningen foreslår, at dette præciseres.

Et samlet sundhedsvæsen

I forhold til Lægeforeningens høringssvar vedrørende Strukturkommissionens betænkning vil foreningen gerne kvittere for, at der bibeholdes én indgang til sundhedsvæsenet samt et samlet myndighedsansvar for sygehus- og sygesikringsområdet. Endvidere at der lægges op til en styrkelse af Sundhedsstyrelsens rolle i den centrale planlægning og overvågning af sundhedsvæsenet, og at videreuddannelsesreformens videre forløb respekteres.

Risiko for kassetækning

Der er fortsat behov for at sikre en optimal ressourceanvendelse gennem færre og større enheder med færre akutberedskaber, ligesom der bør anvendes finansieringsmodeller, der understøtter et fagligt funderet sundhedsvæsen og som ikke frister kommunerne til hjemtagingsprojekter. Med lovforslagene er der lagt op til en finansie-

ringsmodel med risiko for kassetænkning, således at de økonomiske hensyn kan blive dominerende i forhold til de fagligt funderede. Efter Lægeforeningens opfattelse er det væsentligt, at hensynet til økonomiske overvejelser ikke må gå forud for den optimale behandling. Dette er en etisk forpligtelse for sundhedsvæsenet.

Ny arbejdsdeling

Den nye arbejdsdeling mellem regioner og kommuner giver anledning til at understrege princippet om, at visitation til undersøgelse, diagnostik, behandling og genoptræning er en lægelig opgave, dvs. indgangen (adgangen) til det behandelende sundhedsvæsen er uændret i forhold til gældende lovgivning. Med hensyn til "udskrivningsproblematikken" er der lagt op til at kunne ændre på patientens vej fra afsluttet behandling tilbage til "samfundet". Kommunerne kan spille en rolle, bl.a. ved at tilbyde pleje, varetage genoptræning og rehabilitering eller oprette patientskoler for kroniske patienter.

Det bør være gennemgående, at den kommunale og den regionale opgaveløsning skal supplere hinanden gennem fornuftige aftaler og ikke konkurrere om at give samme tilbud. Formuleringen af § 3, hvor det præciseres, at regioner og kommuner er ansvarlige for sundhedsfremme, forebyggelse og behandling, sammenholdt med definitionen af behandling i § 5 skaber unødigt tvivl om kommunernes fremtidige opgaver på sundhedsområdet.

Kommunerne og den danske model

Den nye arbejdsdeling giver også anledning til at understrege, at Lægeforeningen finder det helt afgørende, at løsning af sundhedsopgaver sker på samme faglige grundlag og bedømmes ud fra den samme målestok og de samme indikatorer uanset hvilken myndighed, der har ansvaret for opgaven. Dvs. at den del af sundhedsvæsenets opgaver, der skal varetages af kommunerne - det være sig opgaver, kommunerne allerede har ansvaret for, såvel som nye opgaver - sker på et fælles sundhedsfagligt grundlag med henblik på at sikre kvaliteten af ydelserne. Foreningen ser således frem til, at kommunerne/KL som interessant på sundhedsområdet vil indgå i arbejdet med den danske model for kvalitetsvurdering.

Konflikt i styringsprincipper

Lægeforeningen har noteret sig, at styring af opgaveløsningen på sundhedsområdet med den foreslåede lovgivning vil ske efter to forskellige principper.

Styring af regionerne vil ske på en række områder, fx økonomi, positiv opgaveafgrænsning, sundhedsplanlægning og specialeplanlægning. Regionerne bliver bestyrere af et sundhedsbudget, hvor de centrale myndigheder lægger de overordnede rammer for aktiviteten, økonomisk og indholdsmæssigt. Hensigten med den strammere styring er at få en mere optimal ressourceudnyttelse i det behandlende sundhedsvæsen, herunder en bedre planlægning.

For kommunerne ses ikke tilsvarende stramme styring direkte i lovgivningen, idet styringsredskabet her er kommunalfuldmagten med de muligheder, dette giver. Spørgsmålet er, om den indre balance mellem de ansvarlige myndigheder på sundhedsområdet skrævvrides i og med, at de to parter styres efter så forskellige principper?

Sundhedsfaglig rådgivning

Forudsætningen for, at regionerne og kommunerne kan løse opgaverne på en kvalificeret måde, er faglig rådgivning. Lægeforeningen anbefaler en fælles rådgivningsstruktur for alle regioner og kommuner, således at der tilrettelægges en struktur, der bedst muligt udnytter de faglige ressourcer og sikrer en kvalitativ ensartet rådgivning til såvel store som små kommuner. Lægeforeningen opfordrer derfor Indenrigs- og Sundhedsministeriet til snarest at fastsætte regler for en rådgivningsstruktur, således at ikke fem regioner og ca. 100 kommuner skal opfinde hver sin model, der kan være mere eller mindre fagligt ressourcekrævende.

Patienter som ressourcer

Det bør overvejes, hvordan patienternes erfaringer kan indgå som en nyttig ressource, fx i forbindelse med planlægning eller overvejelser om tilrettelæggelse af behandlingstilbud.

Bemyndigelsesbestemmelser

Et særligt element er den udstrakte brug af bemyndigelsesbestemmelser. Dette betyder, at det på mange punkter p.t. er vanskeligt at bedømme, hvordan kommunalreformen udmøntes i praksis. Den fordel og

fleksibilitet, som myndighederne får i kraft af bemyndigelsesbestemmelser, der senere kan udfyldes, forpligter til inddragelse af relevante parter for at sikre sig det nødvendige faglige input ved udstedelse af bekendtgørelser, vejledninger mv. Lægeforeningen går ud fra, at foreningen inddrages i den videre proces.

Bygninger

I forbindelse med kommunalreformens gennemførelse vil der opstå en unik mulighed for at træffe fagligt funderede beslutninger med national gyldighed om en rationel udnyttelse af eksisterende bygninger i sygehusvæsenet, herunder fx frasalg af eksisterende bygninger til andre formål og dermed mulighed for at finansiere nybyggeri indrettet til sygehusvæsenet og i en moderne standard. Denne mulighed bør udnyttes af hensyn til kvaliteten af patientbehandlingen og af hensyn til arbejdsmiljøet for personalet. Der bør i den kommende tid være opmærksomhed på ikke at iværksætte større præjudicerende ændringer af bygningskomplekser.

Lægeforeningens høringssvar kan sammenfattes i følgende anbefalinger til det videre politiske og administrative arbejde med udmøntning af kommunalreformen:

- Lægelig visitation som indgangsnøgle til alle niveauer i sundhedsvæsenet - både elektivt og akut.
- Fælles sundhedsfaglig rådgivningsstruktur for alle regioner og kommuner.
- Specialeplanlægningen bør styrkes og sikres relevant fagligt input.
- Uddannelse og forskning som basis for et sundhedsvæsen af høj kvalitet.
- Bedre adgang til udveksling af oplysninger af hensyn til at kunne yde mere kvalificeret og mere sikker patientbehandling med skyldig respekt for patienternes mulighed for at sige nej.
- Patienterfaringer er ressourcer, der bør indgå i tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets opgaver.

- Tilvejebringelse af ressourcer, økonomisk og personalemæssigt, således at Sundhedsstyrelsen bliver en national handlekraftig faglig styrelse.
- Sundhedsaftalerne skal anvendes til at skabe klare grænser for opgavevaretagelsen mellem regioner og kommuner, bl.a. på rehabiliteringsområdet og forebyggelsesområdet.
- Kvalitetsvurdering baseret på den danske model indgår i alle dele af sundhedsvæsenet.
- Et nyt, todelt klagesystem med et patientklagenævn og et disciplinærnævn.
- Finansieringsmodeller skal understøtte de tilbud, der sikrer patienterne en behandling af høj sundhedsfaglig kvalitet og en optimal ressourceudnyttelse.

INDHOLDSFORTEGNELSE

	<u>side</u>
Udkast til sundhedslov	8
Afsnit I, kapitel 1 (sundhedsvæsenets formål og opgaver)	8
Afsnit III (patienters retsstilling)	8
Udveksling af oplysninger	8
Opbevaring af patientjournaler i praksis	10
15-18 årige	10
Udvalg om udveksling af oplysninger	10
Afsnit VII, kapitel 27 (samråd og ankenævn)	11
Afsnit IX (kommunale sundhedsydelser)	11
Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme	11
- Børn og unge	11
- Misbrugsområdet	13
- Psykiatri	13
- Palliativ indsats	13
Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme (rehabilitering)	13
Genoptræning og rehabilitering	14
Sundhedsfaglig rådgivning og planlægning	14
Finansiering, forebyggelse og sundhedsfremme	15
Opsummering	16
Afsnit XI, kapitel 51 (tilskud)	17
Afsnit XII, kapitel 52 (præhospital indsats)	17
Afsnit XIV, kapitel 58 (kvalitetsudvikling)	18
Kapitel 59 (forskning)	19
Kapitel 61 (patientsikkerhed)	19
Afsnit XV, kapitel 62 (samarbejde)	19
Samarbejdsudvalg	20
Sundhedsaftaler	21
Kapitel 63 (planlægning)	22
Kapitel 64 (specialeplanlægning)	22
Afsnit XVII, kapitel 66 (Sundhedsstyrelsen)	23
Udkast til sundhedslov samt Udkast til lov om regionernes finansiering	24
Kommunal medfinansiering	25
Statsligt tilskud	27
Udvikling og forskning	27
Udkast til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet	27
Udkast til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet	29
Udkast til lov om regional statsforvaltning	30

Udkast til sundhedslov

Lægeforeningen vil gerne anerkende, at lovgivningen vedrørende borgernes rettigheder og pligter nu samles i en lov.

Afsnit I, kapitel 1 (sundhedsvæsenets formål og opgaver)

Lægeforeningen går ud fra, at selv om udkast til sundhedslov ikke eksplicit nævner lægers videreuddannelse under regionernes forpligtelser, forudsætter Lægeforeningen, at § 4 også omfatter varetagelsen af lægers videreuddannelse som en del af regionernes opgaveportefølje, jf. sundhedslovens § 4.

Afsnit III (patienters retsstilling)

Udveksling af oplysninger

En lettere adgang til udveksling af oplysninger mellem sundhedsvæsenets sektorer er afgørende for en forbedret patientbehandling og for patientsikkerheden. Patienter oplever en barriere mellem sundhedsvæsenets sektorer og står uforstående over for behandlende læges manglende viden om den tidligere sygehistorie.

Med forslaget til sundhedslov indføres ændrede regler for videregivelse af udskrivningsbreve fra sygehuse til alment praktiserende læge. Efter forslaget kan udskrivningsbreve videregives uden patientens samtykke, med mindre patienten har frabedt sig en sådan videregivelse. Den nye bestemmelse bevirker en klar forbedring af samarbejdet mellem de to sektorer i sundhedsvæsenet, og Lægeforeningen hilser derfor ændringen meget velkommen.

Dette princip bør også gælde alle andre læger, der henviser patienter, fx vagtlæger, praktiserende speciallæger og ambulancelæger.

Med kommunerne som ny aktør på sundhedsområdet finder Lægeforeningen det væsentligt for et sammenhængende patientforløb, at kommunerne ligeledes omfattes af de ændrede regler for informationsudveksling mellem sekundær- og primærsektoren. Konkret foreslår foreningen, at kommunerne ved afslutning af et rehabiliteringsforløb skal give den behandlende læge meddelelse herom, med mindre patienten har frabedt sig videregivelse af helbredsoplysninger. I andre sammenhænge, fx i forlængelse af sundhedsaftaler, bør det ligeledes kunne indgå som et kvalitetssikringselement, at der udveksles nødvendig information mellem kommunale enheder, egen læge og sygehus om aftalte forløb.

I lyset af det øgede fokus på mere sammenhængende patientforløb og et tættere samarbejde mellem praktiserende læger foreslår Lægeforeningen, at den nuværende hindring for læger i netværkspraksis til at få adgang til hinandens journaler fjernes. Patienterne ville således ikke være henvist til kun at modtage "akut" behandling fra stedfortrædende læge, men kan i princippet modtage samme fuldt kvalificerede behandling som ved henvendelse til egen læge. Samtidig ville stedfortrædende læges adgang til patientjournalen kunne sikre mod medicineringsfejl mv.

Med henblik på læring og sammenhæng i arbejdet mellem primær og sekundær sektor findes det væsentligt, at den behandlende læge meddeles oplysninger om patientens sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde, når patienten er afgået ved døden under indlæggelse på sygehus. Ifølge gældende lovgivning kan den behandlende læge alene indhente oplysninger herom efter forespørgsel fra nærmeste pårørende.

Lægeforeningen vil imidlertid foreslå, at der indføres et overordnet princip om, at oplysninger som udgangspunkt og uden patientens samtykke kan videregives til - eller indhentes af - læger, der aktuelt har patienten i behandling, således at oplysninger, som er relevante i en undersøgelses- eller behandlingssituation er tilgængelige for det behandlende sundhedspersonale. Indføres dette princip, skal patienten informeres om retten til at frabede sig, at oplysningerne indhentes eller videregives, jf. princippet i det foreliggende lovforslag vedrørende udskrivningsbreve.

Tilgængelighed af relevante oplysninger vil være medvirkende til at lette diagnosticering og dæmme op for fejlbehandling. Indførelsen af princippet vil dog kræve en standardisering af data og en omlægning af systemer. Det er afgørende, at den elektroniske patientjournal (EPJ) bliver i stand til at håndtere disse problemstillinger.

Man kan forestille sig, at der i stil med Medicinprofilen etableres en samlet oversigt over journaloplysninger om patienten, som dækker både primær og sekundær sektor (et nationalt patientindeks), hvorefter disse journaloplysninger umiddelbart skal kunne hentes elektronisk. Ligesom ved Medicinprofilen bør oplysningerne være tilgængelige for patienten selv sammen med en log over, hvem der har set oplysningerne, eventuelt i kombination med et centralt register, hvor patienten aktivt skal kunne spærre for adgang til journalen. Systemerne bør indrettes, så de kan fungere både som oplysning for patienter og arbejdsredskaber for sundhedspersoner.

Lægeforeningen finder, at mulighed for udveksling af helbredsoplysninger inden for sundhedssektoren er afgørende for en forbedret behandlingsindsats og forebyggelse af fejl.

Opbevaring af patientjournaler i praksis

For så vidt angår opbevaringsreglerne og adgangen til destruktion af data ved lukning af lægepraksis, finder Lægeforeningen fortsat disse bestemmelser problematiske, som også påpeget i forbindelse med det seneste journalføringscirkulære. Det er uhensigtsmæssigt, at købende læge ikke kan overtage journalerne uden patientens forudgående samtykke. Hvis den praktiserende læge dør, ophører med at praktisere eller går konkurs, ophører journalopbevaringspligten ifølge seneste journalføringscirkulæret. Lægeforeningen finder, at der med disse regler er stor risiko for, at journaler destrueres til skade for patienternes eventuelle videre behandling. Med dette hensyn for øje har foreningen anbefalet sine medlemmer fortsat at opbevare journalerne efter fx pensionering. Lægeforeningen skal foreslå, at der - som det er sket i Norge - etableres et centralt opbevaringssted, hvortil ophørte lægers journaler kan overføres, og hvorfra patienten efterfølgende kan anmode om videreformidling til patientens nye læge eller til patienten selv.

15-18 årige

Ifølge forslaget til sundhedslovens § 60 videreføres reglen om, at personer mellem 16 og 18 år kan vælge alment praktiserende læge uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller værge.

Lægeforeningen finder ikke, at reglen harmonerer med den fastsatte aldersgrænse for afgivelse af informeret samtykke til behandling, som såvel i gældende lovgivning som i forslaget er 15 år.

Det anbefales, at reglen om valg af alment praktiserende læge bringes i overensstemmelse med reglen om afgivelse af informeret samtykke til behandling således, at 15-årige patienter har mulighed for at vælge egen læge. Specielt i forbindelse med rådgivning om svangerskabsforebyggelse findes det afgørende, at patienten har adgang til at vælge egen læge.

Udvalg om udveksling af oplysninger

Såfremt ministeriet afviser at medtage nogle af de konkrete forslag, vil Lægeforeningen foreslå, at der nedsættes et hurtigtarbejdende udvalg, som kan gennemgå kravene til udveksling af information og samtykke i forhold til det stigende behov for udveksling, der følger

af teknologien, kommunernes nye opgaver og en modernisering af bestemmelserne generelt, som der, jf. ovennævnte argumenter, er et tvingende behov for.

Afsnit VII, kapitel 27 (samråd og ankenævn)

Ifølge § 97 sammensættes et samråd af tre personer, hvoraf to er læger. Den ene skal enten være speciallæge i gynækologi eller kirurgi, mens den anden skal være speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt.

Efter Lægeforeningens opfattelse er det helt nødvendigt, at et af de lægelige samrådsmedlemmer er speciallæge i gynækologi, fordi de problemstillinger, samrådene og ankenævnene beskæftiger sig med, for en stor dels vedkommende er af gynækologisk karakter. Størrelsen af de kommende regioner vil efter Lægeforeningens opfattelse muliggøre, at der nu kan skabes lovmæssig sikkerhed for, at der altid er speciallæger i gynækologi blandt medlemmerne af samrådene og ankenævnene.

Afsnit IX (Kommunale sundhedsydelser)

Generelt finder Lægeforeningen det positivt, at der i lovforslaget er stor fokus på sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Opdelingen af indsatsen i en borgerrettet og en patientrettet del vil formodentlig være medvirkende til at præcisere opgaver og ansvar for henholdsvis kommuner og regioner.

En del af opgaverne inden for den borgerrettede sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme kan løses af kommunerne, men der er fortsat brug for nationale initiativer, fx lovgivning og afgiftspolitik med det formål at begrænse rygning og alkoholforbruget samt fremme en sund levevis.

Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme

- Børn og unge

Lægeforeningen finder det positivt, at der lægges op til særlig fokus på at skabe gode rammer for børn og unge, der er en sundhedsmæssigt sårbar gruppe.

Det havde været ønskeligt, at lovforslaget i højere grad havde taget hånd om de problemer på bl.a. børne-unge-området, som den gældende lovgivning ikke har sikret.

Derfor bør området sikres bevågenhed, hvilket kan ske ved en klar beskrivelse af den kommunale forpligtelse på området.

Det sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende arbejde bør videreføres mere systematisk efter folkeskolen og indtænkes i de videre uddannelsesstilbud. Tilbudene bør desuden målrettes de enkelte befolkningsgrupper og gerne bestå i konkrete tilbud med en nedtoning af brede kampagner.

Lægeforeningen skal her henlede opmærksomheden på, at i relation til lovforslaget om social service er der på børne-unge-området flere tilfælde af indbyrdes uoverensstemmelse i forhold til sundhedsloven. Det gælder blandt andet i hhv. § 123 og § 49 om inddragelse af social og pædagogisk sagkundskab og udpegning af ansvarlig koordinator og i hhv. § 120 og § 19 om indsatsens omfang. Dette bør rettes, da det giver stor mulighed for fri tolkning og uoverensstemmelser.

I § 50 i udkast til lov om social service bør kommunallægen endvidere efter Lægeforeningens opfattelse nævnes direkte blandt gruppen af fagfolk, og i § 153 om underretningspligt bør det direkte af loven fremgå, at personer i offentligt erhverv har "skærpet" underretningspligt.

På det børne- og ungdomspsykiatriske område vil Lægeforeningen pege på, at den eksisterende indsats langt fra er tilstrækkelig. Der er betydelige problemer med pladsmangel og ventetid på rehabilitering (efterbehandling) af denne patientgruppe efter endt undersøgelse/behandling i hospitalsregi. Der er problemer med pladsmangel på specialskoler og institutioner, og der er manglende iværksættelse af familiemæssig støtte, vejledning og behandling.

En reducere af indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien kan eventuelt ske ved en større indsats i forhold til den opsøgende og den forebyggende indsats fra kommunernes side, dvs. sundhedsplejersker, indsatsen i vuggestue/børnehave og skole. Denne opmærksomhed skal primært skærpes ved at uddanne de personer, der kommer i kontakt med målgruppen, idet det er helt afgørende, at den nødvendige kompetence hos disse medarbejdere eksisterer.

Det er vigtigt, at de centrale myndigheder på social- og sundhedsområdet sikrer, at en decentralisering af opgaver ikke fører til en svækkelse af indsatsen og sikrer, at det faglige niveau fastholdes.

- Misbrugsområdet

Som en del af forebyggelsesindsatsen bliver kommunerne ansvarlige for behandling af alkohol- og stofmisbrugere. Baggrunden for at tildele kommunerne et egentligt behandlingsansvar på dette område er formodentlig, at ansvaret for den generelle forebyggende indsats placeres i kommunerne. Behandlingen af alkohol- og stofmisbrugere er et specialiseret lægefagligt område, som i dag for så vidt angår stofmisbrugere varetages amtskommunalt. En række alkoholtilbud varetages ligeledes af amterne. Lægeforeningen finder, at den rette placering af denne opgavevaretagelse fremover skal være i regionerne, idet hovedparten af de patienter, der behandles for alkohol- og stofmisbrug tillige har somatiske lidelser. I den forbindelse er det endvidere væsentligt at påpege, at misbrugsbehandlingen ofte er nøje koblet til psykiatrien, hvorfor der på dette område er ganske stor risiko for, at der opstår gråzoner med incitament til kassetænkning, hvilket ideelt løses ved at samle hele området på det regionale niveau.

- Psykiatri

Overordnet skal det bemærkes, at i den oprindelige forligstekst blev det klart anført, at såvel somatik som psykiatri skulle organiseres sammen på det regionale niveau. Denne klarhed savnes i lovforslaget, hvilket er ganske problematisk.

- Palliativ indsats

Også den terminale behandling baseret på indlæggelse på hospice skal være baseret på det regionale niveau i samarbejde med smerteklinikker og palliative funktioner på hospitalerne.

Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme (rehabilitering)

Med hensyn til den patientrettede forebyggelse er det Lægeforeningens opfattelse, at arbejdsdelingen mellem kommunerne og regionerne er mere kompliceret. Det vil være hensigtsmæssigt at tage udgangspunkt i en generel rehabiliteringsmodel og vurdere hele patientens forløb i sygdommen - den akutte indlæggelse (fase I), den specialeorienterede efterbehandling (fase II), og den langsigtede efterbehandling, hvor behandling og forebyggelse skal fastholdes (fase III).

Fase I er den akutte hospitalsindlæggelse, der er meget kort. Rehabiliteringen begynder imidlertid allerede ved indlæggelsen, men forløbet er hovedsageligt sygdomsorienteret og kræver specialviden og teknologi mv.

Fase II er den umiddelbare efterbehandling, hvor patienten fortsat har behov for behandling på specialistniveau. I fase II justeres den medicinske behandling og genoptræning med henblik på at kunne overgå til videre opfølgning i primærsektoren. Fase II bør ikke lægges ud til kommunerne, idet der ikke alene er behov for betydelig ekspertise, men patienten skal også have behandling på et ensartet højt niveau. Fasen er omkostningstung, og de forskellige patientgrupper kræver forskellige behandlingstilbud.

I fase III kan flertallet af patienterne overgå til den praktiserende læge. Flertallet af de forebyggelsestiltag, der skal vedligeholdes eller udbygges, vil være fælles for visse patientgrupper og kunne foregå i sammenhæng med de primære forebyggelsestiltag. Det er i fase III, man har den største mulighed for at forebygge genindlæggelser og etablere nye samarbejdsmodeller, hvor bl.a. de kroniske patienter kan blive bedre overvåget og vurderet.

Genoptræning og rehabilitering

Kommunerne skal tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter behandling på sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Lægeforeningen undrer sig over, at man konsekvent anvender begrebet genoptræning og ikke rehabilitering. Når opgaven fremover placeres i kommunerne, er det Lægeforeningens forventning, at man vil skabe tættere sammenhæng til de sociale ansvarsområder, som kommunerne allerede varetager.

Det er vigtigt at understrege, at visitationen til genoptræning skal være lægefagligt begrundet og foretages af kvalificerede læger. En egentlig genoptræning i kommunerne skal sikres et fagligt miljø, hvor nøgleordene er evidens, kvalitet og fortsat udvikling og forskning. Disse forhold samt hensynet til ensartede tilbud til patienterne indebærer, at genoptræningen bør finde sted i relativt store enheder, gerne på tværs af kommuner og med tæt relation til sygehushælsesvæsenet. Ældre medicinske patienter er et eksempel på en svag patientgruppe uden gode muligheder for opinionsdannelse, hvorfor der skal være særlig opmærksomhed på, at sundhedsvæsenet indrettes med henblik på, at gruppen får den optimale behandling.

Sundhedsfaglig rådgivning og planlægning

Lægeforeningen anser det for positivt og nødvendigt, at der med udkastet til ny sundhedslov generelt lægges op til øget central koordinering og styring af regionernes indsats på sundhedsområdet. I forlængelse heraf er det efter foreningens opfattelse utilfredsstillende

lende, at det nye kommunale ansvar for forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning ikke på tilsvarende måde er afgrænset og beskrevet.

Kommunernes nye opgaver på sundhedsområdet udgør et væsentligt bidrag til den samlede sundhedsmæssige indsats, som skal udføres i tæt samspil med de nye regioner. Fraværet af bestemmelser for kommunernes udmøntning af ansvaret på sundhedsområdet er, efter Lægeforeningens opfattelse, en mangel bl.a. set i lyset af, at de nye kommuner vil have meget forskellige forudsætninger for at løse opgaverne.

I forlængelse heraf vil kommunerne forventeligt også have forskellige ambitioner for den sundhedsmæssige indsats. Lægeforeningen er i den forbindelse bekymret for stor variation i de kommunale tilbud, således at borgerne i forskellige kommuner vil opleve store forskelle i de kommunale tilbud.

Sundhedsstyrelsen og andre centrale myndigheder bør udmelde anbefalinger for, hvordan og hvilken indsats kommunerne skal varetage. Anbefalingerne skal baseres på evidens og en solid vidensopsamling såvel nationalt som internationalt.

De kommende sundhedsaftaler, der skal indgås mellem kommuner og regioner, kommer til at spille en afgørende rolle for udmøntning og koordinering af den kommunale sundhedsindsats. Det er essentielt, at kommunerne og regionerne sammen tilrettelægger indsatsen, således at indsatsen bliver mest mulig optimal for borgerne og udnytter ressourcerne effektivt.

Det er afgørende, at kommunerne baserer deres tilbud og planlægning på professionel sundhedsfaglig rådgivning. Sygdomsforebyggelse og sundhedsarbejde bør kobles op på lægefaglige miljøer fx i sygehusvæsenet.

Finansiering, forebyggelse og sundhedsfremme

Der lægges op til, at kommunerne gennem finansieringsmodellen får et incitament til at begrænse indlæggelser i sygehusvæsenet og det nævnes, at kommunerne kan indtænke alternative løsninger i forhold til sygehusindlæggelser. Lægeforeningen vil på den baggrund foreslå, at kommunerne anvender ressourcer på dokumenteret effektiv sygdomsforebyggelse som fx forebyggelse af faldulykker i hjemmet. Dette vil medvirke til at give det ønskede incitament til at begrænse indlæggelser i sygehusvæsenet samt prioritere forebyggelse og sundhedsfremme højt.

Lægeforeningen finder det ikke sandsynliggjort, at den konkrete finansieringsmodel giver kommunerne det incitament, som skal sikre, at der i kommunalt regi oprettes evidensbaserede forebyggelses- og rehabiliteringstilbud af tilstrækkeligt omfang. Det er eksempelvis ikke entydigt, at en kommunal medfinansiering af praksissektorens ydelser i form af et fast bidrag giver kommunerne det rette incitament til forebyggelse og rehabilitering.

Lægeforeningen finder det betænkeligt, at den kommunale medfinansiering af sygehusvæsenet er begrundet i ønsket om, at kommunerne skal implementere alternative løsninger i forhold til sygehusindlæggelser og primærsektor. Lægeforeningen ser en klar risiko for en u hensigtsmæssig kommunal adfærd i relation til sygehusindlæggelser. Der er herved fare for et system, hvor det er økonomien, som bestemmer tilbuddet til borgeren, og ikke borgerens behandlingsmæssige behov. Hvis det viser sig økonomisk fordelagtigt, kan der opbygges enten kommunale alternativer til sygehusindlæggelser eller skabes tilskyndelse til sygehusindlæggelse - alt efter hvad der økonomisk kan betale sig for kommunerne. Har man som borger behov for en sygehusindlæggelse, skal dette behov imødekommes af det professionelle sygehussystem og ikke af et kommunalt alternativ hertil. Vurderingen af, hvorvidt borgeren har behov for en sygehusindlæggelse, er - og skal også i fremtiden være - en lægefaglig vurdering.

Det er således helt afgørende at holde fast i den lægelige visitation, dvs. at det er en lægelig afgørelse, hvorvidt en patient skal indlægges eller modtage en lang række af ofte bekostelige behandlingsmæssige ydelser. Såfremt der fx oprettes sundhedscentre, er det afgørende, at der ikke brydes med dette princip. Opbygningen af sundhedscentre indebærer en risiko for unødigt økonomisk merforbrug og øget konkurrence om bl.a. de lægefaglige ressourcer. Eventuelle sundhedscentre bør derfor planlægges og iværksættes i tæt samarbejde med de øvrige ansvarlige sundhedsmyndigheder og praksissektoren i regionen.

Lægeforeningen tilslutter sig i øvrigt princippet i § 232 om, at bopælskommunens betaling for sygehusydelser tilgår bopælsregionen, der herefter fordeler midlerne.

Opsummering

Det er Lægeforeningens opfattelse, at kommunernes største opgave bliver at organisere den primære forebyggelse og udbygge den kommunale rehabilitering, der omfatter fase III. Det er vigtigt at under-

strege, at fase II er en sygehusopgave, idet den relativt intensive efterbehandling stiller betydelige krav til specialviden, samt at patientgrundlaget i de enkelte grupper er for begrænset til de enkelte kommuner.

- Kommunerne skal hovedsageligt beskæftige sig med borgerrettet primærforebyggelse samt rehabilitering af patienter efter endt sygehusbehandling.
- Kommunernes ydelser og tilbud skal baseres på sundhedsfaglig viden og evidens og for en række ydelser også lægefaglig visitation.
- Kommunernes ydelser og tilbud skal baseres på udmeldinger og vejledninger fra de centrale myndigheder.
- Sundhedsaftalerne mellem regionerne og kommunerne vil spille en vigtig rolle og bør sendes i høring i sundhedsfaglige miljøer.
- Finansieringsmodellerne skal understøtte de tilbud, der sikrer patienterne en behandling af høj sundhedsfaglig kvalitet, og som samtidig sikrer en optimal ressourceudnyttelse.

Afsnit XI, kapitel 51 (tilskud)

Lægeforeningen har noteret, at det af bemærkningerne fremgår, at der ikke forventes ændret på den gældende administration af bestemmelsen, hvilket fx betyder, at der ikke ydes tilskud til lægemidler indkøbt i et andet EU-land. Lægeforeningen skal opfordre til, at ministeriet genovervejer denne beslutning og giver borgerne adgang til at indkøbe lægemidler, hvor de er billigst.

Afsnit XII, kapitel 52 (præhospital indsats)

Lægeforeningen har noteret, at indenrigs- og sundhedsministerens be- myndigelse til at fastsætte nærmere regler om tilrettelæggelsen af den præhospital indsats og ambulancetjeneste videreføres uændret.

Af den kommende bekendtgørelse bør det fremgå, at præhospital be- handling er en koordineret del af det samlede akutberedskab, ligesom det bør sikres, at der er en regional lægelig ledelse af den præ- hospital indsats.

Lægeforeningen finder, at al akutbetjening skal ske via lægelig vi- sitation. Direkte adgang til lægelig rådgivning er en central forud-

sætning for at sikre, at akutte patienter visiteres til rette behandler hurtigst muligt.

Lægelig visitation indeholder således både en kvalitetsforbedring i forhold til den nuværende akutbetjening og en effektivisering bl.a. i form af frigørelse af ressourcer på de medicinske og kirurgiske skadestuer. Samtidig vil patienterne opleve det nemmere at henvende sig til sundhedsvæsenet, idet man alene skal henvende sig ét sted (kontakte lægevagten telefonisk) uden for egen læges åbningstid, eller i særlige situationer kontakte 112.

Lægelig visitation skal endvidere ses i sammenhæng med en forventet udvikling med færre og større sygehuse og dermed også færre og større akutberedskaber, hvor uvisiterede skadestuer hverken fagligt eller ressourcemæssigt er hensigtsmæssige.

Afsnit XIV, kapitel 58 (kvalitetsudvikling)

Lægeforeningen finder det hensigtsmæssigt, at der indgår et selvstændigt kapitel 58 om kvalitetsudvikling og tager det som udtryk for øget fokus på området samt vilje til kontinuerligt at tilrettelægge, støtte og gennemføre den nødvendige kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet.

Lægeforeningen skal i denne forbindelse pege på, at det med kommunernes nye rolle på sundhedsområdet bliver meget væsentligt at inddrage kommunerne i arbejdet med den danske kvalitetsmodel.

Den danske kvalitetsmodel kan således via standarder og akkreditering medvirke til at sikre, at kommunernes sundhedsydelser lever op til en standard, der er sammenlignelig med resten af sundhedssektoren. Det bliver samtidig synligt, hvis der tilbydes en dårligere kvalitet. Den danske kvalitetsmodel bør derfor være et stærkt styringsredskab for både regioner og kommuner i fremtidens sundhedsvæsen.

Lægeforeningen skal endvidere foreslå, at udmøntningen af bestemmelsen sker i samarbejde med forhandlingssystemet (§ 221) for at sikre den fortsatte kvalitetsudvikling i bl.a. almen praksis og speciallægepraksis. Der henvises til, at det eksisterende forhandlingssystem hidtil har kunnet facilitere kvalitetsudviklingen samt udbredelsen af IT-anvendelse i almen praksis.

Kapitel 59 (forskning)

Lægeforeningen har noteret, at forskningsforpligtelsen med § 189 er blevet lovfæstet, hvilket er en betydelig forbedring af forskningens vilkår. Det vil imidlertid være essentielt, at regionerne koordinerer den forskning, der foregår i regionerne sådan, at de relativt få forskningsmidler, der trods alt stadig er i regionerne, ikke anvendes inden for de samme forskningsområder.

I bemærkningen til § 189 er angivet, at regionernes forskningsforpligtelse omfatter forskning på universitetshospitaler og andre sygehuse mv. samt i praksissektoren, hvor forskningsarbejde sker som led i overenskomstaftalerne.

Lægeforeningen skal påpege, at almen medicinsk forskning også sker - og bør ske - på anden måde end som led i overenskomstaftalerne. Det er vigtigt, at forpligtelsen til forskning er generel.

Kapitel 61 (patientsikkerhed)

I forlængelse af Lægeforeningens bemærkninger om at inddrage kommunerne i arbejdet med den danske kvalitetsmodel skal det endvidere anbefales, at indenrigs- og sundhedsministeren snarest muligt anvender den i § 197 foreslåede bemyndigelse til at inddrage de kommunale sundhedsopgaver i det nationale indrapporteringssystem om utilsigtede hændelser med henblik på dokumentation og kvalitetsudvikling af de kommunale sundhedsydelser på patientsikkerhedsområdet.

Lægeforeningen skal benytte lejligheden til at gøre opmærksom på, at indrapporteringssystemet nu har fungeret i ca. et år med stor succes på sygehusområdet med p.t. over 5.000 indrapporteringer til Sundhedsstyrelsen.

Lægeforeningen kan dog med beklagelse notere, at Sundhedsstyrelsen endnu ikke har givet nogen form for tilbagemelding herpå. Lægeforeningen skal derfor opfordre til, at Sundhedsstyrelsen tager fat på at realitetsbehandle de indkomne rapporter, således at systemet dels kommer til at fungere som det læringssystem, det er tiltænkt, dels for at bevare sundhedspersonalets fortsatte lyst til at indrapportere, hvilket er forudsætningen for systemets virke.

Afsnit XV, kapitel 62 (samarbejde)

Lægeforeningen finder det positivt, at der i lovgivningen lægges vægt på at sikre det sammenhængende patientforløb mellem sundhedsvæsenet og de tilgrænsende sektorer.

Samarbejdsudvalg

Det fremgår af lovudkastets § 199, at der skal nedsættes regionale samarbejdsudvalg, og at ministeren fremsætter nærmere regler for bl.a. sammensætningen af udvalgene. Af bemærkningerne til bestemmelsen fremgår, at samarbejdsudvalget som udgangspunkt skal behandle spørgsmål af generel relevans og således ikke forholde sig til konkrete patientforløb mv.

Det foreslås, at betegnelsen Regionale samarbejdsudvalg erstattes med en anden betegnelse, fx sundhedskoordinationsudvalg. Betegnelsen "samarbejdsudvalg" er forvirrende i relation til de allerede eksisterende samarbejdsudvalg på sygehuse og arbejdspladser og de samarbejdsudvalg, der er en del af Landsoverenskomsten for almen praksis og Speciallægeoverenskomsten, hvor regionsråd og kommuner skal møde praksissektoren og sikre overenskomstgrundlag for denne.

I det nuværende Landssamarbejdsudvalg (LSU) og Speciallægelands-samarbejdsudvalg (SSU) udføres en række opgaver, som vedrører generelle overenskomstmæssige spørgsmål og den enkelte læges virksomhed, der fortsat skønnes relevante. Det er imidlertid ikke angivet, hvorledes man forestiller sig, at de opgaver, som i dag henhører under LSU og SSU, skal løses fremover. Lægeforeningen finder det hensigtsmæssigt, at der fortsat er en klar hjemmel til LSU og SSU samt et opmandssystem i loven. Denne hjemmel er i dag givet ved § 27 i sygesikringsloven.

Lægeforeningen finder, at regionsrådets kompetence skal ses i sammenhæng med overenskomstsystemet, således at den konkrete udmøntning af de indgåede sundhedsaftaler, for så vidt angår praksissektoren, sker i forhandlingssystemet.

Det fremgår endvidere af bemærkningerne, at samarbejdsudvalget bliver forum for drøftelse og eventuel forhandling af sundhedsaftaler, jf. § 200, samt det forum, hvor den regionale sundhedsplan drøftes i forhold til praksissektoren og kommunerne i regionen. Lægeforeningen vil pege på, at disse opgaver forudsætter en betydelig og bred sundhedsfaglig rådgivning. Lægeforeningen forudsætter, at ministeren gennem sin bemyndigelse sikrer dette ved udvalgets sammensætning eller en formaliseret rådgivningsstruktur.

Af bemærkningerne til § 199 fremgår endvidere, at indenrigs- og sundhedsministeren derudover bl.a. vil fastsætte regler om, at sam-

arbejdsudvalget skal sammensættes af repræsentanter fra regionen, kommunerne i regionen og repræsentanter fra praksissektoren. I lovforslaget mangler der således klare retningslinjer for repræsentation, antal medlemmer af samarbejdsudvalgene, fordelingen af medlemmerne på regioner, kommuner og praksissektor, samt hvorledes medlemmerne udpeges, og hvordan udvalget arbejder.

Lægeforeningen finder, at det bør gøres eksplicit i de kommende administrative bestemmelser, at der som minimum bør være to medlemmer udpeget af henholdsvis Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger i hvert regionalt samarbejdsudvalg.

Lægeforeningen ser gerne, at de nye samarbejdsudvalg inddrager praksissektoren og sygehussektoren. Det vil ikke være alle aftaler i regionens samarbejdsudvalg, som kan rummes inden for de eksisterende overenskomster. Det må derfor gøres eksplicit, at disse aftaler efterfølgende indgås i de i medfør af overenskomsten nedsatte samarbejdsudvalg. Lægeforeningen finder samtidig, at kommunerne skal være repræsenteret i disse overenskomstrelaterede samarbejdsudvalg.

Sundhedsaftaler

Det fremgår af lovforslagets § 200, at regionen skal indgå en sundhedsaftale med hver kommune i regionen. Ministeren fastsætter regler for indholdet af aftalerne, herunder obligatoriske områder for indholdet.

Lægeforeningen anerkender, at samarbejdet om forebyggelse, sundhedsfremme og sammenhængende patientforløb skal fremmes med sundhedsaftaler, der er en udmøntning af den del af den regionale sundhedsplan, der vedrører kommuners og regioners samarbejde. Det fremgår af dette høringssvars afsnit om de kommunale sundhedsydelser, at kommunernes opgaveløsning skal hvile på solid sundhedsfaglig viden og vurdering, hvilket naturligvis også bør gælde sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Disse aftaler bør således bygge på indhentet viden og rådgivning fra relevante parter i sundhedsvæsenet. Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at Sundhedsstyrelsens godkendelse af aftalerne vil bero på, om de udmeldte obligatoriske områder indgår i sundhedsaftalerne. Der lægges således ikke op til en kvalitativ vurdering af aftalerne fra Sundhedsstyrelsens side, hvilket aktualiserer ønsket om inddragelse af sundhedsfaglig kompetence ved indgåelse af sundhedsaftalerne.

Kapitel 63 (planlægning)

Det fremgår af lovforslaget, at regionen overtager amternes opgave med at udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelse af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Regionen skal forudgående indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at der ikke skal gennemføres høring over sundhedsplanerne, idet disse forudsættes drøftet i det regionale samarbejdsudvalg. Det er efter Lægeforeningens opfattelse ikke en tilstrækkelig sikring af, at relevante synspunkter og viden indgår i sundhedsplanerne.

Lægeforeningen anerkender styrkelsen af Sundhedsstyrelsens rolle ved udformning af sundhedsplaner. Driften af sundhedsvæsenet bør hvile på et fagligt og økonomisk forsvarligt grundlag, der nyder bred opbakning i befolkningen. Derfor finder Lægeforeningen, at sundhedsplanerne bør sendes i høring, således at borgerne og relevante interessenter sikres adgang til at tilkendegive deres holdning til de sundhedsplaner, der ligger til grund for udmøntningen af den regionale og nationale sundhedspolitik.

Kapitel 64 (specialeplanlægning)

Det fremgår af de generelle bemærkninger til lovforslaget, at specialeplanlægningen skal strammes op i forhold til nuværende praksis. Centralt i dette står Sundhedsstyrelsen med nye og udvidede beføjelser i forhold til regionerne/sygehusejerne. Dette er i overensstemmelse med Lægeforeningens holdning, som den er udtrykt i høringssvaret vedrørende Strukturkommissionens betænkning.

Sundhedsstyrelsen skal i specialeplanlægningen støtte sig til et rådgivende udvalg for specialeplanlægning, hvilket Lægeforeningen kan støtte.

Det er imidlertid ikke entydigt beskrevet, hvordan udvalget skal sammensættes, idet lovforslagets bemærkninger og bestemmelse ikke er konsistente. Lægeforeningens bemærkninger tager udgangspunkt i selve lovbestemmelsen, hvoraf fremgår, at det rådgivende udvalg består af repræsentanter fra de lægevidenskabelige selskaber, regionsrådene, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Det er centralt for Lægeforeningen, at udvalget tænker ud over eksisterende grænser og rammer for specialeplanlægning, og at udvalget på én gang bliver præget af faglig indsigt og handlekraft.

For at udvalget kan yde en tilstrækkelig helhedsorienteret rådgivning, bør derfor også Lægeforeningen være repræsenteret i udvalget, idet der er behov for at sikre udvalget viden og rådgivning på de tværgående lægefaglige områder, fx videreuddannelsen og kvalitetsudvikling, som specialeselskabernes mere vertikale kompetencer og tilgang ikke nødvendigvis rummer.

Lægeforeningen vil herudover anbefale, at for så vidt angår de lægevidenskabelige selskaber udvælger Sundhedsstyrelsen et på en gang fagligt dækkende og begrænset antal af de specialebærende selskaber til at deltage i udvalgets arbejde. For at sikre det faglige grundlag skal udvalget kunne inddrage særlig sagkundskab, fx fra de specialebærende videnskabelige selskaber, der ikke har fast plads i udvalget, når dette skønnes fornødent. Den kliniske kompetence er helt afgørende for udvalget.

Lægeforeningen skal dog bemærke, at det forekommer besynderligt, at det i lovbemærkningerne forudsættes, at medicinaldirektøren skal være formand for det udvalg, der skal rådgive Sundhedsstyrelsen. En anden formandskonstruktion vil dels styrke udvalgets mulighed for at fremstå mere uafhængigt med en faglig profil, dels styrke Sundhedsstyrelsens muligheder for at agere friere i forhold til den faglige rådgivning.

Afsnit XVII, Kapitel 66 (Sundhedsstyrelsen)

Bestemmelserne om samarbejde og planlægning i lovudkastet skitserer rammerne for en klar styrkelse af Sundhedsstyrelsens rolle som en central fagligt funderet sundhedsmyndighed med endelige planbeføjelser. Lægeforeningen hilser dette velkomment og konstaterer, at det er i tråd med foreningens oprindelige anbefaling i forbindelse med høringsprocessen vedrørende Strukturkommissionens betænkning.

Med gennemførelsen af lovforslaget i den foreliggende form vil Sundhedsstyrelsen komme til at spille en ændret og langt større rolle i det danske sundhedsvæsen. Dette hilses velkomment, men Lægeforeningen vil dog samtidig gøre opmærksom på, at denne rolle forudsætter en fagligt stærkere funderet styrelse end i dag, ligesom det er nødvendigt, at der tilføres tilstrækkelige ressourcer, såvel økonomiske som personalemæssige til styrelsen. Det er vigtigt at styrke styrelsens kliniske erfaringsgrundlag i denne forbindelse. Tilsvarende vil det være nødvendigt, at Sundhedsstyrelsen er i stand til at have en åben og offensiv dialog med sundhedsvæsenets forskellige parter.

Ligeledes vil Lægeforeningen gerne anerkende udkastets bestemmelser og bemærkninger om embedslægevæsenets organisering som en regional statslig myndighed i de kommende regioner, således at der skal være en institution i hver region. Det er et særkende for embedslægevæsenets virksomhed, at det dels har opgaven som de centrale sundhedsmyndigheders "forlængede arm" i en række spørgsmål vedrørende overvågnings-, tilsyns- og kontrolfunktioner, dels udfører andre opgaver for offentlige myndigheder på alle administrative niveauer. Det er en central forudsætning for disse opgavers udførelse, at regionens embedslæger besidder det fornødne regionale og lokale kendskab, hvorfor Lægeforeningen lægger vægt på, at embedslægevæsenets opgaver ikke centraliseres.

En af forudsætningerne for, at embedslægernes lokale rådgivende og tilsynsførende funktion kan opretholdes i den nye struktur, er, at det bliver muligt, at der i regioner med store geografiske afstande kan etableres filialkontorer.

For så vidt angår udmøntningen af kommunalreformen på Miljøministeriets område har der været generel tilfredshed med den vidensopbygning, der er sket i amternes forvaltning siden kommunalreformen i 1970. Lægeforeningen har ikke mulighed for at forudse, om en tilsvarende vidensopbygning kan gennemføres i de fremtidige kommuner. Med kendskabet til opgaverne kan man blive bekymret for, om kommunerne vil besidde den nødvendige ekspertise på det sundhedsrelaterede miljøområde. En flytning af sagsbehandlingen på miljø- og genteknologiområdet til de centrale myndigheder finder Lægeforeningen velmotive ret, bl.a. under henvisning til de særlige krav til ekspertise på området.

Udkast til sundhedslov samt Udkast til lov om regionernes finansiering

Lægeforeningen har noteret, at udgangspunktet for den samlede finansiering af det fremtidige sundhedsvæsen bygger på en forventet realvækst i udgifterne på 2-3 % årligt - ligesom det ikke forventes, at udligningsordningen regionerne imellem fører til nedgang i udgifter, men en forskellig vækst regionerne imellem i overgangsperioden.

Lægeforeningen er enig i, at det finansielle udgangspunkt for fremtidens sundhedsvæsen skal bygge på vækst - ikke besparelser. Det er en forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan leve op til borgernes

fremtidige forventninger og berettigede behov, når der både skal tages højde for en befolkningsudvikling, der tilsiger et væsentligt øget behov, og der må forventes en stadig forøgelse af de teknologiske muligheder. Hertil kommer et efterslæb på den fysiske bygningsmasse og udstyr.

Det er i denne sammenhæng Lægeforeningens holdning, at alle borgere skal have lige adgang til ensartet behandling på et højt fagligt niveau uden direkte udgifter for den enkelte. Det betyder bl.a., at lægens valg af undersøgelser og behandlinger skal bero på en lægefaglig vurdering og være uafhængig af den enkelte patients økonomiske formåen.

Udbuddet af offentligt finansierede sundhedsydelser skal derfor tage udgangspunkt i en lægefaglig vurdering af, hvilken behandling patienterne har behov for, og tilførslen af økonomiske ressourcer til sundhedsvæsenet skal derfor også foretages på en sådan måde, at finansieringsformen understøtter det lægelige arbejde. Hvis der indføres økonomiske incitamentter - fx via takstfinansiering - skal disse være forenelige med det lægefaglige virke og fremme en god kvalitet i behandlingen.

Finansieringsmodellen indebærer, at Finansministeriet får en afgørende rolle i forbindelse med ressourceallokeringen til sundhedsområdet. Lægeforeningen skal opfordre til, at sundhedssektoren indgår i den samlede tværgående sektorprioritering, således at sundhedssektorens behov for større anlægsbevillinger til bygninger, IT, højteknologisk udstyr etc. bringes ind i en samlet overordnet prioritering.

Lægeforeningen skal på denne baggrund bemærke følgende til de foreliggende forslag til finansiering af fremtidens sundhedsvæsen:

Kommunal medfinansiering

Det er Lægeforeningens opfattelse, at der med den foreslåede finansieringsmodel, hvor kommunerne skal finansiere samlet ca. 15 % af regionernes sundhedsudgifter og heraf ca. 10 % i aktivitetsbidrag, er åbnet for en række uhensigtsmæssige og unødvendige muligheder for kassetænkning i samspillet mellem regioner og kommuner, hvor økonomiske forhold prioriteres frem for borgernes berettigede behov.

Uhensigtsmæssig da den foreliggende model med et kommunalt aktivitetsbidrag fx kan indeholde et økonomisk incitament til opbygning af

en række alternative sundhedstilbud i kommunalt regi, der reelt betyder etablering af et tostrengt sundhedssystem, jf. tidligere bemærkninger herom.

Unødvendig fordi incitamentet til gennemførsel af fx kommunale sundhedsfremmende og forebyggende initiativer lige så vel kan gives direkte gennem centralt aftalte aktiviteter, som indirekte via det foreslåede kommunale aktivitetsbidrag.

Lægeforeningen anførte allerede i sit høringssvar over Strukturkommissionens betænkning, at hvis der skal opnås positive incitamenter, er det vigtigt, at kommunerne kommer til at medfinansiere netop de sundheds- og sygesikringsudgifter, som de i realiteten har mulighed for at påvirke udbud og efterspørgsel af. Det er sygdomme som fx hoftebrud, kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes 2 og hjertelidelser, hvor forebyggelse har en dokumenteret effekt.

Hovedparten af sygehusaktiviteterne vedrører imidlertid sygdomme, som kommunerne ikke umiddelbart kan påvirke hverken forekomsten eller behandlingen af, og hvor alternativet ikke er et kommunalt tilbud i form af pleje/plejehjem eller behandling i et sundhedscenter. En kommunal betaling af disse ydelser giver således intet incitament til en kommunal sundhedsindsats i forhold til disse ydelser.

Tilsvarende gælder det inden for almen praksis, at det er vanskeligt at forestille sig, hvordan kommunen i langt de fleste af de i alt 30 mill. kontakter vil kunne medvirke konkret til at forebygge henvendelserne.

Lovforslaget læses således, at kommunernes udgifter til socialmedicinsk samarbejde (LOK § 77) vil være omfattet af kommunernes aktivitetsbetaling på 10 %, idet alle grundhonorarer, dvs. basishonorar, konsultationer, tillægsydelser, laboratorieundersøgelser samt socialmedicinsk samarbejde med kommunerne, er omfattet af LOK § 80, stk. 1.

Efter Lægeforeningens opfattelse bør der, for så vidt angår det socialmedicinske samarbejde, ske en differentiering i den interne afregning mellem kommuner og region, således at kommunen betaler alle udgifter til socialmedicinsk samarbejde, der er direkte rekvireret af kommunen.

Lægeforeningen skal derfor anbefale, at det kommunale aktivitetsbidrag målrettes sygdomme og ydelser, hvor en kommunal indsats har en dokumenteret effekt som fx forebyggelse af hoftebrud som følge af fald i hjemmet, eller socialmedicinsk samarbejde med praksis. En forhøjelse af aktivitetsbidraget hertil vil ligeledes øge incitamentet til en mere målrettet forebyggelse mv. af sygdomme, samarbejde mv.

Statsligt tilskud

Lægeforeningen skal anerkende effekten af den allerede eksisterende statslige aktivitetspulje, som har bidraget til en øget indsats hen imod de takstbaserede ydelser (ventelisteafvikling). Omvendt har prioriteringen betydet, at ydelser, der ikke er takstbaserede, fx medicinske afdelinger med langtidssyge, ikke er blevet prioriteret på grund af manglende ressourcer.

Lægeforeningen skal derfor anbefale, at de statslige tilskud fremover generelt tager højde for den "skævvridningseffekt", som den nuværende aktivitetspulje medfører - og dermed også bidrager til en mere balanceret udvikling på sygehusområdet.

Udvikling og forskning

Lægeforeningen er enig i, at statens tilskud til H:S til udvikling og forskning fremover omlægges til en pulje, der fordeles på alle fem regioner på grundlag af forskningens omfang og kvalitet.

Lægeforeningen vil endvidere foreslå, at der bl.a. af H:S' puljemidler oprettes en fond til klinisk interventionsforskning, der skal støtte såkaldte fase 4 forsøg. Fonden bør have en fælles ledelse, der koordinerer forskningsindsatserne i regionerne, og fonden bør ledes af en bestyrelse, der repræsenterer såvel regioner som lægefaglighed. Lægeforeningen vil fremlægge dette forslag separat på et møde med de relevante parter inden for nærmeste fremtid.

Lægeforeningen vil understrege, at EU's Barcelonaerklæring skal efterleves fra dansk side, idet det er en forudsætning for et velfungerende puljebaseret forskningsfinansieringssystem.

Udkast til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Lægeforeningen kan godt have forståelse for ønsket om at give patienter et bedre overblik over deres klage- og erstatningsmuligheder

ved at samle reglerne om disse muligheder i samme lov. Lægeforeningen er imidlertid betænkelig ved den signalværdi, der kan ligge i at samle to nugældende regelsæt fra henholdsvis det disciplinære system og erstatningssystemet i samme lov. Det er af stor betydning for læger, der skal rådgive patienter om deres erstatningsmuligheder, at de ikke kan komme i tvivl om, at Patientforsikringen fungerer uafhængigt af det disciplinære system i Patientklagenævnet og Sundhedsstyrelsen.

Ved revision af lovgivningen om klageadgang inden for sundhedsvæsenet finder Lægeforeningen anledning til at stille forslag til ændring af det nuværende patientklagesystem.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn er i dag det mest centrale led i Sundhedsstyrelsens tilsyn med sundhedsvæsenet. Fokus er rettet på at drage den enkelte læge til ansvar for en given fejlslagen behandling og påtale denne med henvisning til lægeloven.

I det nuværende klagesystem er der ikke incitament til at vurdere behandlingsforløbet som helhed med henblik på at rette fokus på eventuelle uhensigtsmæssigheder i arbejdsgange. Hverken politikere eller administratorer inddrages i den nuværende klageproces.

Lægeforeningen støtter derfor de tanker, som Forbrugerrådet for nylig har introduceret om at indføre et nyt klagesystem, der fungerer fremadrettet og forebyggende.

Forslaget indebærer, at der etableres et nyt patientklagenævn, der behandler patienternes klager over udrednings- og behandlingsforløb, og at det nuværende Patientklagenævn ændres til et disciplinærnævn.

Efter Lægeforeningens opfattelse bør et nyt patientklagenævn have mulighed for at bedømme, om der er sket en tilsidesættelse af patientens formelle og materielle rettigheder, og om sygehusmyndigheden har levet op til sine forpligtelser med hensyn til normering og fysiske rammer for behandling. Det bør endvidere kunne tage stilling til, om behandlingsforløbet har været af tilfredsstillende kvalitet. Nævnet bør sammensættes af juridisk sagkyndige, repræsentanter for patientforeninger og forbrugerorganisationer, læger, sygehusejere og centrale sygehusmyndigheder.

Et nyt disciplinærnævn skal kunne modtage anmeldelse fra patienter om faglig uforsvarlig virksomhed. Disciplinærnævnets virksomhed bør

herudover baseres på indberetninger fra Embedslægeinstitutionerne via Sundhedsstyrelsen og fra sygehusafdelinger, sygehusmyndigheder mv. Nævnet bør i lighed med det nuværende Patientklagenævn have kompetence til at fastslå, om læger har udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed i deres gerning i henhold til de forpligtelser, som fremgår af lægeloven. Nævnet sammensættes af specialesagkyndige læger og juridisk sagkundskab.

Lægeforeningen finder det afgørende for kvalitetsforbedringer i udrednings- og behandlingsforløb, at disse vurderes særskilt og uafhængigt af den enkelte sundhedspersons ansvar, hvorfor en opdeling af klagesystemet i to selvstændige enheder vil være den anbefalede løsning.

Udkast til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet

Lægeforeningen finder det overordentlig positivt, at de tre videreuddannelsesregioner opretholdes, jf. lægelovens § 4b.

Speciallægeuddannelsen er ikke eksplicit nævnt i udkast til sundhedslov, hvorfor det må antages, at opgaven vedr. administration og koordination af turnusuddannelsen samt speciallægeuddannelsen i almen medicin flyttes til regionerne.

Lægeforeningen så imidlertid gerne, at specialet almen medicin samt turnus fremover administreres i videreuddannelsesregionerne sammen med samtlige andre specialer, således at alle opgaver på videreuddannelsesområdet samles i videreuddannelsesregionerne.

Administrationen af turnus og almen medicin bør overgå til videreuddannelsesregionerne, fordi der med gældende lovgivning har vist sig at være en række koordineringsproblemer i forbindelse med, at de uddannelsessøgende læger i almen medicin skal tilbydes fx generelle kurser og forskningstræning, der administreres i videreuddannelsesregionerne. Et af formålene med den nye speciallægeuddannelse i almen medicin var at bringe denne på niveau med de øvrige speciallægeuddannelser, både med hensyn til struktur og kvalitet. Det vil have en positiv signalværdi, at også almen medicin administreres i videreuddannelsesregionerne.

Udkast til lov om regional statsforvaltning

Lægeforeningen har ikke bemærkninger til de foretagne tilpasninger i § 34 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, jf. forslag til lov om regional statsforvaltning, § 10, der er en konsekvens af en ændret struktur og ændrede geografiske afstande.

Lægeforeningen skal imidlertid anbefale, at de lokale psykiatriske nævn styrkes fagligt ved i videst muligt omfang at beskikke psykiatere til deltagelse i sagers afgørelse ved de lokale psykiatriske patientklagenævn.

Med venlig hilsen

Jesper Poulsen

Bianca Lund Sørensen

Fra: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sendt: 7. januar 2005 11:21

Til: Kontorpostkasse 1 økonomiske kontor; Charlotte Bidsted

Emne: VS: Høringssvar over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Marie Borgstrøm [mailto:MB@DADL.DK]

Sendt: 7. januar 2005 11:17

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Emne: Høringssvar over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2. kt.

Hermed følger Lægeforeningens høringssvar over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen.

Med venlig hilsen

Marie Borgstrøm

Sundhedspolitisk Sekretariat

Den Almindelige Danske Lægeforening

Trondhjems-gade 9

2100 København Ø

telefon direkte 3544 8222

e-mail mb@dadl.dk

www.laegeforeningen.dk

<<høringssvar.doc>>

Kopi til NPH
20
TK
2K
Lisa 25

Indenrigs- og sundhedsministeriet
Kommunalfdelingen
Christian Schönau
Slotsholmsgade 6
1216 København K

Sendes på e-post: im@im.dk

Høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område

Med henvisning til Indenrigs- og Sundhedsministeriets brev af 1. december 2004 vedrørende høring over **udkast til forslag til lov om forpligtende kommunale samarbejder, forslag til lov om regioner og nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab samt forslag til lov om revision af den kommunale inddeling** skal Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling meddele, at vi ingen bemærkninger har hertil.

Der henvises til j.nr. 2004-2000-6, 2004-2000-5 og 2004-2000-8.

Med venlig hilsen

Bente Olsen
Chefkonsulent

7. januar 2005

Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling
Bredgade 43
1260 København K
Telefon 3392 9700
Telefax 3332 3501
E-post vtu@vtu.dk
Netsted www.vtu.dk
CVR-nr. 1680 5408

Sagsnr. 64383
Dok-id 327584

Bente Olsen
Telefon 3392 9991
Telefax 3312 4843
E-post bol@vtu.dk

Indenrigs- og sundhedsministeriet
Kommunalafdelingen
Christian Schönau
Slotsholmsgade 6
1216 København K

Sendes på e-post: im@im.dk

Høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område

Med henvisning til Indenrigs- og Sundhedsministeriets brev af 1. december 2004 vedrørende høring over **forslag til lov om visse procedurespørgsmål i forbindelse med kommunalreformen** har Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling følgende bemærkninger.

Lovforslaget regulerer bl.a. overførslen af aktiver og passiver mellem offentlige myndigheder som led i kommunalreformen.

Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling skal i den forbindelse bemærke, at overførsel af it-systemer udgør en væsentlig del af disse aktiver, og at der hertil knytter sig en række særlige udfordringer vedr. bl.a. dokumentation af it-systemer, uddannelse af medarbejdere, styring, ansvar og planlægning af overførselsprocessen, adgang til data, udvikling i forbindelse med overførslen samt sikring af driftsstabilitet.

Ministeriet skal på den baggrund opfordre til, at afgivende og modtagende myndigheder så tidligt som muligt går i gang med at sikre, at de it-systemer, der skal overføres er veldokumenterede, og at der udarbejdes en analyse og planlægning af systemoverdragelsen.

Ministeriet for Videnskab, Teknologi vil gerne være behjælpelig med rådgivning på dette område i samarbejde med de kommunale organisationer.

Der henvises til j.nr. 2004-2039-19.

Med venlig hilsen

Adam Lebech
Specialkonsulent

7. januar 2005

**Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling**
Bredgade 43
1260 København K
Telefon 3392 9700
Telefax 3332 3501
E-post vtu@vtu.dk
Netsted www.vtu.dk
CVR-nr. 1680 5408

Sagsnr. 64383
Dok-id 327147

Adam Lebech
Telefon 3392 9874
Telefax 7226 5558
E-post ale@vtu.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Henrik Grosen Nielsen
Slotsholmsgade 10 - 12
1216 København K

Sendes på e-post: im@im.dk

Høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område

Med henvisning til Indenrigs- og Sundhedsministeriets brev af 1. december 2004 vedrørende høring over udkast til forslag til lov om et evalueringsinstitut for kommuner m.v. skal Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling meddele, at vi ingen bemærkninger har hertil.

Med venlig hilsen

Bente Olsen
Chefkonsulent

7. januar 2005

**Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling**

Bredgade 43
1260 København K
Telefon 3392 9700
Telefax 3332 3501
E-post vtu@vtu.dk
Netsted www.vtu.dk
CVR-nr. 1680 5408

Sagsnr. 64383
Dok-id 327144

Bente Olsen
Telefon 3392 9991
Telefax 3312 4843
E-post bol@vtu.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Nils M. Jensen
Slotsholmsgade 10 - 12
1216 København K

sendes på e-post: im@im.dk

Høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område

Med henvisning til Indenrigs- og Sundhedsministeriets brev af 1. december 2004 vedrørende høring over **udkast til forslag til lov om regionernes finansiering** skal Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling meddele, at vi ingen bemærkninger har hertil.

Med venlig hilsen

Bente Olsen
Chefkonsulent

7. januar 2005

Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling
Bredgade 43
1260 København K
Telefon 3392 9700
Telefax 3332 3501
E-post vtu@vtu.dk
Netsted www.vtu.dk
CVR-nr. 1680 5408

Sagsnr. 64383
Dok-id 327138

Bente Olsen
Telefon 3392 9991
Telefax 3312 4843
E-post bol@vtu.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Kontorchef Søren H. Thomsen
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sendes på e-post: im@im.dk

Høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område

Med henvisning til Indenrigs- og Sundhedsministeriets brev af 1. december 2004 vedrørende høring over **udkast til forslag til lov om regional statsforvaltning** skal Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling meddele, at vi ingen bemærkninger har hertil.

Med venlig hilsen

Bente Olsen
Chefkonsulent

7. januar 2005

Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling
Bredgade 43
1260 København K
Telefon 3392 9700
Telefax 3332 3501
E-post vtu@vtu.dk
Netsted www.vtu.dk
CVR-nr. 1680 5408

Sagsnr. 64383
Dok-id 327132

Bente Olsen
Telefon 3392 9991
Telefax 3312 4843
E-post bol@vtu.dk

Nanna Frydensberg Høygaard

Fra: Bianca Lund Sørensen
Sendt: 7. januar 2005 16:47
Til: Christian Schönau; Helle Borg Larsen; Nanna Frydensberg Høygaard; Lise Brandi-Hansen; Lina Bertelsen; Louise Filt Beyer; Julie Iben Rothe; Pernille Christensen; Anja Bergman Thuesen
Emne: VS: Datatilsynets hørings svar



Lov om visse proceduremæssige .. Lov om forpligtende kommunale ... Lov om regional statsforvaltni... Lov om regioner mv.doc (70 KB)... Lov om revision af den kommuna... Lov om kommunale borgerservice...

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sendt: 7. januar 2005 12:16
Til: Kontorpostkasse 1 økonomiske kontor; Charlotte Bidsted
Emne: VS: Datatilsynets hørings svar

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Frederik Hermann Siegumfeldt [mailto:fs@datatilsynet.dk]
Sendt: 7. januar 2005 12:01
Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Cc: Justitsministeriet - departementet
Emne: Datatilsynets hørings svar

Hermed fremsendes Datatilsynets hørings svar over en række lovforslag, som er fremsat i forbindelse udmøntning af kommunalreformen.

Med venlig hilsen

Frederik Siegumfeldt
Fuldmægtig
Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K
Tlf. 3319 3200
Fax 3319 3218
Hjemmeside: www.datatilsynet.dk
Officiel e-post: dt@datatilsynet.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10 – 12
1216 København K

Sendes på e-post: im@im.dk

Høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område

Med henvisning til Indenrigs- og Sundhedsministeriets brev af 1. december 2004 vedrørende høring over udkast til forslag til sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet har Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling følgende bemærkninger til forslag til sundhedsloven:

Procedurer for fordeling af forskningsmidler

Af lovens almindelige bemærkninger om udviklings- og forskningsarbejde fremgår det, at alle regioner får en lovreguleret forskningsforpligtigelse. Det fremgår endvidere, at tilskuddet til udvikling og forskning mv. vil blive fordelt på alle fem regioner på grundlag af forskningens omfang og kvalitet efter en model, som vil blive nærmere fastlagt.

I den forbindelse skal vi oplyse, at der i lov nr. 405 af 28. maj 2003 om forskningsrådgivning mv. § 18 stk. 2, er anført, at Det Strategiske Forskningsråd inden de enkelte ministeriers uddeling af statslige forskningsbevillinger, der ikke er basisbevillinger knyttet til en bestemt institution, skal godkende uddelingsproceduren og foretage en forskningsfaglig vurdering af indkomne ansøgninger.

Det Strategiske Forskningsråd har overfor Videnskabsministeriet tilkendegivet, at rådet er opmærksom på lovforslagets formulering om forskningsmidler samt at rådet har erfaring med såvel forskningspolitisk som forskningsfaglig rådgivning i forbindelse med uddeling af sådanne midler. Det Strategiske Forskningsråd foreslår, at disse erfaringer inddrages i Indenrigs- og Sundhedsministeriets beslutninger om procedurer for midlernes forvaltning.

Regioners og sygehuses engagement i selskabsdannelser

Af lovdkastets § 78, stk. 3, fremgår det, at indenrigs- og sundhedsministeren kan godkende, at et regionsråd samarbejder med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver og påtager sig dermed forbundne udgifter. Videnskabsministeriet finder det imidlertid uklart, efter hvilke kriterier denne godkendelse skal gives. Endvidere

7. januar 2005

Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling
Bredgade 43
1260 København K
Telefon 3392 9700
Telefax 3332 3501
E-post vtu@vtu.dk
Netsted www.vtu.dk
CVR-nr. 1680 5408

Sagsnr. 64383
Dok-id 327123

Nils Agerhus
Telefon 7226 5533
Telefax 3312 4843
E-post nag@vtu.dk

forekommer der at være uklarhed om sammenhængen mellem hjemlerne for det regionale engagement i selskabsdannelser set i forhold til det foreliggende udkast til ny lov om erhvervsfremme samt den annoncerede, men endnu ikke foreliggende samlelov om kommuners selskabsdannelser mv.

Efter lov om opfindelser ved offentlige forskningsinstitutioner, jf. lov nr. 347 af 2. juni 1999 har offentlige sygehusejere pligt til at arbejde aktivt for erhvervsmæssig nyttiggørelse af nye opfindelser fra sygehusforskningen. På denne baggrund har navnlig universitetshospitalerne over de senere år opbygget et beredskab til at patentere opfindelser, indgå licensaftaler med erhvervslivet og indskyde viden og rettigheder i nye forskningsbaserede virksomheder. Under den nye regionsstruktur, hvor flere sygehuse forventes at få forskningsopgaver, vil denne opgave med viden- og teknologioverførsel fra sygehuse til erhvervsliv skulle varetages af flere regioner.

Med den nye lov om teknologioverførsel mv. ved offentlige forskningsinstitutioner, jf. lov nr. 483 af 9. juni 2004, er der tillige åbnet mulighed for, at offentlige forskningsinstitutioner kan stifte, eje og indskyde kapital i selvstændige aktieselskaber til at stå for de kommercielle aktiviteter med patenter og licenser. Muligheden gælder universiteter og sektorforskningsinstitutioner, men ikke sygehuse, idet sygehusejernes adgang til at engagere sig i egne selskabsdannelser i forvejen har været reguleret via lovekendtgørelse nr. 608 af 2. juni 1999 med senere ændringer om kommuners og amtskommuners samarbejde med aktieselskaber mv. For at muliggøre et effektivt samspil mellem universiteterne og sygehuse åbner den nye lov til gengæld mulighed for, at universiteternes nye selskaber kan samarbejde med amter og kommuner (sygehusvæsenet) om etablering af fælles datterselskaber for teknologioverførsel, jf. § 8 i lov nr. 483 af 9. juni 2004.

Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling

For at sikre sammenhæng med den nye lov om teknologioverførsel bør der således i forbindelse med den nye regionsstruktur sikres mulighed for at udbygge samarbejdet mellem universiteter og sygehuse om kommercialisering af ideer 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. Endvidere vil det være naturligt, at de nye regioner via lovgivningen sikres generel hjemmel til at fremme sådanne selskabsdannelser.

Høringssvar om denne problematik er tilsvarende afgivet til Økonomi- og Erhvervsministeriet.

Der henvises til j.nr. 2004-1200-59.

Med venlig hilsen

Nils Agerhus
Kontorchef

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
2. kommunekontor
Pernille Christensen
Slotsholmsgade 10 - 12
1216 København K

Sendes på e-post: im@im.dk

Høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område

Med henvisning til Indenrigs- og Sundhedsministeriets brev af 1. december 2004 vedrørende høring over **udkast til forslag til lov om kommunale borgerservicecentre** har Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling følgende bemærkninger.

Det fremgår af lovforslagets almindelige bemærkninger, afsnit 1, at kommunalbestyrelserne bør overveje, hvordan borgerservicecentrenes arbejdsprocesser, organisering og it-understøttelse indrettes således, at den størst mulige sammenhæng for borgerne sikres, og den størst mulige effektivitet opnås.

Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling Ministeriet skal i den forbindelse henvise til *Hvidbog om it-arkitektur*, der opstiller en række anbefalinger for, hvordan kommunalbestyrelserne i praksis bør tage et aktivt ansvar for egen it-arkitektur. Hvidbogen er udgivet af Det Koordinerende Informationsudvalg, der er et tværoffentligt koordineringsorgan på det it-faglige område.

Ministeriet bemærker endvidere i den forbindelse, at det af hensyn til etablering af en sammenhængende og effektiv it-anvendelse i den offentlige sektor herudover vil være hensigtsmæssigt, at it-arkitekturen i de kommunale servicecentre er i overensstemmelse med den fælles offentlige ramme for it-arkitektur med særlig henblik på sikring af interoperabilitet på tværs af stat, regioner og kommuner.

De kommunale borgerservicecentre kan ifølge lovforslaget varetage opgaver for såvel andre dele af den kommunale forvaltning, andre kommuner, regioner og statslige myndigheder. I den forbindelse er det bl.a. af stor betydning, at de forskellige sagsbehandlere, der betjener borgerne, kan trække på samme it-systemer og dermed sikre en sammenhængende offentlig betjening.

Sikring af en række fælles arkitekturkrav for it-systemerne, fælles standarder for datakommunikation, rammer for anvendelse af sikkerhedsløsninger og brugerstyring af adgang til it-systemer er derfor af særlig betydning i forhold til de kommunale servicecentre. Der henvises i den forbindelse til de standarder på

7. januar 2005

Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling
Bredgade 43
1260 København K
Telefon 3392 9700
Telefax 3332 3501
E-post vtu@vtu.dk
Netsted www.vtu.dk
CVR-nr. 1680 5408

Sagsnr. 64383
Dok-id 327141

Adam Lebech
Telefon 3392 9874
Telefax 7226 5558
E-post ale@vtu.dk



Amtsrådsforeningen
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

Dato: 20. december 2004

Udtalelse vedrørende forslag til lovgrundlag for strukturreformen

Amtsrådet i Vestsjælland Amt har på møder i december måned drøftet høringsforslag til lovgrundlag for strukturreformen. I den forbindelse udtaler Amtsrådet følgende:

Generelt er Amtsrådet i Vestsjællands Amt tilfreds med, at regeringen har imødekommet ønsket om at etablere Region Sjælland bestående af Roskilde, Storstrøms og Vestsjællands amter. De tre amter har ved flere lejligheder argumenteret for, hvorfor det er af stor betydning, at Sjælland består af mere end en region, og er derfor meget tilfredse med denne løsning. Amtsrådet ønsker samtidigt at betone betydningen af et godt samspil med Region Hovedstaden om erhvervsudvikling og innovation, uddannelser og forskning, arbejdsmarked, trafik og infrastruktur mv. som grundlag for vækst i både Region Hovedstaden, Region Sjælland og Øresundsregionen.

Dynamo for regional udvikling

Det er vigtigt, at regeringen nu holder fast i etableringen af Region Sjælland. Dette har ikke mindst betydning i forhold til regionens rolle som dynamo for regional udvikling – en rolle, der bør følges op af de rette kompetencer, ikke mindst i sektorlovgivningerne. Det gælder blandt andet bestemmelser i forslag til lov om ændring af planloven, der indskrænker regionens plankompetencer, forslaget om oprettelse af ét trafikelskab for hele Sjælland, samt forslag i lov om erhvervsfremme vedrørende fordeling af ansvar mellem vækstfora og regioner.

I Vestsjællands Amt er der gode erfaringer med at indtænke social- og sundhedsområdet som en drivkraft i den regionale udvikling. Både social- og sundhedsområdet er karakteriseret af store vidensarbejdspladser, hvor der er mulighed for at skabe synenergi i forhold til regionens udvikling i samarbejde med andre, herunder private parter. Amtsrådet opfordrer derfor til, at regionernes muligheder på det regionalpolitiske område også baseres på disse områder.

Det kan være uhensigtsmæssigt, at planlægningskompetencen, med hensyn til den regionale udviklingsplan, er uklart beskrevet vedrørende de dele af Region Sjælland, der er defineret som værende en del af hovedstadsområdet (nuværende Greve, Gundsø, Køge, Roskilde og Solrød kommuner). Staten får i hovedstadsområdet en særlig rolle med at udstikke planlægningsmæssige retningslinjer, men det fremgår ikke klart af lovforslaget, i hvilket omfang Region Sjælland vil kunne planlægge for denne del af regionen.

Alléen 15, 4180 Sorø
Telefon 57 87 25 33
Telefax 57 87 20 25

Amtsgårdens åbningstid:
Mandag - torsdag 8.00 - 15.30
Fredag 8.00 - 15.00

www.vestamt.dk
E-mail: amtet@vestamt.dk
CVR-nr. 57057912

For så vidt angår erhvervsfremmeområdet, får regionen efter de foreliggende høringsudkast ikke de samme fremtidige muligheder som i dag for internationale aktiviteter og for at deltage i grænseoverskridende samarbejde. I lyset af globaliseringen er det vigtigt med internationalt orienterede regioner, der kan understøtte erhvervslivets globale konkurrenceevne og regionen bør derfor have både initiativret og -pligt. Konkret har såvel Vestsjællands Amt som de to andre amter i den kommende Region Sjælland gennem en længere årrække været medlem af og deltaget aktivt i Øresundsarbejdet, og Region Sjælland bør derfor også fremover være en ligeværdig partner i dette samarbejde. Ligeledes er det vigtigt, at Region Sjælland får mulighed for at fortsætte de tre amters arbejde i Interreg sammenhæng og i Østersøsamarbejdet, hvor amterne gennem flere år har indgået i et frugtbart og produktivt samarbejde – eksempelvis i String projektet.

Endvidere finder Amtsrådet, at der er en uhensigtsmæssig fordeling af ansvar mellem vækstfora og regioner, som vil begrænse regionernes mulighed for en samlet strategisk udviklingsindsats. Det er uhensigtsmæssigt, at vækstfora kan indstille direkte til staten vedr. strukturfondsmidler, og at erhvervsudviklingsstrategier, udarbejdet af vækstfora, indgår direkte i den regionale udviklingsplan. Det foreslås, at det i stedet foregår efter godkendelse i Regionsrådet. Det skaber mere klarhed og gennemsikuelighed, og man undgår en utydelig kompetencefordeling.

I forhold til oprettelsen af Beskæftigelsesråd er det tilsvarende Amtsrådets opfattelse, at Region Sjælland bør respekteres som region, blandt andet fordi der også på beskæftigelsesområdet er forskellige problemstillinger i Region Sjælland og i Region Hovedstaden. Det foreslås derfor, at der oprettes et Beskæftigelsesråd for hver af de to regioner på Sjælland. Hermed sikres samtidig, at der bliver overensstemmelse mellem den regionale udviklingsplan og beskæftigelsesstrategien.

På uddannelsesområdet foreslår Vestsjællands amt, at uddannelsesbegrebet forstås bredt i forhold til regionernes opgaver. Det bør præciseres i lovgivningen, at regionen tillægges kompetencer og redskaber således, at regionen får mulighed for at løse den lovbestemte tværgående rolle som regional udvikler og koordinator på uddannelsesområdet på en ansvarsfuld og succesfuld måde. Det har her betydning, at regionens koordinationsrolle ikke begrænses til bestemte uddannelsesinstitutioner.

I forhold til kulturområdet mener Vestsjællands Amt, at regionernes rolle vedrørende begrebet kultur skal forstås bredt og omfatte hele det område, som dækkes af Kulturministeriet. Det forventes, at den viden, som Kulturministeriets "rejsehold" indhenter hos amterne om de regionale ikke-lovbundne kulturaktiviteter, bruges til at sikre, at disse aktiviteter overføres til de nye strukturer.

Sundhedsområdet

Amtsrådet har noteret, at lovforslagene giver øgede beføjelser til de centrale myndigheder, herunder blandt andre Sundhedsstyrelsen. Det er i denne forbindelse af største vigtighed, at Region Sjælland får der samme muligheder som andre regioner for at etablere et sygehusvæsen svarende til det behov befolkningstallet tilsiger.

Det sociale område

Vestsjællands amt har i dag ansvaret for en lang række sociale institutioner, hvor myndighedsansvaret med strukturreformen overgår til kommunerne i regionen. I den

forbindelse har Amtsrådet fremsendt særskilt høringsbidrag til Socialministeriet, Undervisningsministeriet samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Høringsbidraget vedlægges som bilag 1.

I relation til socialområdet er det endvidere Amtsrådets opfattelse, at der bør etableres et fælles brugerforum, gældende for hele Region Sjælland. Erfaringen er, at dialogen med brugerne i de nuværende amtslige brugerråd, har betydning for kvaliteten i tilbudene på de sociale institutioner. Dialogen med brugerne har vist sig at være en del af styringsredskabet for udviklingen af de sociale tilbud i regionerne, og dermed af betydning for brugernes retstilling.

Amtet som overdragende myndighed

Afslutningsvist skal det nævnes, at Amtsrådet i Vestsjællands Amt finder det vigtigt, at der med forslag til procedurelov lægges op til, at Amtet som afgivende myndighed får ansvaret for at fremlægge forslag til samlet aftale for overdragelsen af ansatte, aktiver og passiver samt rettigheder og pligter. Amtsrådet finder det endvidere vigtigt, at overdragelsen af ansatte kan foregå forsvarligt og etisk korrekt. Amtsrådet kan i øvrigt tilslutte sig Amtsrådsforeningens bemærkninger vedrørende dette lovforslag som ramme for de forestående vanskelige drøftelser og forhandlinger med de modtagende myndigheder.

Amtsrådet finder det i den forbindelse afgørende, at der i forbindelse med disse forhandlinger er den fornødne fleksibilitet, så det lokalt er muligt at nå frem til fælles aftaler, der tilgodeser så mange behov som muligt. En stram styring af processen og regulering af indholdet i aftalegrundlaget vil ikke understøtte en sådan fleksibilitet.

Med venlig hilsen

Hans Jørgen Holm
amtsborgmester

Karen Marie Spliid
Kst. amtsdirektør











Bilag 1: Særskilt høringsbidrag fra Vestsjællands Amt til Socialministeriet, Undervisningsministeriet samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Bilag 2: Mødegrundlag fra Vestsjællands Amt vedrørende forslag til sektorlovgivning vedrørende strukturreformen.

Bilag 3: Notat om regionernes finansiering af almene boliger.

Charlotte Bidsted

Fra: Jesper.Nielsen@uvm.dk
Sendt: 7. januar 2005 16:09
Til: Charlotte Bidsted
Emne: Vids.: Møde 12.1. i udvalget for analyse af uddannelsesområdet styringssystem

      
Dagsorden.doc (29 KB) Ad pkt. 2. dvalget.doc (29 KB) Ad pkt. 3. mmissorium.doc (9 KB) Ad pkt. 3. Tilføjelse til komm... Ad pkt. 3. Baggrundsnotat til ..ynopsis.doc (61 KB) Ad pkt. 4. nddragelse af ekst..
  
Ad pkt. 8. ødekalender.doc (4. KB) notat til orientering om udvik... Udkast til aksteftersyn på fæ..

Kære Charlotte

Har forgæves forsøgt at få fat i dig hele dagen. Som du vil kunne se af nedenstående mail er der møde i "styringsanalysegruppen" på onsdag. Im skal deltage, men vi har ikke fået nogen tilbagemelding på udvalgsdeltager fra IM. Som du også vil kunne se er indbydelsen til mødet sendt til IM@IM.dk. Vil du undersøge og give en tilbagemelding på hvem der skal deltage fra IM.

vh og god weekend

Chefkonsulent Jesper Nielsen
Undervisningsministeriet
Departementet
Uddannelsespolitisk kontor
Frederiksholms Kanal 21
1220 København K

Tlf.: 3392 5000, Direkte Tlf.: 3392 5063
Fax: 3392 5547, E-mail: Jesper.Nielsen@uvm.dk
----- Videresendt af Jesper Nielsen/Uvm den 07-01-2005 16:03 -----

Birgitte Thomsen/Uvm

07-01-2005 15:32

Til

Rasmussen/Uvm@UVMIN, Roland Svarrer
Jens Strunge Bonde/Uvm@UVMIN,
Rst@Vtu.Dk <Rst@Vtu.Dk>, Rbb@Vtu.Dk

Lars Mortensen/Uvm@UVMIN, Jesper
Østerlund/Uvm@UVMIN, Jarl Damgaard/Uvm@UVMIN,
Lise-Lotte Teilmand <Llt@Fm.Dk>@Uvm,
<Rbb@Vtu.Dk>, Im@Im.Dk

cc

Philip/Uvm@Uvmin, Jesper
Mtl@Fm.Dk <Mtl@Fm.Dk>, Jesper
Pba@Fm.Dk <Pba@Fm.Dk>

Lisbeth Iversen/Uvm@Uvmin, Signe Tychsen
Nielsen/Uvm@Uvmin, Lga@Fm.Dk <Lga@Fm.Dk>,
Jans/Uvm@Uvmin, John Torben Larsen/Uvm@Uvmin,

Emne

uddannelsesområdets styringssystem

Journalnr.

2004-3875-5

Sagsgruppe tekst

3875 Analyser og udviklingsopgaver

Dokumentløbenr.

Sagsbehandler

Birgitte Thomsen

Emne

uddannelsesområdets styringssystem

Møde 12.1. i udvalget for analyse af

Reference: 2004-3875-5

Til udvalget for analyse af uddannelsesområdets styringssystem

Hermed følger dagsorden samt bilag til brug for udvalgets 1. møde, onsdag den 12. januar 2005 kl. 15-16.30., Frederiksholms Kanal 25, chefmødesalen (vær. 417), 2. sal.

(See attached file: Dagsorden.doc)

(See attached file: Ad pkt. 2. Udvalget.doc)

(See attached file: Ad pkt. 3. Kommissorium.doc) (See attached file: Ad pkt. 3. Tilføjelse til kommissorium.doc) (See attached file: Ad pkt. 3. Baggrundsnotat til komm..doc) (er tidligere fremsendt med ep af 22.12.04) (See attached file: Ad pkt. 4. Synopsis.doc) (See attached file: Ad pkt. 7. Inddragelse af eksterne.doc) (See attached file: Ad pkt. 8. Mødekalendar.doc)

Ad pkt. 5

Link til baggrundslitteratur for analyse af uddannelsesområdets styringssystem

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2004): Aftale om strukturreform.

<http://www.im.dk//imagesupload/dokument/Aftale%20om%20strukturreform%20ny.pdf>

Maassen, Peter: Models of Financing Higher Education in Europe. I: TemaNord

(2000:539): Report from the Nordic Theme Conference - April 2000,

Reykjavík, Island - Financing of Higher Education, pp. 65-166. [sendes til udvalget pr. papirpost]

Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling (2005): Forenkling af bevillingssystemet på universitetsområdet. Taxameterudvalgets rapport. udleveres]

Regeringen (2002): Bedre uddannelser. Handlingsplan. <http://pub.uvm.dk/2002/bedre1/>
<http://pub.uvm.dk/2002/bedre2/>

Regeringen (2004) Bedre uddannelser - fra ord til handling - status tre år efter regeringens tiltrædelse. <http://pub.uvm.dk/2002/bedre2/>

Undervisningsministeriet (1995): Selvejende undervisningsinstitutioner. <http://pub.uvm.dk/1998/selvej/>

Undervisningsministeriet (1998): Redegørelse om de videregående uddannelsers institutionelle struktur. Opfølgning på redegørelse om samme emne fra januar 1998. <http://pub.uvm.dk/1998/ir2/>

Undervisningsministeriet (2000): Redegørelse om erhvervsskolernes institutionsstruktur. <http://www.uvm.dk/nyheder/erhvinst.htm>

Undervisningsministeriet (2001): Taxametersystemet for de videregående uddannelser. Rapport fra undervisningsministerens Idé og perspektivgruppe: <http://pub.uvm.dk/2001/taxameter/>

Undervisningsministeriet (2001): Taxameteranalysen. Kilder til beskrivelser af taxametersystemerne. [udleveres]

Undervisningsministeriet (1998): Rapport om taxameterstyring. <http://pub.uvm.dk/1998/taxameter/>

Undervisningsministeriet (2003): Bedre institutioner til bedre uddannelse. <http://pub.uvm.dk/2003/institutioner/>

Undervisningsministeriet (2003): Bedre institutioner til bedre uddannelse. Baggrund og analyse. <http://pub.uvm.dk/2003/bedreinstitutioner/>

Undervisningsministeriet (2005): Baggrundsnotat til udvalget for analyse af uddannelsesområdets styringssystem: Undervisningsministeriets arbejde med at udvikle tilsynet (See attached file: notat til orientering om udviklingsarbejdet inden for tilsynet.doc)

Evt. supplerende materiale om særlige delproblemstillinger: Undervisningsministeriet (2004): Taksteftersyn på fællesudgiftsområdet UDKAST (See attached file: Udkast til taksteftersyn på fællesudgiftsområdet.doc)

Chefkonsulent Birgitte Thomsen
Undervisningsministeriet
Institutionsstyrelsen
Styrelsessekretariatet
Frederiksholms Kanal 25
1220 København K

Tlf.: 3392 5000, Direkte Tlf.: 3392 7880
Fax: 3392 5567, E-mail: Birgitte.Thomsen@uvm.dk



Amtsrådsforeningen
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

14 DEC. 2004

Jrn. 2-10-4-04

Høringssvar på sundhedslov


Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte den 1. december 2004 udkast til ny sundhedslov i høring.

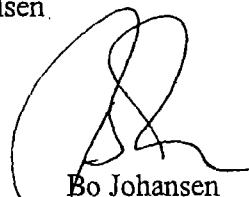
- ./ Vedlagt fremsendes høringssvar fra Århus Amt vedrørende det somatiske sygehusvæsen og Sygesikringen.

Århus Amts Sundhedsudvalg har på mødet den 8. december 2004 taget høringssvaret til efterretning.

Århus Amt vil eventuelt fremsende yderligere bemærkninger til sundhedslovudkastets enkelte paragraffer inden høringsfristens udløb 7. januar 2005.

Med venlig hilsen


Johannes Flensted Jensen
amtsborgmester


Bo Johansen
amtsdirektør

Kopi: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Dato	Journalnr	Sagsbehandler	e-mail	Telefon
8. december 2004	2-10-4-04	LOD/CTN/SEH	sus@ag.aaa.dk	8944 6666

Hørings svar til "Udkast til Sundhedslov" - vedrørende det somatiske sygehusvæsen og Sygesikringen

Århus Amt afgav den 31. marts 2004 høringssvar vedrørende Strukturkommissionens rapport om etablering af en regional struktur.

Århus Amt henholder sig vedrørende de overordnede vurderinger til bemærkningerne i dette høringssvar.

Nærværende bemærkninger til det fremlagte udkast til Sundhedslov tager udgangspunkt i de præmisser, der er opstillet for det indgåede forlig.

Bemærkningerne forholder sig udelukkende til det somatiske sygehusvæsen og sygesikringsområdet.

Århus Amt finder, at der er gode intentioner i lovforslaget med en række ændringer, der vil kunne styrke den fortsatte udvikling af sundhedsvæsenet. Den endelige vurdering afhænger imidlertid af konkretiseringen af lovforslagene. Der er i forslaget til sundhedslov mange bemyndigelser til indenrigs- og sundhedsministeren, Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen, så det kan være vanskeligt at vurdere lovforslagets konkrete konsekvenser for den fremtidige drift af sundhedsvæsenet, før de tilhørende regelpræciseringer foreligger.

Århus Amt vil bemærke fire hovedområder i lovforslaget, som på det foreliggende grundlag vurderes at give problemer for funktionen og udviklingen af det danske sundhedsvæsen.

Endvidere gives der bemærkninger til enkelte paragraffer i sundhedslovforslaget.

Administrationen vil eventuelt på et senere tidspunkt inden høringsfristens udløb, når der er klarhed over det samlede lovforslag, vende tilbage med supplerende bemærkninger.

Frihedsgrader svarende til reglerne i "Kommunalfuldmagten" (Bl. a. § 78)

I den nuværende lovgivning har kommuner og amter adgang til at foretage visse dispositioner uden egentlig lovhjemmel, den såkaldte kommunalfuldmagt. Kommunalfuldmagten supplerer således den lovgivning, hvorefter (amts)kommunerne er pålagt varetagelsen af bestemte opgaver.

Med udgangspunkt i kommunalfuldmagten er der i Århus Amt iværksat en lang række aktiviteter, som amtet ikke er forpligtet til at stille til rådighed, men som er med til yderligere at kvalificere, udvikle og forbedre sundhedsvæsenets tilbud. Af eksempler på aktiviteter, der er etableret inden for kommunalfuldmagten, kan nævnes: Rådgivningscenter vedrørende alternativ kræftbehandling og fælles udviklingsprojekter med patientforeninger, kommuner og private samarbejdspartnere inden for forebyggelse, genoptræning.

Et andet udviklingsfelt, der vil blive berørt af den manglende fuldmagtsbestemmelse, er det tætte og integrerede samarbejde, amtets sygehusvæsen har med Århus Universitet inden for rammerne af Århus Universitet. Dette samarbejde indebærer en høj grad af udveksling af ydelser og faciliteter, hvilket ikke umiddelbart ligger inden for rammerne i udkastet til sundhedslov, og derfor enten vil blive umuligt eller i bedste fald ufleksibelt.

Af aftalen om strukturreformen fremgår det, at regionernes opgaver skal være positivt opregnet i lovgivningen, for at regionerne lovligt kan varetage opgaverne. Med andre ord vil der ikke for regionerne være en bestemmelse svarende til kommunalfuldmagten, som vi kender i dag. Herved vil ovenstående initiativer ikke længere umiddelbart være lovlige.

Det er Århus Amts erfaring, at mange af de nye tiltag, som er med til at videreudvikle sundhedsvæsenet, er startet nedefra som lokale utraditionelle forsøgsprojekter på sygehusafdelinger og i sygehusenes samarbejde med kommunerne. Hvis det lokale og regionale niveau, som der er lagt op til, får meget begrænsede handlemuligheder, kan konsekvensen blive, at virkelysten og udviklingspotentialet forsvinder.

Herudover kan det virke særdeles omstændigt, hvis selv små tiltag skal gennem en ministeriel ansøgningsproces.

Århus Amt anbefaler derfor, at der i lovgivningen indbygges frihedsgrader for regionerne og kommunerne til at iværksætte tiltag, som ikke direkte er beskrevet i lovgivningen, men som holder sig inden for lovgivningens hovedformål.

Betydningen heraf understreges af behovet for sygehusenes mulighed for at samarbejde med private firmaer inden for forskningen. Sygehusene har således i dag et udbredt og frugtbart forskningssamarbejde med private virksomheder. Samarbejdet er reguleret via et stort antal forskningskontrakter, der løbende indgås mellem på den ene side sygehusene og Klinisk Institut ved Aarhus Universitet og på den anden side en privat virksomhed. Det vil være hæmmende for forskningen, hvis sådanne aftaler ikke kan indgås, og det vil stille sygehusene i en helt uacceptabel forhandlingssituation, hvis ministeriet evt. skal ind og godkende de enkelte aftaler, inden de kan indgås.

Sygehusene samarbejder også med nye private firmaer etableret på baggrund af forskning udført på sygehuset. Firmaet lejer faciliteter på sygehuset, således at begge parter kan drage

fordel af et fælles forskningsmiljø. Tilsvarende arrangementer med mere veletablerede virksomheder kunne være ønskeligt for at opnå en større vidensdeling mellem offentlig og privat forskning. Århus Amt ønsker at bemærke, at regionerne fortsat får mulighed for fleksibelt at kunne indgå i den type samarbejde.

Der bør også skabes lovgrundlag for, at aktiviteter, som dem Århus Amts social-medicinske enhed udfører i kommunerne (drives som indtægtsdækket virksomhed) på revalideringsområdet etc., kan fortsætte. Der bør også være mulighed for, at fondsfinansierede aktiviteter på sundhedsfremme området, i samarbejde med områdets kommuner og som supplement der de kommunale aktiviteter på området.

Genoptrænings/rehabilitering

(Bl. a §§ 140 og 247)

Genoptræningsområdet er i dag stort set organiseret således, at den del af genoptræningen, der er knyttet til den lægelige behandling på sygehusene, varetages af sygehusvæsenet, mens supplerende træning og vedligeholdelsestræning foregår enten efter sygesikringens regler eller i kommunalt regi. Sygehusvæsenets opgaver omfatter en bred vifte af tilbud fra genoptræning efter enkeltstående operationer til rehabilitering efter langstrakte og komplicerede forløb med flere forskellige sygdomsdiagnoser.

Der kan i nogle situationer være en "gråzone" i forbindelse genoptræning/rehabilitering og mellem hvilken instans, der har ansvaret for tilbuddet.

I lovforslaget samles hele det økonomiske ansvar for genoptræningen og rehabiliteringen i kommunalt regi - også den del, der foregår på sygehusene. Det er Århus Amts vurdering, at der - som lovforslaget er formuleret - vil opstå nogle nye "gråzoner" mellem behandling og genoptræning/rehabilitering.

Århus Amt har følgende bemærkninger:

- a) *Komplicerede sygdomsforløb.* I udkastet til sundhedsloven er lovreglerne om genoptræning tilpasset standardbehandlinger, som f. eks. knæ eller hofte operationer. Der er imidlertid for mange patienter tale om længere genoptrænings- og rehabiliteringsforløb, der hænger tæt sammen med sygehusbehandlingen og sker under sygehusets lægelige kontrol. Det er uafklaret, hvordan personer med flere samtidige komplicerede sygdomme og langvarige forløb som kræftpatienter eller apopleksipatienter kan tilbydes behandling og genoptræning/rehabilitering, uden at der opstår "gråzoner" mellem de involverede instanser.
- b) *Glidende overgang mellem behandling og genoptræning.* Udviklingen inden for sygehusbehandling går i retning af, at stadig mere behandling foregår i ambulante forløb og som hjemmebehandling, hvor sygehuspersonale behandler patienterne i deres eget hjem. Der er i disse sammenhænge en glidende overgang mellem behandling og genoptræning, der ofte forløber sideløbende. Det vil være uheldigt, hvis udviklingen af denne form for behandlingstilbud hæmmes af, at der er forskellige instanser, der har ansvaret for henholdsvis behandling og genoptræning. Der bør være en entydig sammenhæng med opgaver og ansvar ved disse nye former for behandling uden for sygehusenes "mure".
- c) *Det er uklart om reglerne for frit sygehusvalg også gælder genoptræningsindsatsen.* Genoptræningen efter sygehusbehandling er i dag omfattet af det frie sygehusvalg. Det fremgår ikke af lovforslaget, om der - når kommunerne overtager ansvaret - stadig vil

være frit valg mellem genoptræningstilbudene på sygehusene og i de forskellige kommunale ordninger rundt om i landet. Der er behov for en afklaring af, om der er tale om en indskrænkning i det frie valg til genoptræning og en afklaring af hvilke regler, der vil gælde på dette område.

- d) *Ansvar for genoptræningen der rekvireres af speciallæger og praktiserende læger.* Det er uklart i lovteksten, hvem der har ansvaret for genoptræning, når privat praktiserende speciallæger og praktiserende læger ordinerer genoptræning eller vedligeholdelsestræning. Hvordan afgrænsningen i disse situationer mellem genoptræningen, som er sygehusbaseret, kommunal træning eller træning efter sygesikringsloven. Efter Århus Amts opfattelse vil der efter lovforslaget opstå en gråzone på dette område.
- e) *Specialiseret genoptræning.* På en række områder er der behov for en meget specialiseret genoptræning for små patientgrupper. Eksempelvis er der 20 børn i Århus Amt, som går i ambulans genoptræning efter operation for klumpfødde. Det er en meget specialiseret indsats, og det er næppe fagligt forsvarligt, at behandlingen fordeles på flere enheder. Derfor bør det sikres, at sådanne genoptræningstilbud holdes samlet, så ekspertisen løbende kan styrkes og udbygges i takt med behandlingsmulighederne.
- f) *Kvalitetssikring.* Når der sker en opgaveændring/glidning på genoptræningsområdet, bør dette område også være en del af kvalitetsmonitoreringen i sundhedsvæsenet – uanset om den er kommunal eller regional. Århus Amt anbefaler, at genoptræningsområdet systematisk indarbejdes i lovgivningsteksten på kvalitetsområdet. Principielt burde genoptræningsområdet fra første dag også indgå i arbejdet vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel.
- g) *Vederlagsfri fysioterapi.* I lov om Sygesikring er der muligheder for at tilbyde vederlagsfri fysioterapi til bestemte patientgrupper. I lovudkastet lægges der op til, at dette fastholdes således, at nogle borgere vil få vedligeholdende fysioterapi, som regionerne finansierer, mens andre vil få genoptræningen hos ansatte fysioterapeuter, som dækkes af kommunerne. Denne opdeling forekommer ikke logisk.

Der er mange uafklarede punkter i forbindelse med, at kommunerne skal varetage en større del af genoptræningen / rehabiliteringen. Århus Amt forstår fuldt ud bestræbelserne på at tydeliggøre ansvaret for genoptræningen, men finder, at det er nødvendigt, at der sker en afklaring af problemområderne, før loven træder i kraft, da der ikke må tabes patienter i en tilpasningsperiode efter den 1. januar 2007.

Århus Amt foreslår derfor, at der sker en udredning af genoptrænings- og rehabiliteringsområdet, før de endelige regler fastlægges, så man kan forholde sig til de nye gråzoner og tage højde for dem.

Forskning

(Bl. a. §§ 188-192)

Århus Amt finder det meget tilfredsstillende, at forpligtelsen til at forske nu er lovfæstet for sundhedsvæsenet i hele landet, og at der dermed er sket en formel ligestilling af universitetshospitalerne.

Århus Amt vil anbefale, at man i forbindelse med forskningsfinansieringen som udgangspunkt skiller den universitetshospitalbaserede forskning og den øvrige forskning ad. Universitetshospitalerne bør således have en særlig forpligtelse til at forske, idet universitetshospitalerne fortsat bør være drivkraften i den medicinske sundhedsforskning i Danmark. Dette er centralt både af hensyn til, at Danmark kan være i front inden for

sundhedsvidenskabelig forskning og af hensyn til, at den regionale forskning kun kan udvikles til et højt niveau med støtte fra universitetshospitalerne. Det skal herunder bemærkes, at det er en lang proces at opbygge et egentligt forskningsmiljø på såvel centralsygehusene som i praksissektoren og i kommunerne, og der vil blive tale om en mere afgrænset forskning i disse sektorer.

I forhold til den universitetshospitalbaserede forskning forudsætter Århus Amt, at den formelle ligestilling af universitetshospitalerne, der ligger i loven, også indebærer en økonomiske ligestilling.

Århus Amt finder, at denne økonomiske ligestilling bør ske ved, at hvert universitetshospital tilføres forskningsmidler svarende til H:S' nuværende interne midler til forskning eventuelt under hensyntagen til forskelle i kvalitet og omfang af forskningen.

En sådan forøgelse af de offentlige midler til sundhedsforskning vil være med til at i mødekomme det markante behov, der er for at styrke den kliniske forskning, der finder sted på universitetshospitalerne.

Århus Amt finder det i sammenhæng hermed betænkeligt, hvis den nye forskningsforpligtelse udelukkende finansieres af H:S' nuværende forskningsmidler. Dermed risikerer man at ødelægge det væsentlige forskningsmiljø, der i dag eksisterer i H:S, og der vil samlet set formentlig ikke ske den nødvendige styrkelse af forskningen. Hvis de nuværende statslige midler til H:S skal omfordeles, bør det ske gradvist. Hel overordnet forudsætter Århus Amt, at Århus Universitetshospital uanset finansieringsmodel som minimum kan opretholde sit hidtidige niveau for internt finansieret forskning på ca. 120 mio. kr.

I de almindelige bemærkninger til lovforslaget anføres det, at der skal fastlægges en model for fordeling af forskningsressourcerne. Udover ovenstående bemærkninger vil Århus Amt i den forbindelse anføre, at den nødvendige fortsættelse og videreudvikling af den forskningsindsats, der i dag foregår på universitetshospitalerne, forudsætter, at regioner med et universitetshospital får et fast grundbeløb til internt finansieret forskning. Århus Amt vil således stærkt anbefale, at der bliver tale om en fordelingsmodel, hvor i hvert fald hovedparten af midlerne ikke ændres på kort sigt.

Århus Amt vil desuden anbefale, at Ledelsesforum for Medicinsk Sundhedsforskning, der består af dekanerne fra De Sundhedsvidenskabelige Fakulteter og direktørerne fra universitetshospitalsamterne/H:S inddrages i arbejde med at udvikle en model til fordeling af forskningsmidlerne.

Forebyggelse.

(Bl. a §§ 119-126 og 243)

Århus Amt ser positivt på, at regionerne ifølge bemærkninger til lovforslaget er tiltænkt opgaver som udvikling, uddannelse, koordinering og specialiseret rådgivning inden for den primære forebyggelse. Århus Amt vil imidlertid påpege, at der fortsat er behov for udvikling, evaluering, monitorering og viden om specifikke metoder og deres anvendelse og effekt både i kommuner, på sygehuse og i almen praksis. Århus Amt er af den opfattelse, at dette bedst sikres gennem regionale, stærkt faglige miljøer af en vis størrelse.

Århus Amt ønsker desuden at påpege, at det i mange tilfælde vil være uhensigtsmæssigt at dele konkrete forebyggelsestiltag op på kommunerne. Det gælder f.eks. Lysthuset under Århus Amt, der har til opgave at fremme seksuel sundhed og at forebygge seksuelt overførbare sygdomme.

Kommunerne vil således ikke være store nok til at udvikle mange forskelligartede tilbud rettet mod udvalgte målgrupper (socialt differentierede sundhedsfremme og forebyggelsestilbud). Det forudsætter et langt større underlag end 20-30.000 indbyggere at kunne anvende ressourcerne optimalt og samtidigt have ekspertisen til at udvikle, evaluere og justere tilbuddene.

Århus Amt skal på denne baggrund anbefale, at regionerne får til opgave at varetage konkrete forebyggelsestiltag koordineret med kommunernes indsats.

Århus Amt må således anbefale, at der opretholdes stærke regionale miljøer for forebyggelse og sundhedsfremme med en bredere opgavevaretagelse end den, der umiddelbart fremgår af lovforslaget

Målgrupper. Det nævnes i bemærkningerne til paragraffen, at sundhedsfremme og forebyggelse bør foregå i de miljøer, hvor mennesker færdes til daglig. Det fremhæves, at kommunerne har særlig god adgang til målgrupperne. Som eksempel nævnes børn og ældre med arenaerne børneinstitutioner, skoler, hjemmeplejen og lokalsamfundet. Det bør imidlertid fremhæves, at hele befolkningen er målgruppen, og at tre vigtige arenaer, hvor voksne mennesker færdes, nemlig arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og boligområder, ikke hører under det kommunale regi. Det bør fremgå tydeligere af bemærkningerne, at kommunerne har en forpligtelse til at lave forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den voksne befolkning, og at arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og boligområder er vigtige arenaer i den sammenhæng.

Primær forebyggelse. Det fremhæves, at den kommunale medfinansiering af sundhedsudgifterne er et incitament for kommunerne til at investere i især patientrettet forebyggelse. Det er imidlertid vigtigt, at kommunerne også prioriterer det primært forebyggende arbejde. Det bør fremgå klarere, hvordan man via loven ønsker at sikre den fornødne kommunale indsats inden for den primære forebyggelse.

Kommunale samarbejdspartnere. Det nævnes, at de nye, større kommuner får forudsætning for at driftssikre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, evt. i samarbejde med andre kommuner og samarbejdspartnere. Regionerne bør nævnes som en af disse samarbejdspartnere, således at der her er en direkte kobling til sundhedsaftalerne i §200.

Sundhedscentre. Sundhedscentre nævnes som eksempel på rammen om den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i kommunerne. Det er vigtigt her at være opmærksom på, at sundhedscentre fortrinsvis er et sted, hvor patienter henvises til eller borgere henvender sig. Etablering af sundhedscentre dækker derfor ikke behovet for opsøgende sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i lokalområder, på skoler, arbejdspladser m.v.

Patientrettet forebyggelse på sygehuse og i almen praksis. Sygehuse og almenpraksis nævnes som vigtige arenaer for patientrettet forebyggelse i regionalt regi. Det er imidlertid kun få sygehuse og lægepraksiser, der i dag laver systematisk forebyggelsesarbejde. Det er derfor vigtigt, at der findes en specialiseret funktion i de enkelte regioner, der kan være med til at sikre den fornødne kvalitet i arbejdet.

Bemærkninger til enkelte paragraffer

§ 118 – Kommunalbestyrelsens ansvar

Formålet er at give kommunerne større ansvar og flere opgaver på sundhedsområdet. Lovgivningen skal tilskynde kommunerne til at forstærke indsatsen. Forebyggelse, der ikke foregår under indlæggelse, skal varetages af kommunerne. En forstærket indsats skaber forudsætninger for, at kommunerne – evt. på tværs af kommunegrænser og i samarbejde med regionerne – udvikler og anvender nye organisatoriske løsninger.

Kommentarer:

Det er vigtigt at fastholde, at den lokale indsats i forbindelse med genoptræning og forebyggelse skal ske i et samarbejde. Mange tilbud rettet mod udvalgte mindre målgrupper kræver så stor ekspertise at udvikle og gennemføre, at det vil være svært for kommunerne enkeltvis dels at gennemføre initiativerne og dels sikre, at ressourcerne anvendes optimalt.

§§ 165 -170 - Befordring

Der er ikke umiddelbart større ændringer i forhold til de gældende regler.

Kommentarer:

Det vil være anbefalelsesværdigt, at al patient- og handicapkørsel samles under én instans – så borgerne/patienten ikke skubbes rundt mellem forskellige instanser. Århus Amt har tidligere i forbindelse med regeringens høring om regelforenkling forslået en gennemgang og samordning af området, således at borgerne kun får én indgang til systemet.

§ 188 - Kvalitetsudvikling

I bemærkninger til loven bliver rammerne for kvalitetsudvikling lovfæstet. Den Danske Kvalitetsmodel omtales og det anføres, at modellen på sigt skal omfatte hele sundhedsvæsenet også praksissektor og kommuner.

Kommentarer:

Århus finder det positivt, at det i lovudkastet præciseres, at kvalitetsudvikling og forskning er prioriterede opgaver for sundhedsvæsenet. Samtidigt gøres opmærksom på, at det samme skal gælde for uddannelse af sundhedspersonale. Det præciseres, at dette gælder både grund-, videre- og efteruddannelse samt løbende kompetenceudvikling - det gælder eksempelvis afholdelse af de nødvendige kurser, oprettelse af uddannelsesafdelinger, etablering af færdighedstræningsfaciliteter for alt personale og en række af de områder, hvor der i dag er et samarbejde med Aarhus Universitet om uddannelsen.

En række uddannelsesopgaver er via bekendtgørelser pålagt sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt at have fleksible rammer til at løse opgaven inden for.

Ligeledes er det vigtigt for regionerne at kunne fastslå over for sygehuse og praksis, at uddannelse skal være en prioriteret opgave på linje med patientbehandling, kvalitetsudvikling og forskning.

§§ 202 - 204 - Specialeplanlægning

I lovforslaget får Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen et væsentligt større ansvar og flere beføjelser i forhold til specialeplanlægning af lands- og landsdelsfunktionerne

på sygehusene. Det fastslås imidlertid i bemærkninger, at specialeplanlægning bør foregå på tværs af regioner og i dialog mellem parter.

Kommentarer:

Århus Amt finder det positivt, at der i lovforslaget lægges vægt på, at placeringen af de enkelte lands- og landsdelsfunktioner skal funderes fagligt, og at afdelingerne i højere grad end i dag certificeres i forhold til varetagelse af lands- og landsdelsfunktionerne.

Spørgsmålet om dokumentation i forhold til varetagelsen af lands- og landsdelsfunktioner har igennem længere tid været drøftet i "Sundhedsstyrelsens rådgivningsgruppe vedr. lands- og landsdelsfunktioner", og Århus Amt anbefaler, at udarbejdelsen af kravspecifikationen tager udgangspunkt i de overvejelser, som man tidligere har gjort sig i denne gruppe.

Århus Amt konstaterer desuden med tilfredshed, at det af de specielle bemærkninger fremgår, at specialeplanlægningen skal foregå i en dialog mellem alle parter, og at Sundhedsstyrelsen alene vil anvende sine beføjelser ved uenighed mellem parterne eller i tilfælde, hvor hensynet til patienterne taler herfor. Herunder skal Århus Amt opfordre til, det rådgivende udvalg, der skal nedsættes vedrørende specialeplanlægning, får reel indflydelse blandt andet i forbindelse med udarbejdelse af krav for varetagelse af lands- og landsdelsfunktioner.

Århus Amt vil anbefale, at de nuværende regioner Nord, Syd og Øst, som defineret i Sundhedsstyrelsens specialevejledning, får ansvaret for den konkrete planlægning på landsdelsniveau inden for rammerne af de nationale retningslinjer og bestemmelser, der fastlægges af det rådgivende udvalg og Sundhedsstyrelsen. Det nødvendige samarbejde på tværs af amtsgrænserne bør således forankres lokalt.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger, at Sundhedsstyrelsen har bemyndigelse til at fastlægge sygehusenes optageområder, og af de specielle bemærkninger fremgår det, at Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om visitation til lands- og landsdelsbehandling. Århus Amt vil hertil bemærke, at patienternes frie valg til sygehusbehandling på såvel basis som lands- og landsdelsområdet bør opretholdes, og at amtet derfor ikke kan støtte, at Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler, der forhindrer patienterne i at benytte det frie sygehusvalg.

Afsluttende bemærkninger

Århus Amt ønsker at tilkendegive, at man finder det betænkeligt, at lovforslaget på en række forskellige områder giver Sundhedsministeriet og/eller Sundhedsstyrelsen bemyndigelse til detailbeslutninger, der begrænser regionernes muligheder for selv at tilrettelægge sin virksomhed administrativt og organisatorisk. Et eksempel på dette er §199, der giver ministeren ret til at fastlægge regler om sammensætning og formandskab samt indsatsområder for samarbejdsudvalgets virke. Og tilsvarende i §202, hvor Sundhedsstyrelsen bemyndiges til at udpege, hvem der skal repræsentere regionerne i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

Århus Amt har stor forståelse for, at der kan være behov for overordnet koordinering, men på områder, hvor der er tale om regionale repræsentanter eller områder, der primært har regional interesse, er det svært af se baggrunden for, at centrale instanser har kompetencen til udpegning af repræsentanter.



Amrsrådsforeningen
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

6. januar 2005
Jrn. 2-10-4-04

Bemærkninger til udkast til Sundhedslov

Århus Amt fremsendte den 14. december 2005 høringssvar for det somatiske sygehusvæsen og Sygesikringen vedrørende udkastet til ny Sundhedslov.

Århus Amts Sundhedsstab har arbejdet videre på udkastet. I den forbindelse er der kommet yderligere administrative bemærkninger til nogle af lovforslagets paragraffer. Bemærkningerne er samlet i det vedlagte notat, som fremsendes til Amtsrådsforeningens inspiration i det forsatte arbejde i forbindelse sundhedsloven.

Med venlig hilsen

Leif Vestergaard Pedersen
direktør

Kopi: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Dato	Journalnr	Sagsbehandler	e-mail	Telefon
6. januar 2005	2-10-4-04	Steen Horster	seh@ag.aaa.dk	8944 6042

Sundhedsstabens høring om sundhedsloven.

Århus Amt har i brev til Amdsrådsforeningen af 14. december 2004 fremsendt bemærkninger til regeringens udkast til ny sundhedslov. Sundstaben i Århus Amt har arbejdet videre på lovudkastet og har følgende supplerende bemærkninger af administrativ karakter.

Bemærkninger til de enkelte paragraffer:

§§ 29-36 - Biologisk materiale

Bestemmelserne om biobanker i udkastet til sundhedslov følger den gældende patientretsstillingslov, der tilsyneladende kun regulerer spørgsmålet om behandlingsbiobanker.

Kommentar:

Det bør overvejes, om der skal sker en lignende regulering af forskningsbiobanker, da der er et væsentligt behov for klare regler for sådanne forskningsaktiviteter.

§§ 41-46 - Tavshedspligt og videregivelse

Reglerne svarer stort set til bestemmelser i den gældende Lov om patienters retsstilling, bortset fra § 42, der indeholder en mindre udvidelse af de gældende regler for videregivelse af helbredsoplysninger.

Sundhedsstaben – sekretariat og universitetshospital - Lyseng Allé 1 - 8270 Højbjerg

Tlf: 8944 6666 - Fax: 8944 6990 - e-mail sus@ag.aaa.dk - www.aaa.dk

Åbningstid: Mandag-torsdag 9-15, fredag 9-13

Kommentar:

Sygehusambulatorier og privat praktiserende læger i Århus Amt har givet udtryk for, at de ofte, når patienterne kommer i hospitalsambulatoriet første gang efter henvisning fra egen læge, mangler oplysninger fra tidligere relevante indlæggelser eller andre ambulante kontakter. Det er ikke i den gældende lovgivning muligt at rekvirere disse oplysninger, før patienten møder frem, og denne mulighed er heller ikke angivet i udkastet til sundhedslov. Manglen på relevante oplysninger om patienten, inden patienter møder frem, resulterer ofte i et "unødvendigt ekstrabesøg".

Det bør overvejes, om der i lovforslaget skal indarbejdes en mulighed for, at den praktiserende læge på henvisningen kan afkrydse, om patienten har givet samtykke til, at sygehuset har adgang til oplysninger fra tidligere relevante indlæggelser og ambulante kontakter (f. eks. de undersøgelser, den praktiserende læge forud for henvisningen har rekvireret på sygehusets ambulatorium).

Andre fagpersoner end sundhedspersonale har i specielle situationer mulighed for at henvise patienter til sygehusbehandling. Det bør overvejes, om der i disse tilfælde skal kunne videregives oplysninger fra sygehuset til den, som har henvist patienten til behandling, når pågældende fagperson skal arbejde videre med patientens behandling eller træning.

Det bør overvejes at supplere lovforslaget med disse to ændringer for at fremme både effektivitet og det sammenhængende patientforløb.

§ 75 (samt § 86 og § 87) – Private sygehuse under frit sygehusvalg

I henhold til § 75 stk. 4 får Regionsrådet bemyndigelse til at indgå aftaler med private sygehuse for at løse sine opgaver (i forhold til den eksisterende lovtekst er "privat institution" ændret til "privat sygehus").

Ifølge § 87 stk. 4 pålægges regionerne i forening at indgå aftaler med private sygehuse for at kunne leve op til reglerne om det udvidede frie sygehusvalg.

I henhold til § 75 stk. 6 kan Indenrigs- og Sundhedsministeren efter ansøgning fra en privat institution, som nævnt i stk. 4, bestemme, at de almindelige regler om frit sygehusvalg (som nævnt i § 86) skal finde anvendelse på institutionen.

Kommentar:

I de oprindelige bemærkninger til bestemmelsen i § 75 stk. 6, der blev indført i sygehusloven den 1. juli 2004, hedder det, "I forbindelse med behandling af en konkret ansøgning om at blive omfattet af det frie sygehusvalg, vil det amtsråd, som institutionen har overenskomst med blive hørt" og "Det vil ved afgørelsen vil blive tillagt vægt, om amtskommunen mere eller mindre permanent har løst sin sygehusopgave inden for et behandlingsområde ved at indgå overenskomst med den pågældende private institution."

Disse bemærkninger er ikke videreført i bemærkninger til den nye sundhedslov.

Det bør overvejes at præcisere ministerens bemyndigelse i henhold til § 75 stk. 6. Det er uklart om bemyndigelsen omfatter alle de private sygehuse, som regionerne har aftaler med i henhold til § 75 stk. 4 og henhold til § 87 stk. 4 således, at ministeren kan give tilladelse til, at de bliver omfattet af reglerne om frit sygehusvalg (jf. § 86).

§ 78 - I relation til forskning og vidensdeling

Der synes i § 78 at være en uoverensstemmelse mellem det forhold, at der i stk. 3 og stk. 4 henvises til afsnittene VI og XV-XVII, der ikke omfatter forskning, og det forhold, at der i de specielle bemærkninger til § 78 stk. 3 anføres, at dette afsnit bl.a. vedrører forskningssamarbejde.

Kommentar:

Såfremt § 78 stk. 3 og 4 ikke omfatter forskning, vil det have betydelige negative konsekvenser for den kliniske sundhedsforskning og vanskeliggøre arbejdet med innovation/vidensdeling generelt og "Lov om opfindelser ved offentlige forskningsinstitutioner" helt specifikt.

I forhold til "Lov om opfindelser ved offentlige forskningsinstitutioner" fremgår det ikke, om regionerne får hjemmel til teknologioverførsel, patentberedskab samt rådgivning og udvikling inden for dette område, eventuelt ved en tilpasning af "Lov om opfindelser ved offentlige forskningsinstitutioner".

Såfremt regionerne tildeles denne opgave, bør der i sundhedsloven være klarhed over, hvorfra udgifterne til området (beskrevet i forskerpatentlovens § 15 og § 16) skal finansieres. Herunder kan det bemærkes, at ansvaret for forskerpatentloven i dag i Århus Amt er placeret under Sundhedsstaben, mens det i f.eks. Københavns Amt er placeret under erhvervsområdet. Det er vigtigt at være opmærksom på, hvor ansvaret for området placeres, når der i fremtiden skal være vandtætte skodder mellem regionens opgaveområder i forhold til økonomi.

Århus Amt har et meget tæt samarbejde med Aarhus Universitet om patentområdet, specielt inden for sundhedssektoren. Dette samarbejde kan i henhold til de fremlagte lovudkast blive vanskeliggjort betydeligt og muligvis umuliggjort, idet kun universitetet på den ene side er omfattet af "Lov om teknologioverførsel mv. ved offentlige forskningsinstitutioner", mens "Lov om amters og kommuners deltagelse i aktieselskaber mv." på den anden side bortfalder.

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".

§ 201 - Planlægning

§ 201 fastlægger grundlaget for sundhedsvæsenets overordnede planlægning på en række områder, der opremses i lovforslagets specielle bemærkninger.

Kommentar:

Det vil være hensigtsmæssigt at nævne det præhospitale område særskilt som en tilføjelse til paragraf 201, så den lyder: "Regionsrådet udarbejder en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet, herunder en plan for tilrettelæggelse af den præhospitale indsats i regionen."

I de specielle bemærkningerne står to steder, at der skal udarbejdes planer for ambulancetjenesten i regionen. Begge steder bør ordet "ambulancetjeneste" erstattes af "den præhospitale indsats".

Der er intet i loven, der tilsiger, at planen skal udarbejdes i samarbejde med kommunerne, ligesom planen ikke skal til høring i kommunerne. I bemærkningerne forudsættes at den regionale sundhedsplan er udarbejdet efter drøftelse med kommunale repræsentanter i det regionale samarbejdsudvalg (§198). Det bør overvejes at gøre dette samarbejde mere forpligtende ved at lovgive om krav til høring eller samarbejde.

§ 217 - Statens Serum Institut

I lovforslaget videreføres reglerne for driften af Statens Serum Institut.

Kommentar:

Der gøres opmærksom på, at Statens Serum Institut herved fortsat vil have monopol på leverance af vacciner mv.

§ 220 - Internationale sundhedsopgaver

Indenrigs- og Sundhedsministeriet får bemyndigelse til at pålægge regionerne at medvirke positivt i forsøg på at rekruttere sundhedspersonale til internationale opgaver både af civil og militær art.

Kommentar:

Det vil være hensigtsmæssigt at præcisere, at regionerne ikke kan pålægges at sikre bemandingen af funktioner af denne art internationalt. Det ville give store problemer af ansættelsesretslig karakter, hvis regionerne skulle sikre denne mulighed i ansættelsesbreve. Regionerne kan heller ikke pålægges et medansvar for løn- og ansættelsesvilkår mv. for sundhedspersonale på internationalt arbejde for staten.

Bedre sundhed i hovedstaden Baggrund

Amtslige nettodrifudsudgifter hovedkonto 4 for R2003 og B2005

	R2003 Mio. kr	B2005 Mio.kr.	Stigning Mio. kr.	Stigning Pct.
1. Alle amter og H:S	61.866	66.618	4.751	7,7
2. H:S	7.075	7.440	365	5,2
3. Københavns amt	7.227	7.744	516	7,1
4. Frederiksborg amt	4.174	4.532	358	8,6
5. Bornholm	567	626	60	10,5
6. Region Hovedstad (2-5)	19.044	20.343	1.299	6,9
7. Hovedstad m. landsgennemsnitlig stigningsprocent(1)		20.506	1.463	7,7
8. Hovedstad (6) forskel til (7)			-164	

Det betyder, at der allerede med budget 05 er "indhentet" 164 af de 450 mio. kr.

3 pct. vækst i hovedstadsregionen svarer til ca. 600 mio. kr./år. Med indfasningsperioden på 5 år vil de i 2005 resterende ca. 300 mio. kr. skulle indfases med ca. 60 mio. kr. om året, d.v.s. væksten bliver i stedet på 540 mio. kr. svarende til 2,7 pct.

Mange tusinde patienter fra KBH. Amt og Frederiksborg amt vælger hvert år behandling i H:S

- H:S producerer 31 pct. mere end nødvendigt for at betjene egne borgere. 7,4 pct. af Københavns Amts sygehusudgifter går til behandling i H:S (fraregnet Hvidovre). 12,1 pct. af Frederiksborg Amts sygehusudgifter går til behandling i H:S.

Bemærkninger

- Region Hovedstaden får de samme vilkår som resten af landet. Alle får lige mange penge til sundhed efter objektive behovskriterier.
- Med samlingen af ansvaret skaber vi forudsætningerne for, at politikerne i Region Hovedstaden kan give borgerne mere og bedre sundhed for pengene. Og i modsætning til, hvad der har været fremme i pressen, får sundhedsvæsenet i Hovedstaden ikke en dårligere økonomi end i dag – tværtimod.
- Uanset hvordan vi gør det op, så vil der være flere penge til sundheden i hovedstaden, når kommunalreformen træder i kraft i 2007, end der er i dag.
- Der er foretaget nogle beregninger, der bygger på fordelingen af sundhedsudgifterne mellem amterne og H:S i 2003. Her er hovedstadens manko ganske rigtigt ca. 450 mio. kr.
- De 450 mio.kr. er et historisk tal og skal ses i forhold til:
 - Et samlet budget i region hovedstaden på mere end 20 mia.kr.
 - Der er aftalt en 5-årige overgangsperiode for hovedstaden.
 - Det betyder at sundhedsudgifterne vil vokse en lille smule langsommere i hovedstadsregionen set i forhold til resten af landet – i størrelsesordenen nogle få promille årligt (450 mio.kr. er ca. 4 promille el. 90 mio.kr. årligt)

- Der sker en tilpasning af sygehusudgifterne i H:S til resten af landet. Det indebærer at mankoen allerede i 2005 er reduceret til ca. 300 mio.kr. el. 60 mio. kr. årligt ud af et budget på mere end 20 mia.kr.
- Som illustration har væksten i sundhedsudgifterne de senere år været ca. 3 pct. årligt. Hvis kommunalreformen var trådt i kraft, ville det have indebåret en vækst på 2,7 pct. i hovedstadsregionen.
- Der er som både det rådgivende sundhedsudvalg og Strukturkommissionen fremhæver et potentiale for at samordne sundhedsvæsenet mere effektivt i hovedstaden, der væsentligt vil overstige de få promille årligt
- Med reformen bliver grundlaget skabt for at bruge ressourcer på at behandle patienterne. Det er op til de kommende regionspolitikere, at udfylde disse rammer til gavn for patienterne i hovedstaden.

[Sundhedsområdet er det område, hvor der er det allerstørste behov for koordinering i Hovedstaden. H:S har gennemført en omfattende sygehusplan, der har givet borgerne i Københavns og Frederiksberg kommuner et mere effektivt sygehusvæsen. Men det ændrer ikke ved, at der i dag er hele fem forskellige myndigheder inden for et lille geografisk område, der skal tage hånd om borgernes sundhed]



Amtsrådsforeningen
Dampfærgevej 22
Postbox 2593
2100 København Ø.

Højbjerg, den **23 DEC. 2004**
J.nr. 4-16-9-153-04

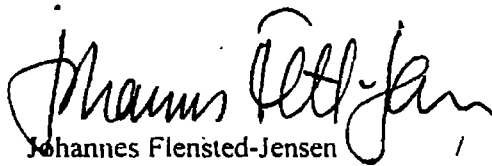
Udtalelse til de fremlagte lovforslag om Lov om offentlig sundhed og Lov om social service.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet sendte den 1. december 2004 udkast til ny sundhedslov og ny servicelov i høring.

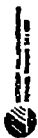
1. Vedlagt sendes Psykiatri- og Handicapudvalgets udtalelse vedrørende Psykiatrien og Voksen Handicap Området i Århus Amt.

Udtalelsen er et resultat af Psykiatri- og Handicapudvalgets drøftelser på mødet den 13. december 2004.

Med venlig hilsen


Johannes Flensted-Jensen
Amtsborgmester


Bo Johansen
Amtsdirektør



Højbjerg, den 21. december 2004.
J.nr. 4-16-09-153-04

Psykiatri- og Handicapudvalgets udtalelse til de fremlagte lovforslag om Lov om offentlig sundhed og Lov om social service som følge af forslaget om kommunalreform.

Psykiatri- og Handicapudvalgets lægger vægt på, at der sikres størst mulig tryghed for brugerne ved overgang fra den nuværende til den nye struktur. På den baggrund udtaler udvalget:

- Regionerne skal være garanter for, at brugerne ikke oplever forringelser i form af tab af specialisering og bortfald af specialtilbud.
- Det forudsætter, at regionerne sikres mulighed for at finansiere forsyningsforpligtelsen og ansvaret for den fortsatte udvikling, også ud over "summen af kommunernes forhåndsønsker". Skal regionernes opgave som sikkerhedsnet være realistisk, forudsætter det ensartede vilkår for regionerne, for kommunerne og for private udbydere.
- I Århus Amt er der gjort gode erfaringer med decentrale tilbud i lokalpsykiatriske enheder, hvor der tilbydes både socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. Gennemførelsen af forslaget til ny sundhedslov og servicelov vil indebære en opsplitning af tilbuddene på flere forskellige myndigheder og flere forskellige finansieringstyper. Sammenhængen i psykiatrien på tværs af sektorer, særligt sammenhængen i forhold til de svageste sindslidende, er dermed truet.
- Afskaffelsen af kommunalfuldmagten på det regionale område vil betyde færre nye initiativer og en langsommere udvikling af tilbuddene og give et stivere og mindre fleksibelt system.
- Psykiatri- og Handicapudvalget anbefaler, at de nye regioner udarbejder regionale, sociale udviklingsplaner, før der tages stilling til, hvilke sociale tilbud, der med fordel kan overføres til de nye kommuner.

Amtsrådsforeningen
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

Silkeborg den 4. januar 2005

Høringssvar vedr. lovforslag om strukturreformen.

Århus amtsråd har tidligere fremsendt høringssvar vedr. ovenstående. Disse høringssvar er undertegnede partier enige i, men har derudover yderligere kommentarer, som ønskes medtaget i Amtsrådsforeningens endelige høringssvar.

At det demokratiske underskud med flere ministerbeføjelser forøges, hvorfor det bør fjernes fra lovgrundlaget.

At de fremtidige regioners styreform med hovedvægt på et forretningsudvalg, skævvrider de politiske arbejdsvilkår for flertallet af regionsmedlemmerne

At forebyggelse og misbrugsområdet skal fastholdes som regionalt ansvar, men i et øget samarbejde med kommunerne og evt. private udbydere.

At psykiatri for både børn og voksne fortsat bør være et regionalt ansvar, byggende på et samarbejde mellem regionen, kommunerne og evt. private udbydere.

At miljø- og naturforvaltningsområdet bør fastholdes i de nye Regioner

At det bør klargøres at opgaven om regional udvikling entydigt fastlægges i regioner/regionale vækstfora, og at det sikres at kommunale tiltag er i overensstemmelse med den regionale strategi.

At Indenrigsministeren bedes redegøre for hvilke ligestilling- og integrationspolitiske konsekvenser reformen vil have, herunder beskrive hvilke muligheder de nye regioner vil få for at videreføre amternes personalepolitiske aktiviteter på disse områder.

At de nye regioner bør have retten til selv at finansiere sine opgaver og i øvrigt kunne prioritere på tværs af opgaveområder."

Ove Mikkelsen Gruppeformand for Socialdemokratiet i Århus amtsråd

Bente Nielsen, Gruppeformand for Socialistisk Folkeparti i Århus amtsråd

Gunhild Husum, Gruppeformand for Radikale Venstre i Århus amtsråd

Henrik Quist, Gruppeformand for Enhedslisten de Rød Grønne i Århus amtsråd