

Kopi til Lisa, R.S.  
FORBUNDET AF USE, STAB  
OFFENTLIGT ANSATTE

OFFENTLIGT ANSATTES  
ARBEJDSLØSHEDSKASSE

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

06. januar 2005  
J.nr.: 04/001/02291-10.61.01  
DK/perl/clac  
Deres ref.:

### Vedr: Lov om forpligtende kommunale samarbejder

#### Generelt:

Forbundet af Offentligt Ansatte ønsker hermed at afgive bemærkninger i forbindelse med høring af ovennævnte lovforslag.

Forbundet af Offentligt Ansatte ønsker indledningsvis at udtrykke utilfredshed med den hast regeringen har valgt at gennemføre lovgivningen på. Det betyder, at lovgivningen ikke bliver gennemtænkt og til tider sjustet. Vi kunne godt ønske, at regeringen vil gå mere i dialog med medarbejderorganisationerne om medarbejdernes fremtidige vilkår, mere end det er tilfældet. FOA havde gerne set, at regeringen havde søgt et bredere og et mere stabilt flertal i folketinget for reformen for dermed at skabe holdbare og trygge rammer for reformprocessen og den fremtidige struktur.

FOA er enig i, at en reform af den offentlige opgavefordeling skal gennemføres, men den lovgivning, vi bliver præsenteret for, er i mange tilfælde et udtryk for en øget central og ministeriel styring. Det betyder, at offentligheden ikke har et reelt indblik i de ændringer, der kommer til at ske i forbindelse med kommunalreformen og dermed også ringe indflydelse på forandringen af den offentlige sektor.

*Kommunalreformen gennemføres på et usikkert grundlag.*

Forbundet af Offentligt Ansatte deltager gerne i en god og konstruktiv dialog om lovforslaget og kommunalreformens udmøntning generelt. Vi er interesseret i, at vi også i fremtiden har en bæredygtig offentlig sektor.

### Bemærkninger til lovforslaget:

Der er mange bemyndigelser i lovforslaget, hvilket tyder på, at Regeringen allerede nu forudser, at der vil ske hyppige fejl/være problemområder, der kunne være rettet ved en mere hensigtsmæssig lovgivningsprocedure – herunder det tidsmæssige aspekt. FOA forventer at blive inddraget i udarbejdelsen af den konkrete udmøntning af ministerbeføjelserne, da vi ønsker at sikre vores medlemmers ansættelsesretlige fremtid.

#### *Ansættelsesområde:*

FOA mener, at der er en række problemer omkring medarbejdernes ansættelsesområde i dette lovudkast. Eksempelvis personale ansat i den delegerende kommune, hvor de varetager opgaver, der er omfattet af loven. Disse medarbejdere overtages af den bemyndigede kommune. Medarbejderne vil få et større ansættelsesområde, hvis det forudsættes, at ansættelsesområdet skal være den bemyndigede storkommune samt den delegerende kommune. Man kan desuden forestille sig situationer, hvor man kommer fra et amt, hvorfra man overføres til en delegerende kommune - for så endelig at ende op i en bemyndigende kommune. Vi ser gerne, at der udformes nogle klare retningslinier på dette område, som kan øge trygheden hos personalegrupperne.

Når der skal ændres på medarbejdernes ansættelsesområde, skal man også tage højde for varslingsregler, jf. nedenfor.

Loven tager ikke stilling til, om en bemyndiget kommune kan overføre opgaven til et fælleskommunalt selskab, hvilket kan betyde endnu en overdragelse af personalet.

Ved delegation kan der opstå problemer for de ansatte, da myndighedsansvaret er i den ene kommune, hvorimod "arbejdet" udføres af anden kommune. De ledelsesmæssige forhold kan være tvetydige, da serviceniveauet på serviceydelser bestemmes et sted og udføres et andet. Man kunne spørge, hvordan bliver kommunikationen mellem det udøvende led og myndighedsenheden, og hvordan forholder man sig til klager m.v.. Vi mener, at det er meget uheldigt, hvis man skaber en struktur, hvor der ikke er sammenhæng for medarbejderne i forhold til ledelsen og beslutningskompetencer.

Man kan forestille sig en situation, hvor eksempelvis Holmslands Kommune, hvor man pga. størrelsen er tvunget til at indgå forpligtende kommunale samarbejder. Her vil man kunne forestille sig, at genoptræning måske skal udføres via Ringkøbing Kommune m.fl. Hvis man som ansat tidligere har udført arbejdet i kommunen, vil man blive virksomhedsoverdraget til Ringkøbings Kommune m.fl. som ansættelsesmyndighed, men myndighedsansvaret for opgaven vil stadig være hos Holmslands Kommune, hvor den ansatte kan blive fanget i interessekonflikter f.eks. i forhold til ydelsens kvalitet og omfang. Det fysiske arbejdssted vil formentlig blive det samme.

Med lovforslaget udvides tjenestemændenes ansættelsesområde betydeligt, da mange af kommunerne får større geografisk område at dække samt en ændret opgavevaretagelse. Vi mener, at tjenestemændene skal have individuel mulighed for at vurdere ændringernes konsekvenser af det udvidede ansættelsesområde, da forudsætningen for indgåelsen af tjenestemandsansættelsen ændres væsentligt. I bemærkningerne til lovforslaget gøres da også opmærksom på, at ændringerne ikke skulle tåles, hvis der ikke havde været tale om en generel kommunesammenlægning.

Det udvidede ansættelsesområde skal modsvares af en jobgaranti, der sikrer de ansatte en reel omplaceringsret og ikke kun pligt til forflyttelse inden for det nye ansættelsesområde f.eks. via

en jobbank. Ligeså bør f.eks. ens ansættelsesanciennitet ikke kunne brydes ved jobskifte inden for kommunen. Dette skal gælde for alle ansatte.

*Varslingsfrister:*

Den delegerende kommune og den bemyndigede kommune skal senest 1. september 2006 have indgået en aftale om, hvilke ansatte der overdrages. Her kan der opstå problemer i forhold til de individuelle opsigelsesvarsler, da disse kan være op til 6 måneder, da ændringerne skal træde i kraft 1. januar 2007. FOA's holdning er, at man skal give alle ansatte besked om ændringerne senest 6 måneder, før de finder sted. Dette kan modvirke utryghed hos de ansatte og gøre processen smidigere. Hvis 6 måneders fristen ikke kan overholdes, må de ansatte kompenseres på anden måde.

*Offentlighed i beslutningerne:*

I forbindelse med aftaleindgåelsen er der ikke givet de ansatte og deres organisationer mulighed for at blive hørt i processen, da man sætter de forvaltningsretlige regler ud af kraft. Vi mener, at man ved at forsøge at lovgive sig ud af Forvaltningsloven på denne måde forsøger at omgå basale retssikkerhedsgarantier på det offentlige område. Vore medlemmer skal høres individuelt ved væsentlige ændringer af deres ansættelsesforhold. Det er efter vor opfattelse ikke et sagligt formål, at processen skal gennemføres hurtigt. Ifølge bemærkningerne tilgodeses de ansatte "på anden måde" f.eks. ved orientering, fremsætte ønsker, synspunkter/forslag vil kunne indgå i Delingsrådets beslutninger. Det kan efter vor opfattelse ikke erstatte de alment gældende partshøringsregler.

*Virksomhedsoverdragelse:*

Regeringen angiver, at virksomhedsoverdragelseslov er en beskyttelsesgaranti for de ansatte, hvilket vi finder tvivlsomt, da nogle af vore medlemsgrupper ikke vil have mulighed for at påberåbe sig væsentlig ændringer i forbindelse med ændringer i arbejdsgiveridentiteten.

*Diverse:*

Ydermere bærer lovforslaget præg af lovsjusk og manglende tid – eksempelvis nævnes på side 56 i bemærkningerne, at den delegerende og den bemyndigede kommune skal indgå en aftale om overførsel af de ansatte inden den 1. september 2004.

Med venlig hilsen

Dennis Kristensen  
Forbundsformand

**FORBUNDET AF  
OFFENTLIGT ANSATTE**

**OFFENTLIGT ANSATTES  
ARBEJDSLØSHEDSKASSE**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

06. januar 2005  
J.nr.: 04/001/02298-10.61.01  
DK/perl/clac  
Deres ref.:

**Vedr: Lov om offentlig sundhed (sundhedsloven)**

Forbundet af Offentligt Ansatte takker for muligheden for at afgive bemærkninger i forbindelse med høring af ovennævnte lovforslag.

Der er i Forbundet af Offentligt Ansatte ikke udarbejdet et selvstændigt høringssvar, der henvises i stedet til vedlagt høringssvar fra Det Kommunal Kartel.

Med venlig hilsen

Karen Stæhr  
Sektorformand

**Bilag: Kopi af DKK's høringssvar**

FOA  
Staunings Plads 1-3  
1790 København V

Telefon 46 97 26 26  
Telefax 46 97 23 00

E-post adresse, Forbund: foa@foa.dk  
E-post adresse, A-kassen: oaa@foa.dk

Giro 8 01 47 95  
Medlem af LO



6. januar 2005

### **Det Kommunale Kartels hørings svar til forslag til sundhedslov**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 sendt forslag til sundhedslov i høring. Ministeriet har i den forbindelse bedt om bemærkninger til lovforslaget fra Det Kommunale Kartel (DKK).

Det Kommunale Kartel har indhentet bemærkninger hos de Kartel-forbund, der samarbejder i Sygehusbranchen i DKK, det vil sige Forbundet af Offentligt Ansatte, HK/Kommunal, 3F og håndværkerforbundene. Nærværende hørings svar er desuden tiltrådt af Det Kommunale Kartels forretningsudvalg.

DKK finder det væsentligt, at det danske sundhedssystem styrkes og udvikles i forhold til at kunne varetage de mange udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor. DKK støtter, at de tidligere 15 sundhedslove samles i én og samme sundhedslov. Dette skaber overblik og gennemsækelighed til gavn for borgerne.

DKK mener, at den væsentligste udfordring er at skabe et sammenhængende sundhedssystem med patienterne og opgaverne omkring patienten som udgangspunktet. Målet er, at der skabes størst mulig faglig kvalitet, nærhed, kontinuitet og effektivitet i sundhedstilbudene, og at borgerne får tilbudt sundhedsydelserne på lige vilkår med solidarisk finansiering og demokratisk styring. Et væsentligt element i dette er, at der udvikles gode arbejdspladser.

DKKs samlede vurdering af sundhedsloven og den tilhørende finansiering af området er, at sygehusvæsenet vil blive stærkt centraliseret, styret efter meget komplicerede økonomiske mekanismer, der bl.a. gør det vanskeligt for sygehuse at forudse deres økonomi. Det er DKK's vurdering, at det vil kunne få stor betydning for DKK-faggrupperne, da det oftest er dem, der først kommer i søgelyset i forbindelse med personalereduktioner.

**Det Kommunale Kartel varetager interesserne for 17 LO-forbund, der organiserer 400.000 medarbejdere i kommuner og amter**

DKK er betænkelig ved det meget begrænsede råde- og handlerum regionerne får. DKK finder det uhensigtsmæssigt, at regionerne ikke vil være omfattet af kommunalfuldmagten ifølge lovudkastet. Dette vil få stor betydning for regionernes udvikling og det regionale demokrati. DKK havde gerne set skatteudskrivning til det regionale niveau og en samling af planlægnings- og koordineringsopgaver i regionen.

DKK mener, at tæt samarbejde og aftaler mellem region og kommunerne i regionen kan udvikles til at være et godt værktøj til at skabe et sammenhængende sundhedssystem. DKK finder, at lovpligtige sundhedsaftaler er en positiv nyskabelse.

DKK's hovedsynspunkter til lovforslaget uddybes i det følgende.

### **Let og lige – nye åbninger for brugerbetaling?**

Forslag til sundhedsloven er en sammenskrivning af 15 nuværende love om sundhedsområdet til én. Der er lavet en ændring i kravet til sundhedsvæsenet, hvor det før hed "fri og lige adgang.." er der nu sket en ændring til "let og lige adgang..."

DKK går ud fra, at dette alene er en sproglig fornyelse og ikke et udtryk for, at der er sket en ændring af princippet om, at alle har ret til gratis behandling og pleje. DKK ønsker ikke mulighed for yderligere brugerbetaling.

### **Kompliceret finansieringssystem**

Forslaget til sundhedslov og forslaget til lov om regionernes finansiering lægger op til et meget begrænset handlerum for regionerne. Regionerne får alene en udførerrolle med staten og kommunerne som bestillere.

Regionernes finansiering af sundhedsudgifterne vil bestå af følgende indtægtskilder;

- Et generelt tilskud fra staten (bloktilskud) 75 %
- Et grundbidrag fra kommunerne 10 %
- Et aktivitetsbestemt tilskud til sundhedsområdet fra staten 5 %
- Et aktivitetsbestemt tilskud til sundhedsområdet fra kommunerne 10 %

Regionerne vil ikke få en lånemulighed på samme måde, som amterne har i dag.

Den fordeling af de statslige bloktilskud, der er lagt op til vil betyde et tab på ½ mia. kr. for hovedstaden og en gevinst på ¼ mia. kr. for både Region Sjælland og Region Midtjylland.

DKK mener, at regionerne helt principielt selv bør kunne styre deres indtægter. De skal have ret til at udskrive skat, idet det vil sikre plads til regionale tilpasninger og prioriteringer.

DKK anbefaler, at finansieringsmodellen for regionerne og dermed sygehusene gøres mere enkel, ubureaukratisk og gennemskuelig.

Finansieringsmodellen skal udformes således, at der kan arbejdes langsigtet med udvikling af sundhedsområdet. DKK's betænkeligheder ved modellen går på, at det enkelte sygehus ikke kender sin økonomi på et 3-5 års sigte på grund af finansieringsmodellen. Det har stor betydning for trygheden i ansættelsen for medarbejdernes på sygehusene. DKK er bekymret for det pres der vil opstå på medarbejderne for mere fleksible ansættelsesformer som f.eks. deltid- og kontraktansættelse og for et øget brug af vikarer. Det vil betyde forringelse af ansættelsesvilkår for de ansatte og forringelse af kvalitet af ydelserne for borgerne.

Takstfinansiering bliver et bærende element i den fremtidige finansiering. Det vil medføre mere bureaukrati i kommuner, regioner og stat og dermed overflytning af ressourcer fra "varme" til "kolde" hænder.

Takstfinansiering er som styringsinstrument på sygehusområdet endnu ikke analyseret ordentligt. Regeringen bør få udfærdiget en sådan analyse, før den gør takstfinansiering til et bærende styringsprincip i sundhedsvæsenet. Det kommunale Kartel vil komme med en analyse i løbet af foråret 2005.

DKK er bekymret for, hvorledes den kommunale medfinansiering vil fungere i praksis. Det er afgørende for udviklingen af sygehusvæsenet, at der ikke udvikles parallelle sundhedstilbud i kommunerne, der udfra en samlet samfundsøkonomisk betragtning til medføre et dyrere sundhedsvæsen.

Det bør ikke være muligt for kommunerne at blokere for regionernes reguleringer af grundbidraget. Grundbidraget skal som minimum indeholde en del af den aftalte realvækst i økonomiaftalerne og opreguleres med den almindelige pris- og lønudvikling, ellers udhules regionernes budgetter.

Det er uacceptabelt, at hovedstadsregionen mister ½ mia. kr. som følge af beregningsmodellen for det generelle statstilskud. Tilskuddet bør fordeles efter en mere nøjagtig sammensætning af nøgler, således at fordelingen af midler bliver neutral i forhold til udgifterne i dag.

Derudover er låneadgangen utilstrækkelig og bør udformes som den hidtidige ordning med generel låneadgang.

DKK lægger vægt på et stærkt offentligt sundhedsvæsen. For DKK er det afgørende, at de nye finansieringsmodeller ikke åbner op for et stort privat sundhedsmarked, der på sigt vil betyde ulighed i sundhedstilbudene og forringelse i de offentlige sundhedstilbud.

### **Uhensigtsmæssig centralisering**

Forslaget til sundhedslov indeholder efter DKK's vurdering en centralisering af væsentlige beslutninger om udviklingen af sundhedsvæsenet og begrænsninger i regionernes handlemuligheder.

DKK mener, at det er paradoksalt at etableringen af færre og større regioner ikke medfører dannelse af stærke regioner, der kan påtage sig opgaven med at udvikle og forny sundhedsområdet.

DKK beklager, at kommunalfuldmagten ikke vil gælde for regionerne.

Det fremgår af lov om proceduremæssige aspekter i forbindelse med kommunalreformen (procedureloven), at opgaver, som (amts)kommuner i dag varetager i henhold til kommunalfuldmagtsreglerne kun kan overføres til regionerne i det omfang, der er positiv hjemmel hertil. Tilsvarende bestemmelser om opgavevaretagelse i relation til kommunalfuldmagtsreglerne findes i nærværende lovforslags kap 16 under overskriften 'Sygehusydelse'. I § 78 to bemyndigelsesbestemmelser, der giver regionerne mulighed for at tilbyde behandlinger mod betaling.

De nævnte love sonderer med andre ord mellem om regionerne har positiv hjemmel til at udføre opgaverne eller ej. Har regionerne positiv hjemmel til at udføre opgaverne, overføres opgaverne fra (amts)kommunerne til regionerne. Dette gælder også accessoriske opgaver som (amts)kommunerne varetager i henhold til kommunalfuldmagtsreglerne. Har regionerne derimod ikke positiv hjemmel til at udføre opgaverne, overføres opgaverne ikke. Dette skaber risiko for at opgaverne 'går tabt'.

DKK er skeptisk over for denne sondring.

Et stærkt sundhedsvæsen udvikles efter DKK's opfattelse tæt på borgerne i et regionalt demokratisk politisk styret system. I lovudkastet bliver dette begrænset af den stærke centrale kontrol med og styring af sundhedsområdet DKK anbefaler, at regionerne gives reel mulighed for at skabe nytænkning og udvikling af sundhedssystemet.. Der bør tages højde for i loven.

### **Mange bemyndigelser**

Et gennemgående træk ved sundhedsloven er antallet af bemyndigelser. Således bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler i langt over 100 tilfælde.

DKK er skeptisk over for dette meget store antal bemyndigelser.

For det første overstiger bemyndigelsernes antal klart, hvad der forstås ved god lov kvalitet. En vejledning herom er udarbejdet af justitsministeriet og statsministeriet med bidrag fra bl.a. Finansministeriet og Erhvervsministeriet i september 2000. Det fremgår heraf, at det er af afgørende betydning i et retssamfund som det danske, at lovgivningen er af høj kvalitet. Under overskriften bemyndigelser til administrationen, fastslås – om end indirekte – at antallet af bemyndigelser så vidt muligt bør begrænses. Dette kan næppe siges at være tilfældet.



For det andet forhindrer det meget store antal bemyndigelser de høringsberettigede – og andre – at udtale sig om den nye lovgivning i sin helhed. Det er kritisabelt. Dette gælder så meget desto mere, i det omfang sundhedsloven er en del af en reform af indgribende betydning for den enkelte borger.

DKK skal anbefale, at antallet af bemyndigelser reduceres kraftigt.

DKK forventer, at organisationerne på sundhedsområdet fremover vil blive hørt i forbindelse med bekendtgørelser og betænkninger og vil i den forbindelse gøre opmærksom på, at Sygehusbranchen i Det Kommunale Kartel repræsenterer 40.000 ansatte på sygehusområdet.

### **Sundhedsopgaver til kommunerne – nye muligheder og nye snitflader**

Kommunerne får en række nye opgaver og forpligtelser på sundhedsområdet. Det nye er bl.a. ansvaret for genoptræning der ikke foregår under indlæggelse, for forebyggelse og sundhedsfremme. Derudover får kommunerne et langt større ansvar for sundhedsområdet i forbindelse med medfinansieringen af sundhedsydelserne i sygehusvæsenet.

DKK finder det vigtigt, at der forsøges foretaget en entydig ansvarsfastlæggelse af genoptræningsopgaven. Det er imidlertid svært at foretage en præcis afgrænsning af området. Det er vigtigt, at der forsat vil være muligheder for at udvikle nye og fleksible løsninger for patienterne på tværs af sygehus og kommune. Begrebet "indlæggelse" kan her virke lidt misvisende i forhold til de nye behandlingsmønstre, hvor store dele af patienternes behandling forgår udenfor sygehuset og ikke under indlæggelse. Det er vigtigt for gode patientforløb, at der også fremover kan udføres specialiseret genoptræning i eget hjem. Der vil således stadig være muligheder for skabelse af nye gråzoner.

Der er afgørende, at finansieringsmodel og samarbejdsaftaler tager udgangspunkt i muligheder for at skabe de bedste løsninger for patienterne og ikke udvikling af nye barrierer og bureaukratiske afregningssystemer.

### **Samarbejdsaftaler mellem region og kommunerne – en nøgle i sammenhængende patientforløb**

Regionsråd og kommunalbestyrerne i regionen skal samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende områder. Der skal nedsættes samarbejdsudvalg, der skal indgå sundhedsaftaler om en lang række emner og aftalerne skal godkendes i sundhedsstyrelsen.

DKK finder, at ideen om sundhedsaftaler er et spændende middel til at skabe mere sammenhængende patientforløb og til at kunne indgå aftaler om udvikling af nye lokale sundhedstilbud.

Lovforslaget indeholder efter DKK's vurdering en række uklarheder omkring aftalerne, der bør afklares. Det er DKK's opfattelse, at samarbejdsaftalerne bør være regionale aftaler, hvor de regionale parter - regionen og kommunerne i regionen - i fællesskab opstiller rammerne for aftalen, for sammensætning af samarbejdsudvalg og indgår aftaler.

DKK mener, at der lægges op til en unødigt centralisering i form af en bureaukratiske godkendelsespraksis, hvor aftalerne skal godkendes af sundhedsstyrelsen. Det er afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen, at regioner og kommunerne i fællesskab løser opgaven ud fra et helhedssyn og ud fra patientvinklen. Samarbejdsaftalerne vil afhænge af politisk vilje til at få styrket og udviklet det danske sundhedsvæsen. Flere centrale krav og nye økonomiske sanktioner vil efter DKK's opfattelse ikke styrke et sammenhængende sundhedsvæsen.

### **Psykiatrien - hvem har ansvar for hvad?**

Regler for psykiatrien findes i både sundhedsloven og i lov om social service. Der sker ikke i lovudkastet en entydig ansvarsplacering for den behandlende psykiatri.

DKK anbefaler, at der sker en præcisering af ansvar i lovgivningen og at finansieringen omkring psykiatrien - både den behandlende psykiatri og social psykiatrien - udformes således, at der sikres sammenhæng i tilbudene.

Med venlig hilsen

Kim Simonsen  
Formand for Det Kommunale Kartel

Claus Wendelboe  
Udviklingschef

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Hovedbestyrelsessekretariatet

7. januar 2005

J. 302.98

S. 20040001.17

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø

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

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  
Trondhjemsvej 9  
ret.

Tlf 3544 8500

E-post dadl@dadl.dk

Fax Fejll Autotekst er ikke defineret.

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

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

www.laegeforeningen.dk

E-post

Fejll 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 "lethed" 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 kassetænkning

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 behandlende 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 interessent 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 behandelende 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 disciplinærnavn.
- Finansieringsmodeller skal understøtte de tilbud, der sikrer patienterne en behandling af høj sundhedsfaglig kvalitet og en optimal ressourceudnyttelse.



**INDHOLDSFORTEGNELSE**side

<b>Udkast til sundhedslov</b>	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
<b>Udkast til sundhedslov samt Udkast til lov om regionernes finansiering</b>	24
Kommunal medfinansiering	25
Statsligt tilskud	27
Udvikling og forskning	27
<b>Udkast til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet</b>	27
<b>Udkast til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet</b>	29
<b>Udkast til lov om regional statsforvaltning</b>	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 uensigtsmæssigt, 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 uddannelses tilbud. 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 sygehussvæsenet. 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 uhensigtsmæssig 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 bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om tilrettelæggelsen af den præhospitale indsats og ambulancetjeneste videreføres uændret.

Af den kommende bekendtgørelse bør det fremgå, at præhospital behandling er en koordineret del af det samlede akutberedskab, ligesom det bør sikres, at der er en regional lægelig ledelse af den præhospitale indsats.

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

sætning for at sikre, at akutte patienter visiteres til rette behandling 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 udvalger 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 velmotiveret, 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 resourceallokeringen 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 u hensigtsmæssige 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 gennemførelse 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 "skævridningseffekt", 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

Trondhjemsgade 9

2100 København Ø

telefon direkte 3544 8222

e-mail [mb@dadl.dk](mailto:mb@dadl.dk)

[www.laegeforeningen.dk](http://www.laegeforeningen.dk)

<<høringssvar.doc>>



Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Stationsparken 27  
2600 Glostrup  
Tlf. 4322 2222d  
Fax 4322 2971  
www.kbhamt.dk

Dato: 06.01.2005  
Sagsnr.: 9864537  
Arkiv: 1-50-0

Kopi til Lisa, 25.  
Lina, TK  
Louise, TK  
Mau, 20

INDGÅET I

-7 JAN. 2005

1.Ø

## KØBENHAVNS AMTSRÅDS HØRINGSSVAR TIL REGERINGENS LOVPAKKE TIL GENNEMFØRELSE AF STRUKTURREFORMEN

Regeringen udsendte den 1. december 2004 46 lovforslag i høring. Københavns Amtsråd har drøftet lovforslagene og har på et ekstraordinært Amtsrådsmøde den 6. januar 2005 vedtaget at afgive nedenstående synspunkter som høringssvar. De er udtryk for de for amtet væsentligste problemstillinger og er opdelt i en række overordnede principper og en række kommentarer til de enkelte lovforslag.

### Overordnede principper

1. Amtsrådet ønsker, at de regionale opgaver i hovedstadsområdet bliver løst med dynamik og med fokus på udvikling og nytænkning. Det kræver en stærk Region Hovedstaden, der har de nødvendige finansielle ressourcer, nødvendige kompetencer og folkevalgte regionspolitikere, der har det demokratiske ansvar for at udvikle hovedstaden med koordinering af alle aktører - sygehuse, forskning, universiteter, kommuner og erhvervsliv.
2. Regionsrådet har ansvaret for at udvikle hovedstaden som en metropol, der kan klare sig i konkurrencen med øvrige regioner i Europa og som samtidig kan fungere som lokomotiv for det øvrige Danmark. Ansvar for at være regional udviklingsdynamo kræver sammenhængskraft i planlægning, infrastruktur, erhvervsfremme, forskning samt i teknologioverførsel til virksomheder og nye iværksættere og i kommercialisering af opfindelser.
3. Rådet for Region Hovedstaden bør have størst mulig fleksibilitet i lovgrundlaget til at varetage sit politiske ansvar, især i lyset af, at Region Hovedstaden omfatter næsten 1/3 af landets befolkning og vil få ca. 40.000 ansatte. Ansvar for udviklingen af regionen skal entydigt placeres i Regionsrådet med de nødvendige kompetencer og uden en række ministerbeføjelser, og uden at en række andre aktører kan igangsætte isolerede initiativer, der kompromitterer sammenhængskraften og det regionalpolitiske ansvar.
4. Det er bekymrende, at staten i lovpakken har beregnet, at Region Hovedstaden starter med et finansielt underskud på knap en halv milliard kroner. Det vil kunne gå ud over opgavevaretagelsen og skabe folkelig modstand mod Region Hovedstaden fra første færd.

5. Det enkelte regionsråd bør kunne tilrettelægge sit virke på en sådan måde, at alle regionsrådsmedlemmer reelt får mulighed for at deltage i og påtage sig ansvar i det politiske arbejde - også medlemmerne i de små partier - og at den regionale egenart og mangfoldighed i arbejdet fortsat kan være et demokratisk kendetegn.
6. Hele lovkomplekset er både præget af en kraftigt øget detailregulering og af vidtgående ministerbemyndigelser til at fastsætte de nærmere regler. Endvidere får Rigsrevisionen en kontrollantmulighed over for regionerne ud over den formelle revision. Det samme gælder ikke for kommunerne. Samlet set er der tale om en bemærkelsesværdig tæt styring af de direkte folkevalgte regionsråd. De bør få friere rammer i den endelige lovgivning.

### **Regionernes oprettelse og styreform**

#### *Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab*

7. Regionerne bør have frihed til selv at tilrettelægge hensigtsmæssige politiske arbejdsformer med f.eks. tværgående udvalg, der tilgodeser de særlige behov i hver enkelt region. Derfor bør det også være muligt at nedsætte tværgående udvalg udover forretningsudvalget og ikke blot de rådgivende "§17 stk. 4 udvalg".
8. Det bør sikres, at alle regionspolitikere kan spille en aktiv rolle i politikudformningen i regionsrådet. Region Hovedstaden vil få store og komplekse opgaver, og honoreringen bør derfor have en rimelig størrelse i forhold til andre folkevalgte politikere. Det foreliggende forslag tilgodeser ikke dette. Derudover bør antallet af folkevalgte i Region Hovedstaden afspejle regionens størrelse.

#### *Lov om regionernes finansiering*

9. Region Hovedstaden bør have et økonomisk udgangspunkt svarende til det nuværende udgiftsbehov og de samme muligheder for at tilgodese nye behandlingsbehov m.v. som i det øvrige land. I lovpakken har staten beregnet, at Region Hovedstaden som udgangspunkt vil få et underskud på knap en halv milliard kroner. Heri indgår 450 mio. kr. på sundhedsområdet, som også omfatter en forringelse i forhold til forskning. Endvidere indgår et underskud på 30 mio. kr. i forhold til regional udvikling og 17 mio. kr. i bortfald af statsligt tilskud til hovedstadsregionens turismeorganisation, Wonderful Copenhagen.
10. På sygehusområdet har Københavns Amt det næstlaveste udgiftsniveau og Frederiksborg Amt det tredjelaveste i Danmark (henholdsvis indeks 95 og 97 i forhold til amtsgennemsnittet baseret på regnskab 2003 og eksisterende udgiftsbehovskriterier). Såfremt staten alligevel gennem reformen vil reducere udgiftsniveauet i Region Hovedstaden i forhold til det øvrige land, så bør staten tage det politiske ansvar og foretage de fornødne økonomiske tilpasninger i 2005 og 2006 i H:S, som den selv er en central medejer af.
11. På speciallægepraksisområdet har hovedstadsområdet over en lang årrække etableret en høj dækning (indeks 145 i udgiftsniveau i forhold til landsgennemsnittet), som kun delvis substituerer sygehusydelse og dermed er udtryk for et højt serviceniveau over for befolkningen. Såfremt staten gennem reformen vil reducere udgiftsniveauet i Region Hovedstaden i forhold til det øvrige land, så bør staten give regionen de fornødne redskaber til at reducere dækningen gennem nedlæggelse af et antal speciallægepraksis, så man ikke ensidigt må foretage tilpasningen på sygehusene:

12. Den foreslåede finansieringsmodel på sundhedsområdet bør i højere grad tage hensyn til de særlige problemer, der knytter sig til det psykiatriske område i storbyen. Region Hovedstaden har 45 pct. af Danmarks svært psykisk syge og kun 30 pct. af den samlede befolkning.
13. Regionernes økonomi opdeles i separate "kasser". Det vil begrænse muligheden for prioritering og fleksibilitet samt øge de administrative opgaver i den forbindelse. Derudover giver finansieringsformerne ikke det fornødne entydige ansvar i regionsrådet, f.eks. på grund af blokeringsmuligheder fra kommunernes side.

## **Sundhedsområdet**

### *Sundhedsloven*

14. Finansieringsmodellen for sundhedsvæsenet bør være mere enkel og ubureaukratisk.
15. Det bør sikres, at svært psykisk syge fortsat har mulighed for et fuldt integreret tilbud med behandlingspsykiatri og socialpsykiatriske boligtilbud. Nye myndighedsbarrierer vil forringe tilbuddet til de svært psykisk syge og risikerer at medføre, at sygehuse på ny skal opbygge egne botilbud til langvarigt indlagte svært psykisk syge.
16. Opgavefordelingen mellem region og kommuner på genoptræningsområdet og sondringen mellem genoptræning og behandling bør tydeliggøres. Den vekslende brug af begreberne "efter endt behandling på sygehus" og "efter udskrivning fra sygehus" skaber uklarhed. Forslagets manglende sammenhæng mellem økonomisk ansvar og kompetence risikerer at medføre u hensigtsmæssig sundhedsfaglig adfærd og øgede konflikter mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet – til skade for borgeren.
17. Regionerne bør tillægges en koordinerende, analyserende og rådgivende rolle på forebyggelsesområdet.
18. Det bør være muligt for regioner og kommuner selv at etablere en hensigtsmæssig samarbejdsstruktur i relation til samarbejdsforaene mellem region og kommuner. F.eks. kan de nuværende samordningsudvalg ved amtets sygehuse kun videreføres efter tilladelse fra ministeren.
19. Hovedstaden og Medicon Valley har en styrkeposition inden for medico/sundhedsområdet – bl.a. baseret på sundhedsforskning i verdensklasse. Staten bør sikre, at forskningen på sygehusområdet i hovedstadsområdet fortsat styrkes og udvikles, i form af ikke mindst spidskompetencerne, så hovedstaden kan forblive i sundhedsforskningens internationale topklasse. Specielt bør det være muligt for regionerne at udvikle trekantssamarbejdet mellem erhverv, forskning og sygehuse yderligere, herunder teknologioverførsel fra forskning til virksomheder og kommercialisering af opfindelser.

## **Socialområdet**

### *Lov om social service*

20. Regionerne bør i lovgivningen gives selvstændig mulighed for at reagere på behov og udviklingstendenser på det specialiserede socialområde. I det foreliggende forslag skal regionerne blot reagere på kommunale tilkendegivelser af behov. Dermed får regionen ingen selvstændig opgaveidentitet og kan ikke være garant for, at socialområdet fortsat udvikles, eller at der fortsat eksisterer en bred og sammenhængende vifte af specialiserede sociale tilbud.

21. For at sikre, at regionerne fortsat kan betjene små målgrupper med særlige behov, bør der i lovgivningen fastlægges retningslinier for udlægning af regionale institutioner til kommunerne, der tager hensyn til fortsat faglig og økonomisk bæredygtighed i de specialiserede regionale tilbud. Endvidere bør regionerne forestå fordelingen af brugere til de tilbud og institutioner, som regionen driver, så der ikke sker målgruppeskred.
22. For at sikre regionernes grundlag for at drive specialiserede tilbud, bør de have konkurrencevilkår, der er parallelle med andre leverandørers. Tværgående og myndigheds- og myndighedslignende opgaver bør finansieres objektivt via bloktilskud for ikke at gøre regionernes pladspriser dyrere og dermed usammenlignelige med andre leverandører, der ikke har den type opgaver.
23. Regionerne bør også have ansvaret for sociale tilbud til børn og unge med alvorlige sindslidelser og alkoholbetingede eller organiske hjerneskader for at sikre sammenhæng mellem den behandlingspsykiatriske og sociale indsats for målgruppen.
24. Den nationale videns- og specialrådgivningsfunktion (VISO) bør udover rådgivning og udredningsopgaver også omfatte specialundervisningsspørgsmål.
25. Regionen bør være forpligtet til at oprette samarbejdsorganer med handicaporganisationer m.fl.

#### *Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område*

26. Brugerindflydelsen på indholdet i de regionale tilbud bør kunne ske direkte gennem regionerne – og ikke kun via kommunerne. Ellers vil konsekvensen være en forringet retsstilling for den enkelte bruger.

#### *Almenboliglovgivningen*

27. For at videreføre de senere års kvalitetsløft af handicapboliger bør regionerne gives mulighed for at etablere og bygge nye tilbud efter almenboliglovgivningen til målgrupper med specielle behov. Ellers vil vilkårene for de mest handicappede medborgere blive forringet.

#### **Uddannelsesområdet**

##### *Forslag til lov om ændring af lov om institutioner for uddannelsen til studentereksamen, lov om institutioner for uddannelsen til højere forberedelseksamen, lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser*

28. Regionerne bør tillægges reel beslutningskompetence til at løfte opgaven med at koordinere indsatsen for det samlede uddannelsesområde f.eks. i forhold til fastsættelse af institutionernes kapacitet, udbud af studieretninger og elevfordeling på gymnasieområdet. Ellers er der en risiko for, at eksempelvis gymnasier på Vestegnen med en lille søgning på grund af befolkningssammensætningen eller ældre gymnasier med ringere fysiske rammer vil have svært ved at overleve. Regionsrådet må have politisk mulighed for at kunne sikre en geografisk og social spredning af kapaciteten.

##### *Forslag til lov om ændring af lov om folkeskolen, lov om specialundervisning for voksne, lov om forberedende voksenundervisning (FVU-loven) og forskellige andre love*

29. Regionerne bør varetage den mest specialiserede specialundervisning af børn med svære multiple funktionsvanskeligheder og børn, som er døvblinde. Derfor er det uforståeligt, at Geelsgårdskolen skal overgå til Region Hovedstaden, mens Kirkebækskolen skal overgå til det kommunale niveau. De to skoler har samme målgruppe og bør derfor bevares på regionalt niveau. Komplexiteten i børnenes undervisningsbehov og børnenes øvrige behov

nødvendiggør en nær tilknytning til såvel sundhedssektoren som socialektoren i de kommende regioner.

30. Den mest specialiserede specialundervisning af børn med gennemgribende udviklingsforstyrrelser bør ligeledes varetages af regionerne. Komplexiteten i børnenes undervisningsbehov forstærkes af, at der ofte er tale om en kombination af autisme og generelle indlæringsvanskeligheder. Der er således behov for nær tilknytning til psykiatriektoren i de kommende regioner. Bakkeskolen, Brøndagerskolen og Kasperskolen bør derfor fortsat bevares på regionalt niveau.
31. Region Hovedstaden bør på baggrund af den geografiske spredning af brugerne og den brede opgaveportefølje for målgrupperne drive alle fem tale- og høreinstitutioner i regionen (inkl. institutionerne i Københavns og Frederiksberg Kommuner og Bornholm). Ellers er der risiko for, at den regionale koordinering og samordning af tilbuddene besværliggøres unødigt.

### **Miljø- og naturområdet**

#### *Lov om forurening af jord*

32. Opgaverne vedrørende kortlægning af grundvandsressourcen, den grundvandsbeskyttende indsatsplanlægning og indsatsen i forhold til jordforureningen hænger tæt sammen og bør derfor alle placeres i regionerne – og ikke deles mellem tre forskellige myndigheder.

#### *Lov om miljømål, vandforsyning mm.*

33. For at undgå konflikter mellem lokale og regionale interesser ved fordeling af grundvandsressourcer til drikkevand, bør der fastsættes rammer for samarbejdet omkring vandindvinding, da grundvandsforekomster ofte strækker sig over flere/mange kommuner.

#### *Lov om miljøbeskyttelse*

34. Tilsynet med større, miljøtunge og højt specialiserede virksomheder bør samles enten under staten eller i regionerne for at sikre alle virksomheder sagsbehandling på et fagligt højt niveau.
35. Armslængde-princippet om, at man på virksomhedsmiljøområdet ikke er tilsynsmyndighed for sig selv, bør fastholdes. Kommunerne bør for at undgå interessekonflikter ikke både være ejere af f.eks. affalds- og rensningsanlæg og samtidig være ansvarlig miljømyndighed for de samme anlæg.

### **Regional udvikling**

36. Det er positivt, at reformen giver regionerne det overordnede ansvar for den regionale udvikling. De gode hensigter bliver desværre ikke fulgt op af de konkrete lovforslag. Der bør udarbejdes en samlet lov om regional udvikling, der giver regionerne et stærkt mandat til at koordinere regional udvikling med mulighed for selvstændigt at kunne igangsætte en bred vifte af aktiviteter.
37. Region Hovedstaden bør have et godt finansielt grundlag for at sikre en stærk regional udvikling i landets metropol. Staten har beregnet et underskud på 30 mio. kr. til regional udvikling. Hertil kommer, at staten ikke har ønsket at overføre sit nuværende tilskud til Wonderful Copenhagen på 17 mio. kr. til regionen. Konsekvensen vil være besparelser på både den kollektive trafik og erhvervsfremme – f.eks. er det tvivlsomt, om Wonderful Copenhagen og investeringsfremmeorganisationen Copenhagen Capacity kan videreføres.

*Lov om planlægning*

38. Regionerne bør tillægges kompetencen til at udstikke rammerne for den overordnede udvikling.
39. Der bør anvendes en mere fleksibel planlægningsramme, så hovedstaden kan udvikle sin metropolstatus. Den særlige bemyndigelse til miljøministeren til pr. 1. januar 2007 at fastsætte overordnede principper for byudvikling og rekreative hensyn m.v. i hovedstadsområdet til erstatning af den demokratisk vedtagne Regionplan 2005 bør ændres, så denne kompetence tillægges Regionsrådet for Hovedstaden.
40. Der bør fastsættes mere præcise rammer for samarbejdet mellem de mange aktører i planlægningsarbejdet i hovedstaden. Hovedstadens udvikling skal efter lovforslaget varetages af staten, Region Hovedstaden, Region Sjælland og varierende kommune grupper alt efter lovområder. Der bør være en entydig geografisk afgrænsning af hovedstadsområdet i de forskellige lovforslag.
41. Det bør klart fremgå, at trafikal infrastruktur, herunder såvel veje som kollektiv trafik (busser og tog), indgår som et af de centrale emner i den regionale udviklingsplan, således at ønsker og rammer for kommende investeringer kan indgå i planen.

*Lov om erhvervsfremme*

42. Der bør være en entydig ansvarsfordeling mellem regioner, stat og kommuner. Stat og kommuner får mulighed for at igangsætte aktiviteter uden om vækstfora og de regionale erhvervsudviklingsstrategier. Det medfører en risiko for både overlappende og modsatte aktiviteter inden for de enkelte regioner. Koordineringen af den regionale erhvervsudvikling bør placeres på regionalt niveau med folkevalgte politikere som ansvarlige.
43. Regionernes rolle som udviklingsdynamoer forudsætter finansiell styrke, og at der gives mulighed for selvstændigt at kunne igangsætte en bredere vifte af aktiviteter, der kan fremme regionernes udvikling, herunder kulturfyrtårne, idræt og turisme.
44. Regionerne bør have vide rammer for at organisere erhvervsfremmeaktiviteter fremfor kun at være begrænset til juridiske selskaber, hvor der ikke må udøves ejerbeføjelser f.eks. ved at deltage i bestyrelsesarbejde. Det vil have betydning for en effektiv videreførelse og udvikling af arbejdet i Copenhagen Capacity og Wonderful Copenhagen.
45. Regionerne bør gives mulighed for umiddelbart at deltage i selskaber til kommercialisering af forskning og udvikling på sundhedsområdet samt andre af regionens opgaveområder. Forskning, innovation og teknologioverførsel er afgørende for, at Region Hovedstadens stærke højteknologiske forskningsmiljøer kan fungere som drivkraft for erhvervsudvikling, vækst og velfærd til fordel for hele Danmark.
46. Det er positivt, at ansvaret for den danske deltagelse i Øresundssamarbejdet er placeret hos Region Hovedstaden med inddragelse af de relevante aktører. Derfor er det u hensigtsmæssigt og modstridende, at Økonomi- og Erhvervsministeren bemyndiges til at fastsætte regler om regioners samarbejde med tilgrænsende landes myndigheder og organisationer samt til at nedsætte organer til varetagelse af samarbejdet.

*Lov om trafikskaber*

47. Der er behov for en organisering af den kollektive trafik i hovedstadsområdet, som sikrer et sammenhængende tilbud til borgerne. Det foreliggende forslag til et fælles sjællandsk trafikskaber løser ikke denne opgave. Der bør oprettes to trafikskaber for Sjælland – et for Region Hovedstaden og et for Region Sjælland.
48. Hele ledelsesstrukturen i Trafikskaber Sjælland med bestyrelse og repræsentantskab lider under et stort demokratisk underskud. Hverken trafikomfang, udgiftsniveau eller indbyggertal afspejles i indflydelsen for de enkelte regioner og kommuner i ledelsesorganerne.
49. Der er stor usikkerhed om, hvad regionernes udgifter bliver. Definitionen på regionale busruter, som regionerne skal betale for, er meget uklar på Sjælland. Samtidig er den samlede finansiering af Trafikskaber Sjælland meget uoverskuelig og bureaukratisk opbygget med meget konfliktstof gemt i de mange aftaler, der skal indgås.
50. Der bør tages stilling til, hvem der skal have ansvaret for Metroens 3. etape (Østamagerbanen) og den kommende Lyngby-Glostrup bane.

*Lov om veje*

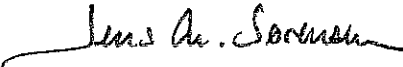
51. Staten bør overtage de fleste amtsveje i Københavns Amt. Eksempelvis bør veje som Ring 3, Roskildevej og Frederikssundsvej, der er blandt landets mest befærdede pendlingsruter, overgå til staten for at sikre en sammenhængende planlægning og drift.
52. Der bør i øvrigt anvendes ensartede kriterier for fordelingen af amtsveje mellem stat og kommuner, uanset hvor i landet vejene er placeret. Eksempelvis er den foreslåede forskel i fordelingen af amtsveje i Frederiksborg Amt og Københavns Amt ganske uforståelig. Den kan ikke være rationel, og den vil sætte kommunerne i Københavns Amt på en meget svær finansieringsopgave. Fordelingen af udgifterne til veje bør følge trafikbelastningen og de reelle udgiftsbehov.

Dette høringssvar er tillige i genpart fremsendt til Beskæftigelsesministeriet, Finansministeriet, Miljøministeriet, Socialministeriet, Trafikministeriet, Undervisningsministeriet og Økonomi- og Erhvervsministeriet.

Amtsrådets høringssvar er vedtaget i enighed mellem de tilstedeværende 28 amtsrådsmedlemmer. 3 medlemmer var fraværende ved mødet.

Med venlig hilsen

  
Vibeke Storm Rasmussen  
Amtsborgmester

  
Jens Chr. Sørensen  
Amtsdirektør



Kopi til NPH  
20  
TK  
2K  
Lisa 25

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

Sendes på e-post: [im@im.dk](mailto: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](mailto:vtu@vtu.dk)  
Netsted [www.vtu.dk](http://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](mailto:bol@vtu.dk)